

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO EM SAÚDE E AMBIENTE

**ALEXANDRO PEREIRA CRUZ**

**VULNERABILIDADE EM POPULAÇÕES NEGRAS NO ACESSO E NO  
TRATAMENTO DO HIV/AIDS EM DOIS SAES DE SÃO LUÍS/MA**

São Luís

2009

**ALEXANDRO PEREIRA CRUZ**

**VULNERABILIDADE EM POPULAÇÕES NEGRAS NO ACESSO E NO  
TRATAMENTO DO HIV/AIDS EM DOIS SAES DE SÃO LUÍS/MA**

Dissertação apresentada à banca do Mestrado em Saúde e Ambiente, da Universidade Federal do Maranhão, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde e Ambiente.

Orientador: Prof. Dr. Istvan Van Deursen Varga

São Luís

2009

**ALEXANDRO PEREIRA CRUZ**

**VULNERABILIDADE EM POPULAÇÕES NEGRAS NO ACESSO E NO  
TRATAMENTO DO HIV/AIDS EM DOIS SAES DE SÃO LUÍS/MA**

Dissertação apresentada à banca do Mestrado em Saúde e Ambiente, da Universidade Federal do Maranhão, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde e Ambiente.

Aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof. Istvan Van Deursen Varga** (Orientador)  
Doutor em Saúde Pública  
Universidade de São Paulo

---

**Profa. Dra. Aurigena Antunes de Araújo**  
Doutora em Ciências  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

---

**Profa. Dra. Silvia Cristina Viana Lima Silva**  
Doutora em Políticas Públicas  
Universidade Federal do Maranhão

---

**Prof. Jarbas Couto e Silva**  
Doutor em Lingüística  
Universidade de Campinas

Em honra ao meu saudoso pai, que me ensinou a garra, a coragem e a determinação de buscar os objetivos; à minha acolhedora mãe, que me enriqueceu de carinho e simpatia; aos meus irmãos, que sempre acreditaram em mim; à minha muito estimada companheira, a quem pretendo dedicar todos os dias da minha vida.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, porque, sem Ele, não somos absolutamente nada.

À minha família, que sempre está presente de uma forma muito direta em tudo o que faço.

Ao meu pai José Carlos Farias Cruz (*in memoriam*) pelo seu exemplo de raça e coragem, que absorvi dos seus constantes exemplos de luta e perseverança.

Ao meu orientador, Prof. PhD Istvan Van Deursen Varga, por suas muitas contribuições acadêmicas e oportunidades a mim concedidas e também pelo seu exemplo enquanto pessoa e ser humano. Valeu Professor!

Ao prof. Luizão, ícone vivo da história maranhense, porquanto, com seu conhecimento empírico de tantas militâncias, aprendi a admirar e a beber dos seus saberes.

A professora Dra. Aurigena por seu eterno entusiasmo pelo meio acadêmico e que nos transfere este calor humano ao científico.

A professora Dra. Silvia Viana por seu exemplo de luta e zelo com o que faz.

Ao professor Jarbas por sempre ter estado disponível e prestativo às minhas solicitações.

Aos professores, em geral, do Mestrado pelo seu ensino na difícil e sacerdotal arte da docência, com destaque ao Prof. Rafael, por seu exemplo de luta e perseverança pela causa coletiva.

À minha amada companheira Wilma, com quem tenho aprendido a compartilhar a minha vida.

Aos colegas de turma, companheiros amistosos nesta desafiante viagem de 02 anos do nosso mestrado, com os quais, quer em sala de aula, quer em ambientes diversos (Carne de Sol da Vala, Mercado do Peixe, Mercado do Reviver, Por Acaso, etc.), aprendi muito sobre a vida e o desejo de nela estar.

Enfim, a todos aqueles que, de uma forma direta ou indireta, contribuíram e continuam contribuindo para o meu crescimento.

*“Creio que podemos transformar a tragédia da Aids, da enfermidade e da doença, num desafio, numa oportunidade, numa possibilidade de recuperar na nossa sociedade, em nós mesmos, em cada um de nós, e em todos nós, o sentido da vida e da dignidade, seremos capazes de lutar pela construção de uma sociedade democrática, de uma sociedade justa e fraterna.”*

Herbert de Sousa

## RESUMO

O presente trabalho integra, como subprojeto, um dos projetos interinstitucionais do Mestrado em Saúde e Ambiente da UFMA, denominado “Acolhimento e acesso ao diagnóstico e tratamento do HIV/AIDS para a população negra, no Maranhão e em São Paulo” (“Acolhimento... MA-SP”), sob financiamento da UNESCO, e tendo, como instituição mantenedora, a Fundação Sôsândrade de Apoio ao Desenvolvimento da UFMA. Ao estudar as tendências da epidemia no que se refere aos segmentos étnicos da clientela do serviço, verificou-se vulnerabilidade entre pessoas negras. Assim, pretendeu-se analisar, à luz do critério cor/raça por auto-identificação, o acesso e o tratamento do HIV/AIDS em alguns SAEs de São Luís/MA. O referido estudo é observacional, descritivo e de corte transversal. A pesquisa foi realizada em dois SAEs em São Luís/MA. A amostra foi de 247 pacientes entrevistados durante o período de out./07 a dez./07. Utilizou-se o questionário ECI (Enhancing Care Initiative) adaptado. Para análise das variáveis e estabelecimento do chi-quadrado, usou-se o programa SPSS. Conclui-se que fatores de determinação histórico-social do sujeito, tais como falta de moradia e alimentação, desemprego, baixa escolaridade, dependência econômica, pobreza, miséria, violência, dificuldade de acesso ao serviço público, opressão sexual, etc. constituem fatores de vulnerabilidade e também são dificuldades de construção de estratégias de prevenção à DST/HIV/AIDS. Em vista disso, destaca-se a importância da implementação de políticas específicas que promovam equidade e assegurem o direito de cidadania às populações mais vulneráveis. Portanto, a não-existência de formas de enfrentamento das vulnerabilidades, contribui para outros tipos de adoecimentos e problemas sociais que somam dificuldades ao sujeito portador do HIV/AIDS.

Palavras-chave: AIDS. Vulnerabilidade em AIDS. Saúde da População Negra. Acesso e Tratamento em AIDS. Políticas de Saúde.

## ABSTRACT

This present essay is a part, as a subproject, of one of the inter-institution projects of the UFMA's Masters in Health and Environment. Called "Reception and Access to HIV/AIDS diagnostics and treatment to the black population, in Maranhão and São Paulo" ("Reception... MA-SP"), under UNESCO financial support, and having, as keeper institution, the Sousândrade Foundation. In Studying the epidemic tendencies in what refers to the ethnical branches of the people who receives assistance, we verified the vulnerability among black people. So, it was our intention analyze, under the light of race/color criteria for self-identification, the access and treatment of HIV/AIDS in some SAEs in São Luís/MA. This research is based in observation, description and transversal cut. The research was realization in two SAEs in São Luis/MA. The sample was from 247 patients interviewed during October to December 2007 period. It was used the ECI (Enhacing Care Initiative) adapted. Also used the program SPSS to the analysis of the variables and to create the chi-square standpoint. We conclude that factors like the subject historic-social determination, food and living, unemployment, low education, economical dependency, poverty, misery, violence, harder access to public services, sexual oppression, etc. they constitute factors of vulnerability and also are difficulties in the construction of HIV/AIDS prevention strategies. In view of this, we highlight the importance of implementing specific policies to promote equity and ensure the right to citizenship to the most vulnerable populations. Therefore, the inexistence of forms of facing vulnerabilities contributes to other types of diseases and social problems that add difficulties to the population that lives with HIV/AIDS.

Keywords: AIDS. Vulnerability. Citizenship. Black Population. Policies.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

p.

Figura 1 -	Número de casos de AIDS, segundo fonte de informação e ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2006. ....	25
Figura 2 -	Distribuição dos municípios com pelo menos um caso de AIDS notificado. Maranhão, 1985-2005. ....	26
Gráfico 1 -	População do Brasil por categorias de cor/raça. ....	44
Gráfico 2 -	População do Nordeste por categorias de cor/raça. ....	44
Gráfico 3 -	População do Maranhão por categorias de cor/raça. ....	44
Gráfico 4 -	População de São Luís por categorias de cor/raça. ....	44
Figura 3 -	Média por anos de estudo da população segundo os grupos de cor/raça; Grandes Regiões e Estados; 2000. ....	46
Figura 4 -	Rendimento médio do trabalho principal segundo os grupos de raça/cor selecionados e sexo, Estado do Maranhão, 2000. ....	47
Figura 5 -	Trabalhadores com jornada excessiva (16 anos ou mais, em %) ....	48
Figura 6 -	Índice de Desenvolvimento Humano – Brasil. ....	49

## LISTA DE TABELAS

	p.
Tabela 1 - Volume total do tráfico para o Brasil durante toda a existência do tráfico atlântico – 1550 a 1850 (em milhares).....	15
Tabela 2 - Distribuição da população por sexo, faixa etária e nível de escolaridade, segundo raça/cor. São Luís, 2008. ....	36
Tabela 3 - Distribuição da população por condição de moradia e habitação, segundo raça/cor. São Luís, 2008. ....	37
Tabela 4 - Distribuição da população por trabalho, segundo raça/cor. São Luís, 2008 ....	38
Tabela 5 - Distribuição da população por renda individual, renda familiar, contribuição para o orçamento familiar, segundo raça/cor. São Luís, 2008. ...	39
Tabela 6 - Distribuição da população por conversar sobre o assunto antes da testagem, segundo raça/cor. São Luis, 2008. ....	40
Tabela 7 - Distribuição da população por atitude do profissional que atendeu e como se sentiu tratado no momento em que foi dado o resultado da testagem, segundo raça/cor. São Luis, 2008 .....	41
Tabela 8 - Distribuição da população pelo que acha do tempo de espera, segundo raça/cor. São Luis, 2008. ....	42
Tabela 9 - Distribuição da população por situações vivenciadas no serviço de saúde, segundo raça/cor. São Luis, 2008. ....	42
Tabela 10 - Número total de analfabetos de 15 anos ou mais, segundo os grupos de cor/raça; Brasil e grandes Regiões; 2000. ....	45
Tabela 11 - Número total de analfabetos funcionais (***) de 15 anos ou mais, segundo os grupos de cor/raça; Brasil e grandes Regiões; 2000. ....	45

## LISTA DE SIGLAS

ADT	- Assistência Domiciliar Terapêutica
AIDS	- <i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i> (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)
CDC	- Centers for Diseases Control and Prevention (Centros de Controle e Prevenção de Doenças)
CEPAL	- Comissão Econômica para América Latina e Caribe
CBF	- Centro de Saúde Fátima
CCN-MA	- Centro de Cultura Negra do Maranhão
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
COAS	- Centros de Orientação e Apoio Sorológico
CRT	- Centro de Referência e Treinamento
CTA	- Centros de Testagem Anônima
DST	- Doença Sexualmente Transmissível
FSP	- Faculdade de Saúde Pública
HD	- Hospitais-Dia
HIV	- Human Immunodeficiency Vírus (Vírus da Imunodeficiência Humana)
HPV	- Hospital Presidente Vargas
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LAV	- Lymphadenopathy Associated Vírus
NEPO	- Núcleo de Estudos de População
OIT	- Organização Internacional do Trabalho
OMS	- Organização Mundial da Saúde
ONGs	- Organizações Não-Governamentais
PNAD	- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNUD	- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
SAE	- Serviço de Atendimento Especializado
SES/MA	- Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão
SEMUS	- Secretaria Municipal de Saúde
SINAN	- Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPSS	- Statistical Package for Social Science
SUS	- Sistema Único de Saúde
UFMA	- Universidade Federal do Maranhão
UNDT	- Unidade de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico
UNESCO	- Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNICAMP	- Universidade Estadual de Campinas
USP	- Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

	<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	12
<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>2</b>	<b>EQUIDADE E POLÍTICAS PÚBLICAS</b> .....	19
<b>3</b>	<b>O CONTEXTO DA AIDS</b> .....	22
<b>3.1</b>	<b>A história de uma pandemia moderna</b> .....	22
<b>3.2</b>	<b>A história de uma pandemia moderna no Brasil</b> .....	24
<b>4</b>	<b>DEFINIÇÃO DE CONCEITOS DE RISCO E DE VULNERABILIDADE</b> ....	27
<b>5</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	32
<b>5.1</b>	<b>Geral</b> .....	32
<b>5.2</b>	<b>Específicos</b> .....	32
<b>6</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	33
<b>6.1</b>	<b>População sob estudo</b> .....	33
<b>6.2</b>	<b>Crítérios de inclusão dos entrevistadores</b> .....	33
<b>6.3</b>	<b>Instrumento de coleta</b> .....	33
<b>6.4</b>	<b>Cálculo da amostra</b> .....	34
<b>6.5</b>	<b>Variáveis estudadas</b> .....	34
<b>6.6</b>	<b>Análise de dados</b> .....	35
<b>6.7</b>	<b>Aspectos éticos</b> .....	35
<b>7</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	36
<b>8</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	44
<b>9</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	52
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	55
	<b>APÊNDICES</b> .....	58

## APRESENTAÇÃO

O presente trabalho foi constituído enquanto um subproduto do projeto denominado “Acolhimento e acesso ao diagnóstico e tratamento do HIV/AIDS para a população negra, no Maranhão e em São Paulo”, de autoria do Prof. István Van Deursen Varga, da Prof.<sup>a</sup> Dulce Maria de Luna Martins Varga e do Prof. Luiz Alves Ferreira, tendo, como Instituição executora, a Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e a colaboração de diversas outras instituições (VARGA, 2008).

Para se compreender o contexto deste trabalho, vale fazer um pequeno retrospecto acerca da temática abordada.

O Projeto “Acolhimento e acesso ao diagnóstico e tratamento do HIV/AIDS para a população negra, no Maranhão e em São Paulo” foi encaminhado à chamada para a seleção de pesquisas sobre população negra e HIV/AIDS, número 2/2005 (PN/DST/AIDS-SEPIR-UNESCO), e foi aprovado pela Comissão de seleção da referida chamada após alguns ajustes em sua formulação original, conforme exigências da própria Comissão, gerando, para sua execução, o contrato Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO)/Fundação Sôsândrade para o Desenvolvimento da UFMA, número SA-4821/2006, de 18/5/2006 (VARGA, 2008).

Apesar de o projeto inicial não conter, nos objetivos e metodologias, aprovados pela referida Chamada, a expectativa de dados estatisticamente significativos ao longo de doze (12) meses, a coordenação da Unidade de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico (UPDT) do PN/DST/AIDS, que outrora havia aprovado o projeto, impôs, a partir de reuniões realizadas em Brasília, em 11/6/2007 e 10/7/2007, mudanças em seu objetivo, método e, conseqüentemente, em seu título, que foi alterado para “Acolhimento e acesso ao diagnóstico e tratamento do HIV/AIDS para a população negra em dois SAEs de São Luis/MA”, de forma que, com essas alterações, o projeto pudesse vir a ser executado no curto período de aproximadamente seis (06) meses, mais especificamente até 18 de janeiro de 2008, já então apresentando resultados estatisticamente significativos, ou seja, passando de um estudo de caráter participativo e de inserção da realidade para um estudo puramente epidemiológico de caráter mensurativo de uma realidade (a de vulnerabilidade de população negra), que já é comprovada por diversas pesquisas e autores (que serão citados em seções posteriores deste trabalho).

Assim, foi determinado que o coordenador do Projeto (Prof. Dr. István) fosse a São Paulo e se reunisse com Dra. Cássia Buchalla, da Faculdade de Saúde Pública (FSP) da

Universidade de São Paulo (USP), para discutir o projeto, seus instrumentos de coleta de dados e o tratamento estatístico a que seus resultados foram submetidos. Em 30/08/08 foi realizado o encontro solicitado com a Dra. Cássia Buchalla, no qual eu (Alexandro Pereira Cruz) tive a oportunidade de participar, iniciando assim a minha participação nesta empreitada.

Dra. Cássia Buchalla deixou claro que não teria disponibilidade para participar diretamente da pesquisa, em função do acúmulo de tarefas para o período, e indicou nomes de vários pesquisadores que poderiam colaborar. Sugeriu que fosse adotado, no referido projeto, o questionário do “Enhancing Care Initiative” (ECI)<sup>1</sup>, projeto sob responsabilidade, no Brasil, de Dr. José Ricardo Ayres (o mesmo utilizado na pesquisa de doutorado de Dra. Fernanda Lopes), que considerara bastante pertinente e adequado para os objetivos do projeto. Dr. István informou que já havia estabelecido contato com Dr. Ayres e que este havia autorizado sua utilização.

Após isso, houve a oportunidade de reunir com Dra. Fernanda Lopes, em 15.09.07, no Mestrado de Saúde e Ambiente, já em São Luís, no qual ela explanou seu trabalho e orientou-nos a respeito dos primeiros passos em como executar o projeto “Acolhimento e acesso ao diagnóstico e tratamento do HIV/AIDS para a população negra em dois SAEs de São Luis/MA”.

A partir deste momento, foi iniciada uma verdadeira “maratona” de atividades para conclusão do relatório técnico final ao PN/DST/AIDS; fui designado coordenador da equipe de entrevistadores do projeto, restando apenas quatro (04) meses para o prazo final (18.01.08) estabelecido pelo PN/DST/AIDS. Diante da brevidade do prazo, foi concordado, na reunião do dia 15.09.07, com Dra. Fernanda Lopes, que o referido projeto teria como modelo o estudo realizado pela professora (“Mulheres negras e não negras vivendo com HIV/AIDS no estado de São Paulo: um estudo sobre suas VULNERABILIDADE”), mas com adaptações ao instrumento (ECI), no que diz respeito à codificação do gênero masculino e à alteração da questão 11, referente ao quesito cor/raça, sob os critérios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

---

<sup>1</sup> Em 1998, a Universidade de Harvard e a *Fundação Merck Company* estabeleceram o *Enhancing Care Initiative* (ECI) Para implantar o cuidado clínico de pessoas vivendo com HIV/AIDS em um ambiente de pesquisa. A palavra-chave do ECI é a Iniciativa multisetorial e multidisciplinar de equipes de cuidados em AIDS que fazem análises dos cuidados do HIV/AIDS, desenhando soluções apropriadas em diferentes contextos e gerando novas evidências e melhores aplicações práticas em diversos ambientes. No Brasil o foco na avaliação do serviço em mulheres foi intencionado para identificar VULNERABILIDADE tanto em situações sociais quanto em serviços e cuidados em HIV/AIDS. ([www.eci.harvard.edu](http://www.eci.harvard.edu) em 20.12.2008).

Para o cumprimento dessa ‘maratona’ dentro do prazo pré-estabelecido, houve a participação de 16 entrevistadores (todos com nível superior e com experiência em programas de DST/HIV/AIDS), 01 técnico em informática, 01 estatístico e 01 (uma) epidemiologista.

Como a primeira etapa, realizou-se um estudo piloto com o formulário devidamente adaptado e a tabulação dos seus dados preliminares no programa EPI INFO; em seguida, após todos os ajustes do formulário, foram iniciadas as entrevistas nos dois Serviços de Atendimento Especializados (SAEs) de São Luís, totalizando 248 entrevistas, sendo 156 do Hospital Presidente Vargas (HPV) e 92 do Centro de Saúde Fátima (CBF), de um total de 2075 pacientes cadastrados nas duas unidades de atendimento.

Em seguida, houve a tabulação dos dados no programa EPI INFO, posteriormente passados para o programa EXCEL, para então serem tratados no programa SPSS v.16 (por solicitação da epidemióloga).

Enfim, no dia 18.01.08, às 03h da madrugada, foi concluído e impresso o relatório final ao PN/DST/AIDS, o qual foi entregue, no mesmo dia, em Brasília, pelo Dr. István. Este relatório, no entanto, isso concluía apenas a etapa de exigência imposta pelo PN/DST/AIDS, ou seja, a apresentação de dados estatísticos. Após essa “maratona”, pôde-se retornar ao projeto original (Acolhimento e acesso ao diagnóstico e tratamento do HIV/AIDS para a população negra, no Maranhão e em São Paulo), inclusive com a realização da II Oficina Cor/raça, com todos os Serviços de Atendimento Especializados (SAEs) e Centros de Testagem Anônima (CTA) do Maranhão, no dia 20.08.08.

O presente trabalho visa abordar, de maneira mais aprofundada, alguns recortes desses resultados obtidos nesta pesquisa e compará-los com os dados já publicados nos âmbitos nacional e internacional.

## 1 INTRODUÇÃO

Estudos realizados pela *Foreign Office* britânico (MALI, 2008) demonstram que o movimento de tráfico de escravos negros data desde 1441, resultando, ao longo dos séculos, em mais de 10 milhões de negros traficados, e, nesse ínterim, tiveram a sua identidade étnica dilacerada pelo processo forçoso de adaptação de uma cultura absolutamente diferente de seus costumes e crenças.

O Brasil teve uma expressiva participação nesse movimento escravista, como mostra a Tabela 1:

**Tabela 1** – Volume total do tráfico para o Brasil durante toda a existência do tráfico atlântico – 1550 a 1850 (em milhares).

Período	Escravos importados	
	Número	%*
Século 16	100,0	1,8
Século 17	2.000,0	36,0
Século 18	2.000,0	36,0
Século 19	1.500,0	27,0
<b>Total</b>	<b>5.600,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: CONRAD, 1985.

\* Dados percentuais arredondados.

A história social e econômica no Brasil favoreceu a vinda desses cativos. Cita-se, como exemplo, a produção açucareira e algodoeira, do séc. 16 para o séc. 17, a economia mineradora, no séc. 18, a emergência da economia cafeeira, etc.

No final do século 19, o Estado brasileiro, em meio aos esforços de construção de uma identidade nacional, incorporou mecanismos informais e simbólicos de discriminação, fundados nas teses de racismo científico e de inferioridade biológica dos africanos. O racismo científico, elaborado na Europa e nos Estados Unidos a partir de meados do século 19, difundiu-se no Brasil após a década de 1870, por meio de autores como Nina Rodrigues, Oliveira Vianna, Euclides da Cunha, Sílvio Romero e João Batista de Lacerda. Frente, porém, a um evidenciamento da miscigenação da população brasileira, novas teorias surgiram com o propósito de amenizar os abismos raciais e proporcionar um convívio pacífico e harmonioso entre diferentes raças. Teóricos como Gilberto Freire foram protagonistas na então chamada “Democracia racial”. Com ela, o que se idealizava era uma simetria entre as raças, na qual um cenário social e histórico é idealizado, em que índios, negros e brancos participavam, cada um à sua maneira e conforme a sua cultura, da formação da nacionalidade brasileira. Até aqui, o

discurso parecia ser bem agradável, ao menos sob o ponto de vista do discurso, no entanto a prática foi constituída de forma bem diferente, pois o direito de cidadania, que é próprio de uma democracia, parecia estar apenas disponível aos brancos, ao mesmo tempo em que as desigualdades econômicas e sociais herdadas pelo sistema escravistas foram mascaradas, e até meados da década de 80 ainda não se falava em racismo no Brasil.

Das teses da democracia racial derivaram a naturalização das desigualdades entre negros e brancos, da subordinação política e da marginalização socioeconômica dos negros na sociedade brasileira. Sob a égide da ciência em fins do século 19, as diferenças verificadas entre brancos e negros passaram a ser vistas não como uma decorrência da história, da política, da escravidão e da exclusão social, mas como um “desígnio da natureza” (MALI, 2008, p. 31).

O fenômeno da desigualdade evidencia-se também nos números sobre a violência. Os dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (Ministério da Saúde) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que, em 2001, a taxa de homicídios dos homens de 20 a 24 anos foi surpreendente: 102,3 por 100 mil habitantes entre brancos. Para os jovens negros, porém, a taxa era duas vezes maior: 218,5 a cada 100 mil deles foram vítimas de assassinato, um risco equivalente ao de morar em países em guerra civil. Nessa pesquisa, a maior parte dos jovens negros assassinados vivia em favelas, bairros periféricos e subúrbios das grandes cidades. Nesses lugares, a violência física é parte do cotidiano, desagregando a vida comunitária e dificultando o exercício da cidadania. Essa ausência de cidadania demonstra que à pobreza de renda somam-se a pobreza política (falta de capacidade para participar da esfera pública) e a pobreza de direitos (impossibilidade de gozar os direitos formalmente estabelecidos na lei).

Milton Santos (2002, p. 34), um dos intelectuais brasileiros de maior reconhecimento internacional, afirma que “a grande aspiração do negro brasileiro é ser tratado como um homem comum”.

A vulnerabilidade em populações negras vem sendo demonstrada em diversos estudos, como na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), IBGE e em contribuições de autores como: Jurema Werneck, Fernanda Lopes, Marcelo Paixão, Elza Berquó, Sueli Carneiro, dentre outros; e o que se discute de maneira geral é que existe racismo no Brasil e que este se reflete de forma direta na prevenção e acesso aos serviços de saúde e na qualidade de vida e bem-estar dessa população, reivindicando, assim, medidas políticas públicas que “operem sistematicamente com enfoque à questão cor/raça” (CARNEIRO, 2001, p.13).

Segundo Berquó (2001), demógrafa e fundadora do Núcleo de Estudos de População da Universidade Estadual de Campinas (NEPO/UNICAMP), a não-colocação do item cor/raça no censo de 70, devido à ditadura, teve um prejuízo de mensuração da qualidade de vida dessa população, contribuindo para o agravamento do racismo e aumento da vulnerabilidade.

O estabelecimento do critério raça/cor por auto-identificação utilizado pelo IBGE (2008) no censo de 2000 traz à tona novas reflexões acerca da atenção às populações ditas mais vulneráveis. A mudança estatística revela crescimento em populações que não se via em outros censos, tais como a população indígena, que aparece de forma bastante significativa, e também a população negra, que surge em maior tamanho e em condições socioeconômicas mais desfavoráveis.

Acerca do estabelecimento do critério cor ou raça por auto-identificação, Osório (2003) afirma que um método de identificação racial é um procedimento estabelecido para a decisão do enquadramento dos indivíduos em grupos definidos pelas categorias de uma classificação, sejam estas manifestas, sejam latentes. Existem basicamente três métodos de identificação racial, que podem ser aplicados com variantes. O primeiro é a auto-atribuição de pertença, no qual o próprio sujeito da classificação escolhe o grupo do qual se considera membro. O segundo é a heteroatribuição de pertença, no qual outra pessoa define o grupo do sujeito. O terceiro método é a identificação de grandes grupos populacionais, dos quais provieram os ascendentes próximos por meio de técnicas biológicas, como a análise do DNA.

A argumentação do IBGE sobre a escolha da raça ou cor por auto-identificação parte do princípio de que tanto a heteroidentificação quanto a autoidentificação estão carregadas de subjetividades e que o método de autoidentificação, baseado em dados estatísticos de pesquisas prévias, apresentou-se mais próximo de uma uniformidade das categorias expostas.

A grande questão da identificação por auto-atribuição envolve o problema da variação social da cor, pois a extensa literatura disponível sobre o assunto, a despeito das ênfases diferenciadas em classe ou raça, é unânime em afirmar que a ascensão social pode embranquecer, havendo copiosos exemplos do fenômeno. Sabendo-se que, à luz do ideal de brancura vigente, é de se esperar que as pessoas que carregam menos traços negros em sua aparência tendam a se considerar brancas, e que essa tendência varia de acordo com a situação socioeconômica, com as pessoas mais abastadas também tendendo à escolha do branco, o fato de a classificação de cor ser realizada por auto-atribuição pode se afigurar problemático. No fundo, a opção pela auto-atribuição ou pela heteroatribuição de pertença racial é uma escolha entre subjetividades: a do próprio sujeito da classificação ou a do observador externo. Em resumo, a heteroatribuição pode dar bons resultados, mas não é livre das mesmas indefinições e imprecisões implicadas na auto-atribuição (OSÓRIO, 2003, p.15).

Outro aspecto a se ressaltar é a respeito das categorias estabelecidas pelo IBGE (preto, pardo, branco, amarelo e indígena). Sobre isso, Osório (2003) afirma que a classificação de “cor ou raça” empregada nas pesquisas do IBGE não é simplesmente uma invenção que saiu de algum gabinete desse órgão. Ela e suas categorias têm uma história que reflete, em grande grau, a própria história das relações raciais brasileiras nos últimos dois séculos. A SOMA das categorias PRETOS + PARDOS se deu devido a estudos socioeconômicos com estas populações que demonstraram não haver diferenças significativas.

No campo da saúde pública, em dezembro de 2001, profissionais de várias organizações internacionais do movimento negro e de instituições universitárias produziram o documento “*Subsídios para o Debate sobre a Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade*” (PAIXÃO, 2004). Tal política é justificada com base em diversos argumentos, tais como: de que a “discriminação racial leva a situações mais perversas de vida e de morte”; de que há desigualdades importantes entre “negros” e brancos; e de que a universalidade dos serviços, garantida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), não seria suficiente para “assegurar a equidade [...] ao subestimar as necessidades de grupos populacionais específicos”, colaborando para o agravamento “das condições sanitárias de afro-brasileiros” (PAIXÃO, 2004, p. 246-247). O documento reitera os principais pontos da Mesa-Redonda sobre a Saúde da População Negra, de 1996.

Sendo assim, pesquisas com ênfase no critério cor/raça têm sido desenvolvidas no Brasil, como em novembro de 2002, quando o Centro de Referência e Treinamento (CRT) em DST/AIDS da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo iniciou o recadastramento de todos os seus pacientes portadores de HIV ou vivendo com AIDS. Um dos principais objetivos dessa operação foi o de se construir um quadro mais fidedigno acerca das naturalidades e procedências dos pacientes atendidos por esse serviço.

Um dos objetivos secundários desse recadastramento foi o de estudar as tendências da epidemia no que se referia aos segmentos étnicos da clientela do serviço. Diante de sua já reconhecida pauperização, aventava-se a possibilidade de verificar vulnerabilidade significativamente maior entre pessoas negras, o que indicaria a necessidade de definir estratégias específicas para este segmento da população (VARGA, 2008).

## 2 EQUIDADE E POLÍTICAS PÚBLICAS

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), vem trazendo, para a arena de discussão, temas pertinentes à execução de direitos de cidadania, que, embora vistos certas vezes pelo viés da ampliação do acesso, ou da realização da equidade em saúde, vêm mobilizando a discussão de temas que dizem respeito à própria configuração da relação entre Estado e sociedade (ADORNO; ALVARENGA, 2002).

Do ponto de vista dos princípios que orientam as políticas do Sistema Único de Saúde – integralidade, equidade, participação e universalidade – a temática das inclusões torna-se um desafio para aprimoramento da assistência em um país marcado por grandes diferenças na distribuição de renda, com o funcionamento de um mercado de planos privados de saúde que procuram viabilizar-se como um diferencial de classes no atendimento, ficando o sistema público voltado aos pobres e “carentes” (OLIVEIRA, 2005).

A Carta de Ottawa, documento publicado como resultado da Conferência da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1986, assume que, na equidade em saúde, suas ações objetivam reduzir as diferenças no estado de saúde da população e no acesso aos recursos diversos para uma vida mais saudável. O documento aponta para os determinantes múltiplos da saúde e para a intersectorialidade, ao afirmar: “Dado que o conceito de saúde como bem estar global transcende a idéia de estilos de vida saudáveis, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor da saúde”; e completa asseverando que “as condições e requisitos para a saúde são: paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade” (BRASIL, 2002, p.20 apud BUSS, 2003, p.25).

Equidade na implementação de políticas significa não tratar de forma igual os desiguais, uma vez que a idéia de igualdade não se sustenta em si, mas é impregnada de valores morais e historicamente contextualizada (CARNEIRO JUNIOR; SILVEIRA, 2003). Assim, a equidade promoverá ações aos grupos diferenciados em suas demandas e necessidades de diferentes maneiras, organizando programas que privilegiem alguns grupos populacionais identificados como mais despossuídos (PORTO, 1995), caminho que tem demonstrado uma série de desafios (CARNEIRO JUNIOR; SILVEIRA, 2003).

Em *Terras de Preto no Maranhão: quebrando o mito do isolamento*, Almeida (2002) reflete acerca da identidade cultural da terminologia conceitual “negro”, enquanto uma denominação imposta por colonizadores, no sentido de homogeneizar dezenas de povos do

continente africano, reduzindo as suas línguas, culturas, religiões e até mesmo características físicas a um único conceito de “negro”. Para esse autor, essa lógica foi um processo consciente e objetivamente elaborado pelas classes dominantes (governo, igreja, elite) no entendimento de que não seria possível explorar vários povos a um só tempo, reduzindo-os à condição de um só “povo” – incivilizado, inferior, bestial, transformando assim uma rica e complexa heterogeneidade numa humilhante e simplória homogeneização: negros.

Almeida (2002) afirma ainda que os colonizadores europeus começam, a partir da “chegada” dos povos africanos ao Brasil, uma ostensiva e explícita tentativa de aniquilamento das identidades culturais daqueles diferentes grupos étnicos. Haussás, Minas, Nagôs, Bantus, Cabindas, Benguelas, Cassanges, Macuas, Fulas, Bornus, etc. são reduzidos culturalmente à condição de “negros” – seres inferiores que têm a obrigação de aprender a língua, a cultura e a religião de seus dominantes.

Seguindo a sua reflexão, Almeida (2002) discorre que a história do povo negro brasileiro é uma história de rebeldia, no sentido de manter vivo, essencial e subjetivamente, a sua identidade cultural, que é exatamente o alvo principal de destruição a que se propõem os colonizadores.

Silvério (2003), em *o Papel das ações afirmativas em contextos racializados*, narra um raciocínio de Hofbauer (1999), no qual este procura reconstruir a historicidade de noções como negro, mulato, mestiço, branco, raça, branqueamento, etc., a partir de discursos ideológicos de inclusão e exclusão antes e depois das concepções biologizadas das raças humanas desvendando seus sentidos.

Para Silvério (2003), a crítica de Hofbauer centra-se no fato de que as concepções de branco e negro foram vistas durante muito tempo, sobretudo no período colonial, como categorias “divinizadas”, isto é, foram baseadas nas qualidades morais religiosas, e não nos fenótipos de natureza biológica. O exemplo seria a utilização da palavra “negro” para descrever também os habitantes da terra recém-descoberta. Hofbauer (apud SILVÉRIO, 2003, p. 54) chama a atenção novamente para o seguinte: da mesma forma que o fenótipo não deve ser tratado como um “dado biológico neutro”, a idéia de cor tampouco representa um “dado natural”, não se deve igualar a idéia de cor a um “fenômeno da natureza”.

Silvério (2003) diz ainda que, na perspectiva do autor, é importante ligar as abordagens sobre diferenciação de cor de pele à fundamentação teórica do discurso de inclusão e exclusão. Isto é, há que se perguntar, em primeiro lugar, quais os motivos e objetivos que fazem com que seres humanos incluam e excluam outros seres humanos, e porque esses motivos e objetivos mudaram ao longo da história do Ocidente (HOFBAUER,

1999 apud SILVÉRIO, 2003). Em outros termos, para ele não existe um “*ethos* brasileiro” deslocado das “relações raciais”, como também é possível mostrar que “raças” e/ou “cores” não têm existência própria, não têm um significado que independa do “mundo dos valores” e dos “ideais culturais”.

Sendo assim, continua Hofbauer (apud SILVÉRIO, 2003), é precisamente no mundo dos valores que podemos dar inteligibilidade aos discursos que incluem ou excluem as pessoas das oportunidades oferecidas pela vida social em suas diferentes dimensões.

Dessa forma, uma questão interessante a ser respondida é a seguinte: que tipo de valor (ou valores) se associa(m) à(s) exigência(s) da boa aparência no mercado de trabalho, muito comum até recentemente nos anúncios classificados para empregos dos principais jornais brasileiros?

O próprio autor responde que, a esta pergunta, implica pensar, juntamente com Fraser (1997 apud SILVÉRIO, 2003), que raça e gênero constituem coletividades ambivalentes, no sentido de que socialmente são vítimas de dois tipos de injustiças, a econômica e a simbólica.

No caso específico das coletividades racializadas negativamente, quando pensadas no âmbito da economia política, a raça estrutura a divisão dentro do trabalho assalariado entre ocupações mal pagas, sujas, domésticas, desproporcionalmente ocupadas por pessoas de cor, e entre ocupações técnicas, administrativas, *White color*, de maior *status* e mais bem pagas desproporcionalmente, dominadas por brancos, afirma Hofbauer (apud SILVÉRIO, 2003). Para este autor, é possível que parcela destas diferenças posicionais no mercado de trabalho altamente favoráveis aos brancos possa ser explicada como legado do passado escravista, mas, como ensina Hasenbalg (1997 apud SILVÉRIO, 2003), a raça tem sido um critério adscritivo conscientemente mantido pelos brancos, simplesmente porque eles mantêm vantagens materiais e simbólicas.

### 3 O CONTEXTO DA AIDS

#### 3.1 A história de uma pandemia moderna

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), a AIDS é uma doença que se manifesta após a infecção do organismo humano pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, mais conhecido como HIV. Esta sigla é proveniente do inglês - *Human Immunodeficiency Virus*.

Neste trabalho, foi adotado o termo HIV e AIDS pelo aspecto já convencionado nos trabalhos de pesquisas científicas no Brasil.

O HIV destrói os linfócitos – células responsáveis pela defesa do organismo –, tornando a pessoa vulnerável a outras infecções e doenças oportunistas, chamadas assim por surgirem nos momentos em que o sistema imunológico do indivíduo está enfraquecido.

A disseminação em massa do HIV no mundo teve início em meados/final da década de 70. Em menos de duas décadas – na primeira delas, o vírus era desconhecido e insuspeito – o HIV tornou-se a primeira pandemia moderna (MANN; TARANTOLA; NETTER, 1993).

Em 1982, no *Centers for Diseases Control and Prevention* – Centros de Controle de Doenças (CDC), dos EUA, a nova doença é batizada como AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*), ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. As pesquisas clínicas e os dados epidemiológicos tiveram um papel fundamental no consenso em torno do vírus da imunodeficiência humana, o HIV, como foi chamado o agente causal da AIDS. A primeira definição da doença, elaborada nos critérios do CDC (1984), enfatiza a sua letalidade, incluindo doenças indicativas de AIDS com diagnósticos definitivos, pois ainda não se conhecia a etiologia da doença. Dessa forma, eis a definição preliminar de um caso de AIDS: “Doença, pelo menos moderadamente preditiva de defeito de imunidade celular, ocorrendo em pessoa sem causa conhecida para uma resistência diminuída a essa doença” (BRASIL, 2008).

Luc Montagnier, francês que primeiro conseguiu isolar o *lentivirus* do HIV, inicialmente batizado como *Lymphadenopathy Associated Virus* (LAV), faz uma interessante narrativa acerca dos primeiros passos de casos relacionados a características de imunodeficiências em pacientes com pneumocistoses e sarcomas de Kaposi. Ele relata a falta de interesse e incredulidade na então endemia relacionada à “doença de homossexuais”.

[...] “mas por que trabalhar com uma doença de homossexuais?” perguntavam outros. “Isso da uma imagem negativa do instituto e pode prejudicar seu financiamento, que repousa em parte em doações privadas” (diálogo com representante do Institute Pasteur por volta de Maio de 1983) (MONTAGNIER, 1995, p. 45).

Isto, em função da prevalência dos primeiros casos estarem associados a jovens homossexuais, fato este que posteriormente ocasionou prejuízos irreparáveis até hoje.

Os primeiros estudos epidemiológicos efetuados com a ajuda dos primeiríssimos testes ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay) mostraram que a maioria dos pacientes atingidos por adenopatias tinha anticorpos para LAV, estando portanto infectados pelo mesmo tipo de vírus. De todo modo, já tínhamos um número suficiente de elementos para agir, tanto junto aos poderes públicos como junto à comunidade científica (MONTAGNIER, 1995, p. 49).

Em agosto de 1983, foi encaminhado às autoridades francesas um comunicado de alerta acerca da periculosidade do recém-isolado vírus, a resposta; porém, foi desproporcional à gravidade, gerando apenas a disponibilização de uma modesta quantia em francos, que não eram suficientes nem para montar um laboratório apropriado, afirma Montagnier (1995).

Um questionamento se firma neste momento: seria outro o destino da epidemia se a resposta se desse de forma mais enérgica neste primeiro momento? Certamente, muitos casos, principalmente os de transfusão de hemoderivados, poderiam ter sido evitados, narra Montagnier (1995).

Em 1991, a Organização Mundial da Saúde divulgava o relatório informando que pelo menos 10 milhões de pessoas no mundo portavam o vírus da AIDS.

Frente a isto, era evidenciável a preocupação que o mundo tinha com o desenvolvimento dessa pandemia; sendo assim, respostas políticas e sociais de prevenção e combate ao HIV tornaram-se de fundamental importância no mundo inteiro. Mann, Tarantola e Netter (1993) afirmam que essa ampla visão da forma, atual estágio e futuro projetado da pandemia, preparam o palco para uma análise crítica da resposta ao HIV/AIDS – do indivíduo, da comunidade, do país e do mundo. Juntos, estes três elementos – a pandemia, seus impactos sociais e a resposta mundial – descrevem a difícil e perigosa realidade da AIDS no mundo em 1992.

Conforme o relatório anual do Programa Conjuntos das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, existem no mundo aproximadamente 33 milhões de pessoas vivendo com HIV/AIDS. (UNAIDS, 2007).

### 3.2 A história de uma pandemia moderna no Brasil

Galvão (2000) afirma que as notícias sobre a AIDS chegaram ao Brasil antes que os primeiros casos fossem identificados, o que levou a chamarem a AIDS brasileira, no início da década de 80, de um “mal de folhetim”.

Nesse período, há a notificação dos primeiros casos de AIDS e a criação do Programa de AIDS do Estado de São Paulo (1983).

Em 1986, começa a estruturar-se a resposta à AIDS em âmbito federal: cria-se a Comissão Nacional de AIDS (GALVÃO, 2000).

Em 1987, o teste Elisa<sup>2</sup> chega ao Brasil, e logo depois são criados, em São Paulo e no Rio Grande do Sul, os primeiros Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS) (GALVÃO, 2000).

Um importante marco apontado por Galvão (2000) foi quanto à disponibilização da medicação anti-retroviral para os pacientes, uma vez que, com esse recurso, constata-se uma expressiva queda da mortalidade da doença e uma acentuada redução (superior a 80%) na quantidade e gravidade das hospitalizações dos portadores do HIV/AIDS. Houve também diminuição de 60 a 80% das demandas de tratamento de doenças oportunistas.

Nesse período, continua a implantação da rede de alternativas assistenciais em todas as regiões do país: Serviços de Atendimento Especializados (SAEs), Hospitais-Dia (HD) e Serviço de Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT), além dos hospitais convencionais. Várias Organizações Não-Governamentais (ONGs) criam também casas de apoio, casas de passagem e grupos de convivência, onde são desenvolvidas atividades de forma complementar às assistenciais oficiais.

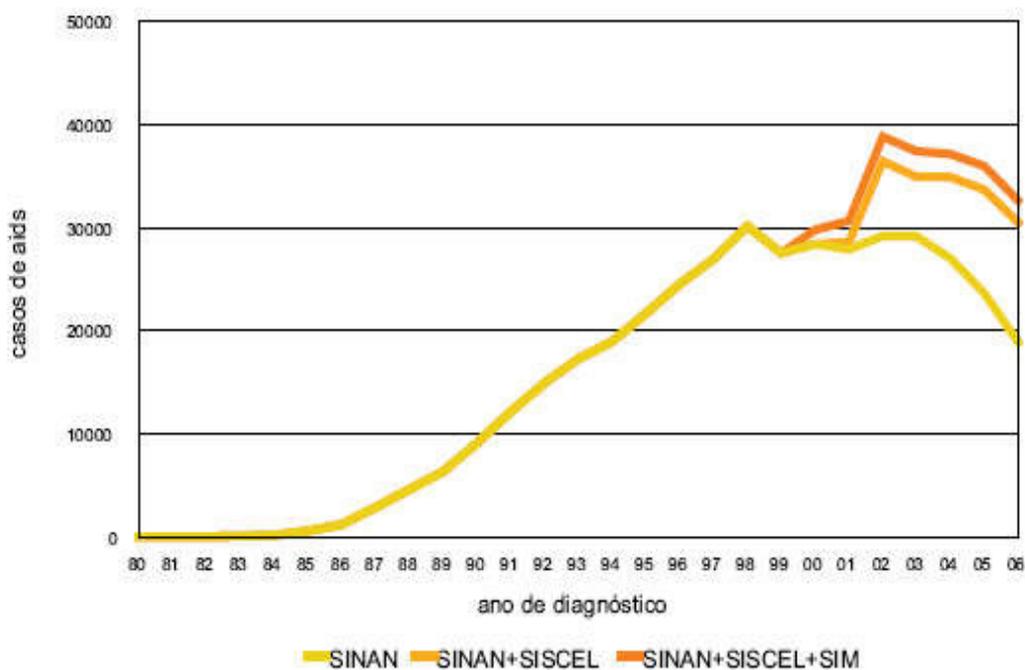
Vale ressaltar que o movimento civil, representado pelas inúmeras ONGs, teve um papel importantíssimo na resposta brasileira à epidemia da AIDS e no sucesso internacional do modelo brasileiro na prevenção, pois, desde os primeiros casos notificados no Brasil, essas ONGs marcaram lutas, pressões, reivindicações e contribuições ao Governo Federal e ao Programa Nacional de DST/AIDS, fato este muito discutido em mesas-redondas no VII CONGRESSO BRASILEIRO DE PREVENÇÃO DAS DST e AIDS, realizado em Junho/2008, como a mesa que teve como título: *Características da atuação brasileira no cenário global*, protagonizada por Mariângela Simão, Jane Galvão, Michael Lotrowska, Beto de Jesus e Paulo Roberto Teixeira.

---

<sup>2</sup> Exame laboratorial que revela a sorologia positiva ao HIV, principal método de identificação da infecção.

O Boletim Epidemiológico AIDS – DST, de dezembro/2007, mostra que, de 1980 a junho de 2007, foram identificados um total de 474.273 casos de AIDS no Brasil, sendo 53.089 no Nordeste e 5.599 no Maranhão, com base no conjunto de bancos de dados (SINAN/SISCEL/SIM) (BRASIL, 2007).

Com relação aos casos de AIDS por raça/cor 2000<sup>3</sup> – 2007, o mesmo boletim aponta 51.577 casos em brancos e 54.959 casos em negros (pretos + pardos). No entanto, com relação aos óbitos por AIDS, os números apontam para 49.532 óbitos entre brancos e 35.140 óbitos entre negros (BRASIL, 2007).



FORNTE: MS/SVS/PN-DST/AIDS

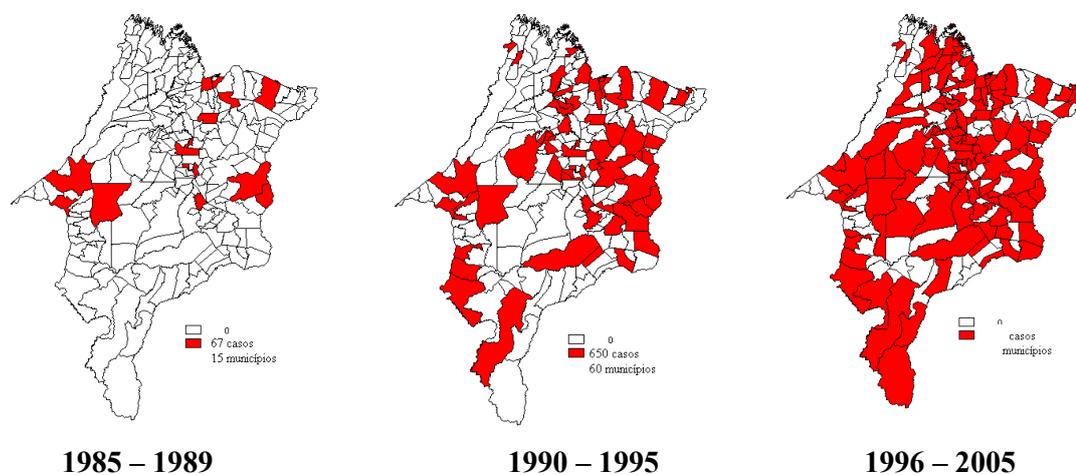
**Figura 1** - Número de casos de AIDS, segundo fonte de informação e ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2006.

Até 1995, a curva de mortalidade acompanhava a de incidência de AIDS, quando aquela atingiu a taxa de 9,7 óbitos por 100 mil habitantes. Após a introdução da política de acesso universal ao tratamento anti-retroviral, observou-se queda na mortalidade. A partir de 2000, evidencia-se estabilização em cerca de 6,3 óbitos por 100 mil, embora essa tendência seja bem mais evidente na Região Sudeste e entre os homens. Além disso, entre 1993 e 2003, observou-se um aumento de aproximadamente cinco anos na idade mediana dos óbitos por AIDS, em ambos os sexos, refletindo um aumento na sobrevivência dos pacientes (BRASIL, 2007).

<sup>3</sup> Somente em 2000 o quesito cor/raça foi inserido no formulário do SINAN.

No Maranhão, dados da Secretaria Estadual de Saúde apontam que a situação epidemiológica da AIDS, de 1985 a agosto/2008, consiste em 4.056 casos notificados, sendo 1.398 (34%) casos do sexo feminino e 2.658 (66%) casos do sexo masculino. Os casos registrados por critério cor/raça entre 2000 a 2008 são de 499 casos de brancas, 295 de pretas, 1350 de pardas, 04 de amarelas, 06 de indígenas e 323 de ignorados/não responderam (MARANHÃO, 2008).

Dos 217 municípios maranhenses, pelo menos, 153 municípios já apresentaram 01 caso de AIDS notificado.



Fonte: CONFERÊNCIA ESTADUAL DE DST/AIDS DO MARANHÃO (2006).

**Figura 2** - Distribuição dos municípios com pelo menos um caso de AIDS notificado. Maranhão, 1985-2005.

Já em São Luis, os dados da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) mostram que de 1985 a 2006, foram notificados 1.786 casos de AIDS, sendo 1.225 casos em homens e 561 casos em mulheres (SÃO LUIS, 2006).

Destes 1.786 casos registrados, 213 eram de cor branca, 139 de cor preta, 500 de cor parda e 883 ignorados. Ressalta-se, porém, que o critério de classificação de cor/raça do SINAN, até então, ainda é por heteroidentificação (SÃO LUIS, 2006).

#### 4 DEFINIÇÃO DE CONCEITOS DE RISCO E DE VULNERABILIDADE

No período da descoberta da entidade clínica AIDS, a terminologia fator de risco foi emprestada aos grupos sociais dos quais emergiam os primeiros casos – HSH, hemofílicos, UDIs, profissionais do sexo e haitianos.

Os detentores dessas “alegorias” foram destituídos de sua humanidade, incluídos nos grupos de risco e apresentados às sociedades como os únicos susceptíveis à doença e, por conseguinte, potencialmente perigosos. Como não poderia ser diferente, essa época foi representada por resultados técnicos restritos e pela (re)produção, em grande escala, de estigmas e preconceitos (AYRES; FRANÇA JUNIOR, CALAZANS, 1997). Esta fase trouxe prejuízos irreparáveis até hoje, visto que, a falta de informação técnica deu margem a interpretações fantasiosas e de cunho moral, marcando as Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHA) com um pesado fardo de culpa por consequência dos seus próprios erros (resultado do pecado).

Sontag (2007) comenta que o comportamento perigoso que produz a AIDS é encarado como algo mais do que fraqueza. É irresponsabilidade, delinqüência – o doente é viciado em substâncias ilegais, ou sua sexualidade é considerada divergente.

Sontag (2007) relata ainda que a transmissão sexual da doença, encarada pela maioria das pessoas como uma calamidade da qual a própria vítima é culpada, é mais censurada do que a de outras – particularmente porque a AIDS é vista como uma doença não apenas pelos excessos sexuais, mas também pela perversão sexual.

O conceito de risco na epidemiologia moderna é definido como a chance probabilística de susceptibilidade, atribuível a qualquer indivíduo de grupos populacionais particularizados, delimitados, em virtude da exposição a agentes (agressores ou protetores) de interesse técnico ou científico.

Na metodologia epidemiológica, os fatores de risco são associações regulares, estatisticamente significantes, entre características possivelmente implicadas na produção do agravo em estudo. São elementos probabilísticos disciplinadores do raciocínio causal (AYRES; FRANÇA JUNIOR; CALAZANS, 1997). Porém, ainda que perfeitamente compreensível no ponto de vista epidemiológico, o termo “*fatores de risco*”, no contexto da pandemia da AIDS, trouxe reflexões acerca de sua limitação, principalmente no que diz respeito às respostas coletivas ao combate à pandemia, visto que a detecção dos primeiros casos em grupos específicos possibilitou a formação de estigmas e proporcionou respostas

equivocadas e excludentes de determinadas categorias que foram identificadas como “*grupos de riscos*”.

As implicações morais e os resultados práticos dessas estratégias já são conhecidos: estigmatização, preconceito, individualismo, insucesso (AYRES; FRANÇA JUNIOR; CALAZANS, 1997).

Posteriormente, com o isolamento do vírus, a diversificação de casos notificados e os manifestos contrários à estigmatização por parte de ONGs e movimentos organizados (como o movimento *gay* norte-americano), o termo *grupo de risco* começa a ser desconstruído, e uma nova terminologia começa a ser utilizada, a de “*comportamento de risco*”. Agora numa perspectiva mais universalizada e com ênfase ao comportamento individual de prevenção.

Ayres, França Junior e Calazans (1997) afirmam, no entanto, que o “*comportamento de risco*” também mostrou limites importantes. A tendência à culpabilização individual é a sua outra face: quando o comportamento do indivíduo é trazido para o centro da cena, a consequência inevitável é que se atribua a displicência, para dizer o mínimo, a eventual falha na prevenção.

Posteriormente, com o desenvolvimento de novas estratégias de combate à pandemia, foi se percebendo que a mudança de comportamento não é um somatório de informação + vontade, mas passa por coerções e recursos de natureza cultural, econômica, política, jurídica e até policial, desigualmente distribuídos entre os gêneros, países, segmentos sociais, grupos étnicos e faixas etárias.

Atualmente, o termo “*vulnerabilidade*” tem sido o que melhor consegue representar, significar os esforços de conceitualização e formação de estratégias de respostas à pandemia do HIV/AIDS. Principalmente após a publicação de “*Aids in the World*”, em 1992, esse termo vem à tona nos discursos de Mann, Tarantola e Netter (1993) como estratégias de resposta e de prevenção à AIDS.

No plano individual, Mann, Tarantola e Netter (1993) apresentaram várias definições para o conceito de vulnerabilidade:

- a) em termos absolutos, a expressão designaria os desprotegidos;
- b) em termos relativos, estaria referindo-se àqueles que estão expostos a um risco maior do que a média;
- c) em termos epidemiológicos, o conceito estaria relacionado àqueles que apresentam maiores graus de exposição;

- d) em termos médicos, designaria as pessoas incapazes de avaliar o nível e a qualidade da assistência médica;
- e) em termos operacionais, a expressão estaria relacionada àqueles que necessitam de maior grau de proteção e assistência;
- f) em termos de direitos humanos, faria referência àqueles que estão expostos ao risco de discriminação ou tratamento injusto, que desafiam os princípios de equidade e dignidade humana;
- g) em termos sociais, estaria relacionado àqueles que não têm seus direitos efetivados ou que não têm acesso aos serviços sociais disponíveis;
- h) em termos econômicos, faria referência aos incapazes de ter acesso a um nível satisfatório de assistência, devido a limitações financeiras; e
- i) em termos políticos, diria respeito aos carentes de poder ou incapazes de conseguir representação total.

Mann, Tarantola e Netter (1993) introduzem, no contexto da discussão da AIDS, as categorizações de VULNERABILIDADE, que são bem comentadas sob o olhar de Marina Valadão (2003.p.17). Estas são:

**- Vulnerabilidade pessoal (ou individual)**

No plano pessoal, a vulnerabilidade está associada a comportamentos que criam a oportunidade de infectar-se e/ou adoecer, nas diversas situações já conhecidas de transmissão do HIV (relação sexual desprotegida, uso de drogas injetáveis, transfusão sanguínea e transmissão vertical). Depende, portanto, do grau e da qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre o problema, da sua capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las ao seu repertório cotidiano e também das possibilidades efetivas de transformar suas práticas. O grau de consciência que os indivíduos têm dos possíveis danos decorrentes de comportamentos associados à maior vulnerabilidade precisa ser considerado. Mas a mudança de comportamentos não é compreendida como decorrência imediata da vontade dos indivíduos. Conhecimentos e comportamentos têm significados e repercussões muito diversificados na vida das pessoas, dependendo de uma combinação, sempre singular, de características individuais, contextos de vida e relações interpessoais que se estabelecem no dia-a-dia.

**- Vulnerabilidade institucional (programática)**

No plano institucional, a vulnerabilidade está associada à existência de políticas e ações organizadas para enfrentar o problema da AIDS. Pode ser avaliada a partir de aspectos como: a) compromisso das autoridades com o enfrentamento do problema; b) ações efetivamente propostas e implementadas por essas autoridades; c) coalizão interinstitucional e intersetorial (saúde, educação, bem-estar social, trabalho, etc.) para a ação; d) planejamento e gerenciamento dessas ações; f) financiamento adequado e estável dos programas; i) avaliação e retroalimentação dos programas; j) sintonia entre programas institucionalizados e aspirações da sociedade; k) vínculos entre as instituições e sociedade civil organizada, etc. Quanto maiores forem o compromisso, a integração e o monitoramento de programas de prevenção e cuidado, maiores serão as chances de canalizar os recursos, de otimizar seu uso e de fortalecer os indivíduos e a sociedade frente à epidemia.

#### **- Vulnerabilidade social**

No plano social, a vulnerabilidade está relacionada a aspectos sociopolíticos e culturais combinados, como o acesso a informações, grau de escolaridade, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidades de enfrentar barreiras culturais, etc. A vulnerabilidade social pode ser entendida, portanto, como um espelho das condições de bem-estar social, que envolvem moradia, acesso a bens de consumo e graus de liberdade de pensamento e expressão, sendo tanto maior a vulnerabilidade quanto menor a possibilidade de interferir nas instâncias de tomada de decisão. Para avaliar o grau de vulnerabilidade social é necessário conhecer a situação de vida das coletividades através de aspectos como: a) legislação em vigor e sua aplicação; b) situação de acesso aos serviços de saúde por parte das pessoas de diferentes estratos sociais; c) qualidade dos serviços de saúde aos quais se tem acesso. Dessa forma, por exemplo, entende-se que a situação atual da mulher na sociedade (menores salários, ausência de leis de proteção, exposição a violências e restrições de exercício da cidadania) aumenta a vulnerabilidade social da própria mulher à epidemia.

Segundo Ayres, França Junior e Calazans (1997), a vulnerabilidade individual parte de três pressupostos: 1. todo indivíduo é, em algum grau, vulnerável à infecção pelo HIV e às suas conseqüências, e essa vulnerabilidade pode variar ao longo do tempo, em conseqüência dos valores e recursos que lhe permitam ou não obter meios para se proteger; 2. os indivíduos infectados pelo HIV têm seu potencial de vulnerabilidade à morbidade, invalidez ou morte, variável em função inversa ao amparo social e assistencial de que dispõem; 3. as condições que afetam a vulnerabilidade individual são de ordem cognitiva (informação, consciência do problema e das formas de enfrentá-lo), comportamental (interesse e habilidade para transformar atitudes e ações a partir daqueles elementos cognitivos) e social (acesso a recursos e poder para adotar comportamentos protetores).

A força do ambiente sociopolítico-econômico-cultural determina o sucesso dos programas e, em última instância, seu impacto sobre as pessoas. Diante disso, o componente social da vulnerabilidade pode ser caracterizado: 1. pelo acesso que as pessoas e os grupos têm à (in)formação, aos serviços de saúde e a outros equipamentos sociais; 2. pelo nível de liberdade de expressão, representação e decisão que usufruem; 3. pelos indicadores de saúde, educação e renda; 4. pelo índice de desenvolvimento humano e pelo índice de pobreza e miséria. De acordo com Ayres, França Junior e Calazans (1997), esse plano também considera as estruturas de governo, o repertório de crenças e valores relacionados à saúde e sexualidade, as relações de raça, etnia, gênero e geração.

De forma sintética, a vulnerabilidade poderia ser definida, então, como o conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados ao grau e modo de exposição a uma dada situação e, de modo indissociável, ao maior ou menor acesso a recursos adequados para se proteger tanto do agravo quanto de suas conseqüências indesejáveis (AYRES; FRANÇA JUNIOR; CALAZANS, 1997).

A vulnerabilidade de um grupo à infecção pelo HIV e ao adoecimento é resultado de um conjunto de características dos contextos político, econômico e socioculturais que ampliam ou diluem o risco individual. Além de trabalhar essas dimensões sociais (vulnerabilidade social), é um desafio permanente e de longo prazo sofisticar os programas de prevenção e assistência, abrindo espaço para o diálogo e a compreensão sobre os obstáculos mais estruturais da prevenção e sobre o acesso e também para as experiências diversas com os meios disponíveis (vulnerabilidade programática), para que, no plano das crenças, atitudes e práticas pessoais (vulnerabilidade individual), todos, significando cada um, possam de fato se proteger da infecção e do adoecimento (BUCHALLA; PAIVA, 2002).

A lógica do conceito de vulnerabilidade, ao buscar sínteses particularizadoras, abri-las à transdisciplinariedade e buscar a validação de suas proposições conceituais, não em critérios estritamente técnicos, mas acoplá-los a outros radicalmente éticos, tende a retirar, do plano exclusivo da retórica, o (conhecido) discurso da relevância do social e trazê-lo para a ação (AYRES; FRANÇA JUNIOR; CALAZANS, 1997).

Sendo assim, a necessidade de se pensar respostas que contemplem o universo dos mais vulneráveis se faz urgente, pois, como afirma Santos (apud AYRES et al., 1999), mais que transmitir informações e modelos visando à modificação dos comportamentos de risco, o norte de atuação desse trabalho passa a ser estimular uma resposta social capaz de transformar os aspectos culturais, morais, políticos e econômicos que estão na base dos comportamentos de risco (TEIXEIRA; PAIVA; SHIMMA, 2000). Assim, a prevenção e a promoção da saúde ganham uma dimensão política, pois se transformam em *locus* de esclarecimento da população sobre seus direitos e sobre a forma de conquistá-los e garanti-los (BARBOSA; PARKER, 1999); única forma de construir as redes de mobilização necessárias para que as transformações contextuais venham de fato a acontecer.

O Programa Nacional de DST/AIDS (PN/DST/AIDS) alcançou destaque bastante expressivo no cenário internacional exatamente por optar por uma política de ação que contemple tanto a Prevenção quanto a Assistência, assumindo assim, principalmente desde 1996, a responsabilidade de manutenção do acesso ao medicamento às PVHA e abrindo-se para o diálogo e construção de suas políticas de ações às Sociedades Cívicas e Organizações Não-Governamentais.

## **5 OBJETIVOS**

### **5.1 Geral**

Analisar, à luz do critério cor/raça por auto-identificação, o acesso e o tratamento do HIV/AIDS em dois SAEs de São Luís/MA.

### **5.2 Específicos**

- a) Examinar os aspectos sociodemográficos da população em tratamento de HIV/AIDS, segundo o critério cor/raça;
- b) Analisar a equidade do acolhimento e acesso ao tratamento do HIV/AIDS segundo o critério cor/raça.

## 6 MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa foi realizada em duas unidades de Serviço de Atendimento Especializado (SAE) em São Luís/MA.

A primeira unidade é o Hospital Presidente Vargas (HPV), sob gerência do Governo Estadual. O HPV possui aproximadamente 1.355 pacientes cadastrados e atualmente é tido como referência estadual no tratamento de HIV/AIDS e doenças infecciosas.

O SAE do Centro de Saúde de Fátima (CSF), sob gerência do município, tem um total de 720 pacientes cadastrados no programa de HIV/AIDS e está inserido em uma unidade ambulatorial junto a outros programas do Ministério da Saúde, tais como os de combate e prevenção contra hanseníase, tuberculose, hipertensão e diabetes, bem como o programa Saúde da Mulher, além do de DST/AIDS.

### 6.1 População sob estudo

Os indivíduos que participaram voluntariamente do estudo tanto do Hospital Presidente Vargas (HPV), quanto do SAE do Centro de Saúde de Fátima (CSF), durante o período de 22 de outubro de 2007 a 07 de dezembro de 2008, foram divididos em dois grupos levando-se em consideração o critério raça/cor. Assim um grupo era formado pela população de negros/as (pretos + pardos) e outro grupo dos/as não-negros/as (brancos + amarelos + indígenas) (IBGE, 2008).

### 6.2 Critérios de inclusão dos entrevistadores

Possuam formação superior e tenham experiência de atuação em HIV/AIDS.

### 6.3 Instrumento de coleta

O formulário de coleta de dados utilizado foi o *Enhancing Care Initiative* (ECI) adaptado (Apêndice B). Em 1998, a Universidade de Harvard e a *Fundação Merck Company* estabeleceram o *Enhancing Care Initiative* para implantar o cuidado clínico de pessoas vivendo com HIV/AIDS em um ambiente de pesquisa. A idéia-chave do ECI é a Iniciativa multisetorial e multidisciplinar de equipes de cuidados em AIDS que fazem análises dos

cuidados do HIV/AIDS, desenhando soluções apropriadas em diferentes contextos e gerando novas evidências e melhores aplicações práticas em diversos ambientes.

#### 6.4 Cálculo da amostra

Considerando a população finita de 2075 pessoas, aplica-se a seguinte equação:

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 NP(1 - P)}{\varepsilon^2(N - 1) + Z_{\alpha/2}^2 NP(1 - P)}$$

n (Tamanho da amostra)

$Z_{\alpha/2}$  (Erro  $\alpha$ )

N (população)

P (Prevalência)

$\varepsilon$  (Erro tolerável de amostragem)

Considerado:

N = 2075, número de pessoas atendidas (população)

P = 50%, consideram o atendimento bom.

$\alpha$  = 5%

$\varepsilon$ =0,1

Tem-se a população de 90 pessoas por localidade; neste caso, como são duas localidades, foram 180 pessoas.

Os indivíduos foram incluídos na amostra a partir da Técnica de Amostragem de Conveniência, no qual fizeram parte voluntários que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

#### 6.5- Variáveis Estudadas

As variáveis sócio-econômicas-demográficas definidas pelo instrumento de coleta de dados do questionário *Enhancing Care Initiative* (ECI) adaptado podem ser observadas no Apêndice B.

## 6.6- Análise de Dados

As variáveis categóricas definidas no questionário (Apêndice B) foram codificadas no Excel e importadas para o Programa Estatístico SPSS<sup>4</sup> (Statistical Package for the *Social* Sciences), versão 13.0. Para comparação dos grupos negros e não negros quanto as variáveis categóricas foi realizado o Teste do  $X^2$  de Pearson com nível de significância de 5%. As variáveis numéricas quanto aos grupos negros e não negros foi comparada pelo Teste *t* de *student* não pareado com nível de significância de 5%.

## 6.7 Aspectos éticos

O projeto foi submetido à Comissão de Ética para a Análise de Projetos de Pesquisa do Hospital Universitário Presidente Dutra e aprovado por ela.

O termo de consentimento (Apêndice A) pós-informação foi elaborado de acordo com as regras estabelecidas pela Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). No documento, foram oferecidas informações sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos que seriam utilizados, os riscos, os desconfortos, os benefícios para os participantes, o sigilo e a possibilidade de abandonar a entrevista a qualquer momento, sem prejuízo para a continuidade de seu cuidado e tratamento. As pessoas que consentiram em participar receberam uma via do documento.

---

<sup>4</sup> Teve a sua primeira versão em 1968 e é um dos programas de análise estatística mais usados nas ciências sociais; é também usado por pesquisadores de mercado, na pesquisa relacionada com a saúde, no governo, educação e outros sectores. Foi inventado por [Norman H. Nie](#), C. Hadlai (Tex) Hull e Dale H. Bent. O SPSS Data Editor é útil para fazer [testes estatísticos](#), tais como os testes da [correlação](#), [multicolinearidade](#), e de [hipóteses](#); pode também providenciar ao pesquisador contagens de frequência, ordenar dados, reorganizar a informação, e serve também como um mecanismo de entrada dos dados, com rótulos para pequenas entradas. Como programa estatístico é muito popular também pela capacidade de trabalhar com bases de dados de grande dimensão. Na versão 12 são possíveis mais de 2 mil milhões de regist(r)os e 250 000 variáveis. (<http://pt.wikipedia.org/wiki/SPSS>, 09.03.09) – **COLOCAR NA REFERENCIA**

## 7 RESULTADOS

Os dados foram dispostos em dois grupos constituindo duas populações a serem investigadas, as dos/as negros/as (pretos + pardos) e dos/as não-negros/as (brancos + amarelos + indígenas) (IBGE, 2008). Foram realizadas 248 entrevistas com a perda de 01 (uma) em que o/a usuário/a não soube se identificar em relação às categorias de cor/raça apresentada.

Dentre os/as entrevistados/as, destaca-se que 198 (80,2%) identificaram-se como negros/as e 49 (19,8%) não-negros, num total de 247 entrevistas analisadas.

**Tabela 2** - Distribuição da população por sexo, faixa etária e nível de escolaridade, segundo raça/cor. São Luís, 2008.

Variável	Negra	Não-negra	Total
	(%)	(%)	V. Abs.(%)
<b>Sexo</b>			
Feminino	51,0	46,9	124 (50,2)
Masculino	49,0	53,1	123 (49,8)
<b>Total [V.abs.(%)]</b>	<b>198 (100,0)</b>	<b>49 (100,0)</b>	<b>247 (100,0)</b>
$\chi^2$ Pearson = 0,260; p > 0,610 (1 g.l.)			
<b>Faixa etária (anos)</b>			
18-25	9,6	4,1	21 (8,5)
26-35	35,4	49,0	94 (38,1)
36-45	35,9	28,6	85 (34,4)
46-55	13,6	12,2	33 (13,4)
56 ou mais	5,6	6,1	14 (5,7)
<b>Total [V.abs.(%)]</b>	<b>198 (100,0)</b>	<b>49 (100,0)</b>	<b>247 (100,0)</b>
$\chi^2$ Pearson = 4,007; p > 0,405 (4 g.l.)			
<b>Anos de estudo (segundo IBGE)</b>			
Sem instrução e menos de 1 ano	6,6	2,0	14 (5,7)
1 a 3 anos	13,1	10,2	31 (12,6)
4 a 7 anos	24,7	24,5	61 (24,7)
8 a 10 anos	26,3	30,6	67 (27,1)
11 a 14 anos	27,3	30,6	69 (27,9)
15 anos ou mais	1,5	0,0	3 (1,2)
Indeterminado	0,5	2,0	2 (0,8)
<b>Total [V.abs.(%)]</b>	<b>198 (100,0)</b>	<b>49 (100,0)</b>	<b>247 (100,0)</b>
$\chi^2$ Pearson = 4,005; p > 0,676 (6 g.l.)			

Considerando a distribuição da população por sexo (Tabela 2), 49,8% eram do sexo masculino, e 50,2% eram do sexo feminino. Entretanto, analisando essa distribuição por grupos étnicos, percebe-se que, entre os/as negros/as, há um número maior de mulheres (51%), enquanto que, entre os/as não-negros/as, há um maior número de homens (53,1%)

( $p>0,61$ ). Nestas condições, existe 1,17 vezes mais chance de encontrar mulheres da raça negra, quando comparado com raça não-negra.

A idade média da população foi de  $37,54\pm 9,8$  anos ( $p>0,9$ ), com o predomínio de indivíduos entre 26 e 45 anos (72,5%). Entre os/as negros/as, a faixa etária predominante foi entre 36 a 45 anos (35,9%) e, entre os/as não-negros/as, 49% se apresentam entre 26 e 35 anos. Destaca-se que o percentual de indivíduos entre 18 e 25 anos é maior entre os/as negros/as (9,6%) que entre os/as não-negros/as (4,1%) ( $p>0,40$ ).

Quanto à escolaridade<sup>5</sup> dos/as entrevistados/as (Tabela 2), 55% apresentam-se com 8 a 14 anos de estudo. Entre os/as negros/as, 53,6% estão nessa faixa de anos de estudo. Já entre os/as não-negros/as, esse percentual chega a 61,2% dos indivíduos. Porém, chama a atenção que, entre os indivíduos que responderam não possuir instrução alguma, 92,9% são negros/as. ( $p>0,67$ ).

**Tabela 3** - Distribuição da população por condição de moradia e habitação, segundo raça/cor. São Luís, 2008.

Variável	Negra (%)	Não-negra (%)	Total V. Abs(%)
<b><u>Tipo de habitação</u></b>			
Casa de tijolo	78,8	71,4	191 (77,3)
Apartamento	1,5	2,0	4 (1,6)
Casa de madeira	3,0	0,0	6 (2,4)
Quarto/casa de cômodos	1,5	8,2	7 (2,8)
Casa de apoio	2,0	0,0	4 (1,6)
Casa de taipa	9,1	10,2	23 (9,3)
Outra	4,0	8,2	12 (4,9)
<b>Total [V.abs.(%)]</b>	<b>198 (100,0)</b>	<b>49 (100,0)</b>	<b>247 (100,0)</b>
$\chi^2$ Pearson = 10,369 ; $p > 0,110$ ( 6 g.l.)			
<b><u>Número de cômodos</u></b>			
1-3	35,4	32,7	86 (34,8)
4-6	54,0	49,0	131 (53,0)
7 ou mais	10,6	18,4	30 (12,1)
<b>Total [V.abs.(%)]</b>	<b>198 (100,0)</b>	<b>49 (100,0)</b>	<b>247 (100,0)</b>
$\chi^2$ Pearson = 2,220 ; $p > 0,330$ ( 2 g.l.)			

Em relação à condição de moradia e habitação (Tabela 3), 77,3% dos/as entrevistados/as moram em casas de tijolo; entre os/as negros/as, 9,1% moram em casa de taipa e ainda 3% moram em casa de madeira ( $p>0,11$ ).

<sup>5</sup> Por *ano de estudo*, entende-se, segundo o (IBGE, 2008), como referente ao nível de escolaridade alcançado.

Observa-se que (Tabela 3) 35,4% dos/as negros/as vivem em casas de 1 a 3 cômodos. Considerando os não-negros, esse percentual é de 32,7%. Já nas casas com mais de 7 cômodos, vivem apenas 10,6% dos/as negros/as, enquanto, entre os/as não-negros/as, esse percentual chega a 18,4 % ( $p>0,33$ ).

No que se refere ao trabalho e ocupação (Tabela 4), embora não existam diferenças estatisticamente significantes ( $p>0,71$ ), 21,2% dos/as negros/as dedicam-se a atividades informais sem vínculo empregatício (“fazem bicos”), e 48,9% não trabalham. Entre os/as não-negros/as, 20,4% fazem bicos, e 57,2% não trabalham.

**Tabela 4** - Distribuição da população por trabalho, segundo raça/cor. São Luís, 2008.

Variável	Negra	Não-negra	Total
	(%)	(%)	V. Abs(%)
<b>Trabalho</b>			
Sim, emprego fixo	16,2	8,2	36 (14,6)
Sim, bicos	21,2	20,4	52 (21,1)
Sim, trabalhador(a) do sexo	0,5	0,0	1 (0,4)
Não, e parei de procurar emprego	16,7	28,6	47 (19,0)
Não, mas está procurando (desempregado)	12,6	10,2	30 (12,1)
Não, aposentado	4,5	4,1	11 (4,5)
Não trabalha fora / do lar	14,6	14,3	36 (14,6)
Só estuda	0,5	0,0	1 (0,4)
Outro	13,1	14,3	33 (13,4)
<b>Total [V.abs.(%)]</b>	<b>198 (100,0)</b>	<b>49 (100,0)</b>	<b>247 (100,0)</b>
$\chi^2$ Pearson = 5,408 ; $p > 0,713$ ( 8 g.l.)			

Em se tratando de renda (Tabela 5), constata-se que 42,5% dos indivíduos possuem renda menor que 01 (um) salário mínimo<sup>6</sup>. Enquanto 41,9% dos/as negros/as recebem menos de 01 (um) salário mínimo, 44,9% dos/as não-negros/as estão nessa faixa de renda ( $p>56$ ). Contudo, analisando a renda individual média, os negros possuem uma renda de R\$ 479,55±492,96, e os/as não-negros/as de R\$547,13±651,16 ( $p>0,6$ ). A renda familiar de 49% dos/as entrevistados/as está entre 1 a 3 salários mínimos ( $p>071$ ), com média variando entre R\$ 655,72±685,06, para os/as negros/as, e R\$776,05±1516,78, para os/as não-negros/as. A renda individual de 33,6% dos entrevistados corresponde mensalmente a mais 75% da renda mensal familiar ( $p>0,75$ ).

<sup>6</sup> Salário mínimo = R\$ 380,00

Para 45,5% dos/as negros/as, 1 a 3 pessoas dependem da renda familiar, ou seja, vivem dessa renda; enquanto 32,7% dos/as não-negros/as dizem que 1 a 3 pessoas dependem dessa renda para viver ( $p > 0,18$ ).

**Tabela 5** - Distribuição da população por renda individual, renda familiar, contribuição para o orçamento familiar, segundo raça/cor. São Luís, 2008.

Variável	Negra	Não-negra	Total
	(%)	(%)	V. Abs(%)
<b><u>Renda individual mensal (SM)</u></b>			
Até 1	41,9	44,9	105 (42,5)
Mais de 1 a 3	27,8	20,4	65 (26,3)
Mais de 3 a 5	2,5	6,1	8 (3,2)
Mais de 5 a 7	0,5	2,0	2 (0,8)
Mais de 7 a 9	0,5	0,0	1 (0,4)
Mais de 9	0,5	0,0	1 (0,4)
Está desempregado	10,1	16,3	28 (11,3)
Não se aplica (não trabalha)	14,6	10,2	34 (13,8)
Não sabe informar	1,5	0,0	3 (1,2)
<b>Total [V.abs.(%)]</b>	<b>198 (100,0)</b>	<b>49 (100,0)</b>	<b>247 (100,0)</b>
$\chi^2$ Pearson = 6,750; $p > 0,564$ ( 8 g.l.)			
<b><u>Renda familiar mensal (SM)</u></b>			
Até 1	31,8	36,7	81 (32,8)
Mais de 1 a 3	51,0	40,8	121 (49,0)
Mais de 3 a 5	3,0	2,0	7 (2,8)
Mais de 5 a 7	1,5	2,0	4 (1,6)
Mais de 7 a 9	1,5	0,0	3 (1,2)
Mais de 9	1,0	2,0	3 (1,2)
Não sabe informar	10,1	16,3	28 (11,3)
<b>Total [V.abs.(%)]</b>	<b>198 (100,0)</b>	<b>49 (100,0)</b>	<b>247 (100,0)</b>
$\chi^2$ Pearson = 3,754; $p > 0,710$ ( 6 g.l.)			
<b><u>Contribuição individual para a renda familiar (%)</u></b>			
Até 25	24,7	22,4	60 (24,3)
Mais de 25 a 50	17,7	14,3	42 (17,0)
Mais de 50 a 75	12,6	8,2	29 (11,7)
Mais de 75 %	32,3	38,8	83 (33,6)
Não sabe informar	12,6	16,3	33 (13,4)
<b>Total [V.abs.(%)]</b>	<b>198 (100,0)</b>	<b>49 (100,0)</b>	<b>247 (100,0)</b>
$\chi^2$ Pearson = 1,907; $p > 0,753$ ( 4 g.l.)			

### **Teste anti-hiv e cuidados recebidos**

Antes de fazer o teste do HIV (Tabela 6), 44,9% dos indivíduos da raça negra informaram que não receberam nenhuma orientação no serviço de saúde que realizou o teste.

Bem próximo ficou o percentual entre os/as não-negros/as, pois 46,9% dos indivíduos fizeram o mesmo relato ( $p > 0,49$ ).

**Tabela 6** - Distribuição da população por conversar sobre o assunto antes da testagem, segundo raça/cor. São Luis, 2008.

<b>Conversar sobre o assunto antes da testagem</b>	<b>Negra (%)</b>	<b>Não-negra (%)</b>	<b>Total V. Abs(%)</b>
Sim, teve uma sessão de conversa individual	36,4	34,7	89 (36,0)
Sim, teve uma sessão de grupo	13,1	8,2	30 (12,1)
Não, não teve nenhuma orientação	44,9	46,9	112 (45,3)
Não, não sabia que estava sendo testado/a	4,0	10,2	13 (5,3)
Não quer informar	0,5	0,0	1 (0,4)
Não sabe informar	1,0	0,0	2 (0,8)
<b>Total [V.abs.(%)]</b>	<b>198 (100,0)</b>	<b>49 (100,0)</b>	<b>247 (100,0)</b>

$\chi^2$  Pearson = 4,441 ;  $p > 0,485$  ( 5 g.l.)

Conforme a Tabela 7, 75,3% dos indivíduos da raça negra, ao receber o seu teste do HIV, o profissional que o entregou conversou na mesma hora sobre o assunto. Contudo, 8,1% só entregaram o teste do HIV, e não disseram nada ( $p > 0,13$ ).

Ainda na Tabela 7, dentre os indivíduos da raça não-negra, 73,5% relataram ter conversado com o profissional sobre o assunto na mesma hora em que receberam o resultado do teste do HIV, e 4,1% disseram que o resultado foi entregue, e não lhes foi dito nada sobre o assunto ( $p > 0,13$ ). Cabe destacar o recebimento do teste por outra pessoa, pois, entre os/as negros/as, ficou em 4% e, entre os/as não-negros/as, chegou a 12,2% ( $p > 0,13$ ).

Quando indagados sobre como se sentiram ao receber o teste do HIV (Tabela 7), 80,8% dos/as negros/as se sentiram com apoio e atenção. Entre os/as não-negros/as, sentiram-se com apoio e atenção 75,5%. Totalizam 11,6% e 12,2%, respectivamente, os indivíduos negros e não-negros que se sentiram mal acolhidos, ou seja, sentiram-se tratados com indiferença, discriminação e/ou tom de crítica ( $p > 0,73$ ).

**Tabela 7** - Distribuição da população por atitude do profissional que atendeu e como se sentiu tratado no momento em que foi dado o resultado da testagem, segundo raça/cor. São Luis, 2008.

Atitude do profissional que atendeu	Negra	Não-negra	Total
	(%)	(%)	V. Abs(%)
Só entregou o resultado, e não disse nada	8,1	4,1	18 (7,3)
Conversou na mesma hora sobre o assunto	75,3	73,5	185 (74,9)
Marcou nova consulta para falar sobre o assunto	1,5	0,0	3 (1,2)
Só encaminhou para outro serviço com carta e/ou consulta marcada	4,0	4,1	10 (4,0)
Só orientou que procurasse outro serviço, sem dar carta e/ou consulta marcada	2,0	6,1	7 (2,8)
Marido ou esposa recebeu o teste	1,0	0,0	2 (0,8)
Outra pessoa recebeu o teste	4,0	12,2	14 (5,7)
Outro	4,0	0,0	8 (3,2)
<b>Total [V.abs.(%)]</b>	<b>198 (100,0)</b>	<b>49 (100,0)</b>	<b>247 (100,0)</b>
$\chi^2$ Pearson = 11,093; p > 0,135 ( 7 g.l.)			
<b><u>Como se sentiu tratado no momento em que foi dado o resultado da testagem</u></b>			
Com apoio e atenção	80,8	75,5	197 (79,8)
Com indiferença	8,6	6,1	20 (8,1)
Com discriminação	2,0	4,1	6 (2,4)
Com crítica, tom de acusação	1,0	2,0	3 (1,2)
Outro	5,6	10,2	16 (6,5)
Não sabe informar	2,0	2,0	5 (2,0)
<b>Total [V.abs.(%)]</b>	<b>198 (100,0)</b>	<b>49 (100,0)</b>	<b>247 (100,0)</b>
$\chi^2$ Pearson = 2,774; p > 0,735 ( 5 g.l.)			

### **Serviços de saúde: acesso e acolhimento**

Os entrevistados, de maneira geral, revelaram não ter nenhum tipo de convênio médico. Chega a 93,4% o total de negros/as que afirmam não ter convênios médicos, enquanto o total de não-negros/as chega a 87,7% (p>0,23).

Também, 89,4% dos/as negros/as dependem do transporte coletivo, enquanto, entre os/as não-negros/as, esse percentual é de 83,7% (p>0,1).

Os/as usuários/as levam, em média, 73,38±82,99 minutos no trajeto de sua casa ao SAEs. Dos/as negros/as, 6,6% referem nunca encontrar facilidade de transporte para ir ao serviço. Já 4,1% dos/as não-negros/as afirmam ter essa mesma dificuldade, ou seja, nunca encontraram facilidade de conseguir transporte para ir ao serviço (p>0,86).

De acordo com a Tabela 8, 22,2% dos indivíduos de raça negra acham a espera por uma consulta muito demorada. Compartilham da mesma opinião 26,5% dos de raça não negra ( $p > 0,28$ ).

**Tabela 8** - Distribuição da população pelo que acha do tempo de espera, segundo raça/cor. São Luis, 2008.

O que acha do tempo de espera	Negra	Não-negra	Total
	(%)	(%)	V. Abs(%)
Acha muito tempo, demorado	22,2	26,5	57 (23,1)
Acha um tempo razoável, aceitável	68,7	61,2	166 (67,2)
Acha pouco tempo, rápido	8,6	10,2	22 (8,9)
Não quer informar	0,0	2,0	1 (0,4)
Não sabe informar	0,5	0,0	1 (0,4)
<b>Total [V.abs.(%)]</b>	<b>198 (100,0)</b>	<b>49 (100,0)</b>	<b>247 (100,0)</b>

$\chi^2$  Pearson = 5,045 ;  $p > 0,283$  (4 g.l.)

Na Tabela 9, percebe-se significância estatística ( $p < 0,05$ ) e é interessante destacar que apenas 11,6% dos/as negros/as relataram ter sido atendidos/as sem ser olhados/as. Já, entre os/as não-negros/as, esta situação ocorreu com 26,6% dos indivíduos ( $p < 0,023$ ). Além disso, 6% dos/as negros/as passaram por dor ou desconforto, devido a erro no serviço. Entre os/as não-negros/as, esse percentual chega a 16,3% ( $p < 0,043$ ).

**Tabela 9** - Distribuição da população por situações vivenciadas no serviço de saúde, segundo raça/cor. São Luis, 2008.

Variável	Negra	Não-negra	Total
	(%)	(%)	V. Abs(%)
<b><u>Ser atendido sem ser olhado</u></b>			
Nunca	88,4	73,5	211 (85,4)
Poucas vezes	9,1	18,4	27 (10,9)
Muitas vezes	2,5	8,2	9 (3,6)
<b>Total [V.abs.(%)]</b>	<b>198 (100,0)</b>	<b>49 (100,0)</b>	<b>247 (100,0)</b>

$\chi^2$  Pearson = 7,542 ;  $p < 0,023$  (2 g.l.)

<b><u>Sentir-se discriminado, tratado com preconceito</u></b>			
Nunca	92,4	81,6	223 (90,3)
Poucas vezes	5,6	14,3	18 (7,3)
Muitas vezes	2,0	4,1	6 (2,4)
<b>Total [V.abs.(%)]</b>	<b>198 (100,0)</b>	<b>49 (100,0)</b>	<b>247 (100,0)</b>

$\chi^2$  Pearson = 5,302 ;  $p > 0,071$  (2 g.l.)

**Passar dor ou desconforto por erro do****serviço**

Nunca	93,9	83,7	227 (91,9)
Poucas vezes	4,5	14,3	16 (6,5)
Muitas vezes	1,5	2,0	4 (1,6)
<b>Total [V.abs.(%)]</b>	<b>198 (100,0)</b>	<b>49 (100,0)</b>	<b>247 (100,0)</b>

$\chi^2$  Pearson = 6,270 ; p < 0.043 (2 g.l.)

**Ser destratado/a ou humilhado/a no****serviço**

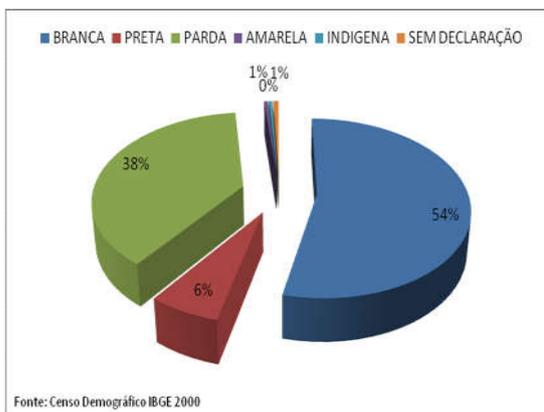
Nunca	89,9	81,6	88,3
Poucas vezes	8,1	14,3	23 (9,3)
Muitas vezes	2,0	4,1	6 (2,4)
<b>Total [V.abs.(%)]</b>	<b>198 (100,0)</b>	<b>49 (100,0)</b>	<b>247 (100,0)</b>

$\chi^2$  Pearson = 2,615 ; p > 0.270 (2 g.l.)

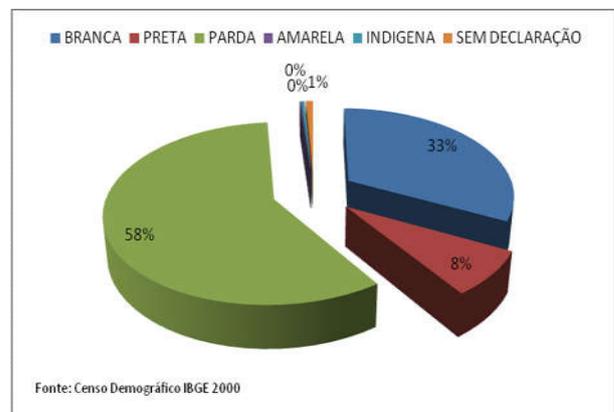
Ainda na Tabela 9, 7,6% dos/as negros/as já se sentiram discriminados e/ou tratados com preconceito. Por outro lado, 18,4% dos/as não-negros/as relataram ter passado por essa mesma situação (p>0,07). No serviço, sentiram-se destratados e/ou humilhados 10,1% dos/as negros, enquanto, entre os/as não-negros/as, sentiram-se da mesma forma 18,4% (p>0,27).

## 8 DISCUSSÃO

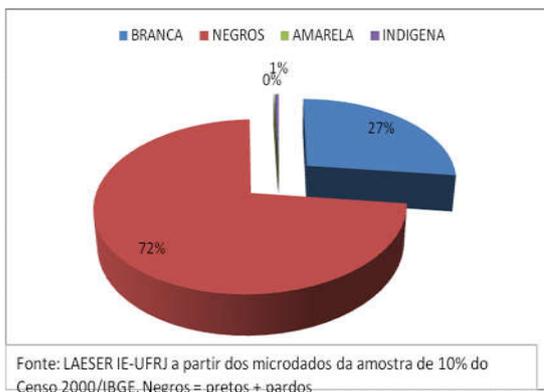
Pode-se perceber de imediato que grande parte dos dados dos resultados apresentaram-se com  $p > 0,05$ , o que estatisticamente constitui a negação da hipótese nula ( $H_0: p = q$ ), ou seja, estatisticamente não há diferença significativa entre população negra e não-negra, dessa forma/portanto a hipótese foi rejeitada na maioria dos dados analisados. Porém, o resultado obtido é profundamente rico em significado, quando analisado em comparação com outras realidades, a começar pela predominância da amostra, visto que 80,2% dela (198) são constituídos de negros/as, e apenas 19,8% (49) de não-negros/as. Isto reflete a realidade nacional de percepção de negros, como o Censo Demográfico do IBGE 2000 demonstra:



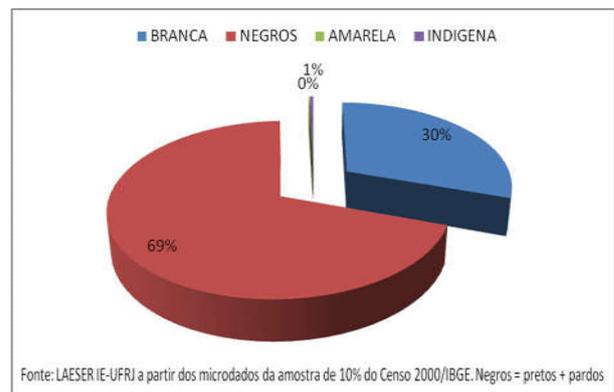
**Gráfico 1** – População do Brasil por categorias de cor/raça



**Gráfico 2** – População do Nordeste por categorias de cor/raça



**Gráfico 3** – População do Maranhão por categorias de cor/raça



**Gráfico 4** – População de São Luís por categorias de cor/raça

Pode-se perceber que, no Gráfico 1, os/as negros/as (pretos + pardos) constituem 44%, quase metade da população nacional; no Nordeste (Gráfico 2), já são a maioria, com

66% da população, enquanto, no Maranhão (Gráfico 3), são a maioria absoluta, com 72% da população, e, em São Luís (Gráfico 4), 69% é composta por negros. Sendo assim, não é de se estranhar que a amostra da pesquisa tenha 80,2%, o que pode se especular um possível motivo de não-significação no teste do Chi-Quadrado.

Outro aspecto que se assemelha à realidade nacional é quanto à escolaridade. Paixão (2004) em “O ABC das Desigualdades Raciais: um panorama do analfabetismo da população negra através de uma leitura dos indicadores do Censo 2000”, afirma que, neste mesmo ano, a média de anos de estudos entre os homens era de 4,8 anos, e o das mulheres era de 5,1 anos, o que significa que essa população, em sua maioria, simplesmente mal conseguia concluir o primeiro ciclo do primeiro grau. O referido autor assevera ainda que desigualdades sociais brasileiras repousam na questão da escolaridade como uma de suas variáveis mais relevantes e que a realidade é que tal mazela quase nunca é vista dentro de um recorte mais detido no que tange à composição racial da população, que conta com poucos anos de estudos e é analfabeta.

**Tabela 10** - Número total de analfabetos de 15 anos ou mais, segundo os grupos de cor/raça; Brasil e grandes Regiões; 2000.

	<b>Branco/as</b>	<b>Negro/as(**)</b>	<b>Outros/as</b>	<b>Total(*)</b>
Norte	253.300	949.151	53.980	1.256.431
Nordeste	2.061.473	5.793.422	40.416	7.895.311
Sudeste	1.926.159	2.096.201	29.552	4.051.912
Sul	910.475	383.697	15.743	1.309.915
Centro-Oeste	306.611	503.199	19.839	829.649
<b>Brasil</b>	<b>5.458.018</b>	<b>9.725.670</b>	<b>159.530</b>	<b>15.343.218</b>

(\*) possíveis diferenças em relação aos dados oficiais devem-se às pessoas que não declararam uma cor/raça ao entrevistador do Censo.

(\*\*) população negra engloba pretos e pardos.

Fonte: Microdados da amostra (10%) do Censo Demográfico de 2000; IBGE.

**Tabela 11** - Número total de analfabetos funcionais (\*\*\*) de 15 anos ou mais, segundo os grupos de cor/raça; Brasil e grandes Regiões; 2000.

	<b>Branco/as</b>	<b>Negro/as(**)</b>	<b>Outros/as</b>	<b>Total(*)</b>
Norte	621.691	2.091.197	82.684	2.795.572
Nordeste	3.703.889	9.648.603	68.203	13.420.695
Sudeste	5.709.772	5.031.004	83.883	10.824.659
Sul	2.799.697	864.433	36.019	3.700.149
Centro-Oeste	831.940	1.167.087	38.590	2.037.617
<b>Brasil</b>	<b>13.666.989</b>	<b>18.802.324</b>	<b>309.379</b>	<b>32.778.692</b>

(\*) possíveis diferenças em relação aos dados oficiais devem-se às pessoas que não declararam uma cor/raça ao entrevistador do Censo.

(\*\*) população negra engloba pretos e pardos.

(\*\*\*) os primeiros 04 anos de estudos (correspondente a ano/escolaridade)

Fonte: Microdados da amostra (10%) do Censo Demográfico de 2000; IBGE.

Os números levantados pelo Censo Demográfico de 2000 revelam que, da população analfabeta em todo o Brasil (Tabela 10), 63,4% eram negros/as. Entre a população analfabeta funcional (Tabela 11), a composição racial era de 57,4% de negros/as. Deste modo, é um fato inequívoco que o problema do analfabetismo, se não era (e se não é) um problema exclusivo dos afrodescendentes, é uma questão que afeta primordialmente a população negra. No Maranhão (Figura 3), a média de anos de estudos de negros/as é de 2,53 e, de não-negros, de 3,31. No estudo realizado (Tabela 2), percebeu-se que 6,6% dos/as negros/as não possuem nenhum nível de instrução, enquanto os/as não-negros/as 2,0%. No que diz respeito ao analfabetismo funcional, a porcentagem de negros/as é de 13,1%, enquanto, de não-negros, 10,2% ( $p>0,6$ ).

GRANDES REGIÕES	Unidade da Federação	MÉDIA DE ANOS DE ESTUDO		
		BRANCOS	NEGROS	OUTROS
NORTE	RONDÔNIA	4,30	3,43	3,49
	ACRE	3,78	2,83	2,41
	AMAZONAS	4,45	3,21	2,24
	RORAIMA	5,30	4,09	2,72
	PARÁ	4,13	3,25	3,28
	AMAPÁ	5,47	4,21	3,59
	TOCANTINS	4,46	3,29	3,17
	<b>Total</b>	<b>4,37</b>	<b>3,32</b>	<b>3,07</b>
NORDESTE	MARANHÃO	3,31	2,53	2,32
	PIAUÍ	3,15	2,34	2,34
	CEARÁ	3,61	2,53	2,69
	RIO GRANDE NORTE	3,98	3,08	3,18
	PARAÍBA	3,31	2,41	2,65
	PERNAMBUCO	3,90	2,88	3,10
	ALAGOAS	3,44	2,40	2,65
	SERGIPE	3,93	3,04	3,19
	BAHIA	3,69	2,65	2,83
	<b>Total</b>	<b>3,57</b>	<b>2,62</b>	<b>2,73</b>
SUDESTE	MINAS GERAIS	4,75	3,44	4,06
	ESPÍRITO SANTO	5,22	3,97	4,38
	RIO DE JANEIRO	6,32	4,61	5,32
	SÃO PAULO	5,64	4,13	6,10
	<b>Total</b>	<b>5,20</b>	<b>3,79</b>	<b>4,96</b>
SUL	PARANÁ	4,96	3,50	5,20
	SANTA CATARINA	5,15	3,75	4,54
	RIO GRANDE SUL	5,27	3,77	4,03
	<b>Total</b>	<b>5,13</b>	<b>3,67</b>	<b>4,61</b>
CENTRO-OESTE	MATO GROSSO SUL	5,13	3,72	4,03
	MATO GROSSO	5,10	3,81	4,03
	GOIÁS	4,95	3,87	4,27
	DISTRITO FEDERAL	9,42	7,04	8,54
	<b>Total</b>	<b>5,03</b>	<b>3,84</b>	<b>4,17</b>
<b>BRASIL</b>		<b>4,57</b>	<b>3,35</b>	<b>3,93</b>

Fonte: Microdados da amostra (10%) do Censo Demográfico de 2000; IBGE.

**Figura 3** – Média por anos de estudo da população segundo os grupos de cor/raça; Grandes Regiões e Estados; 2000.

Com relação ao nível de rendimento do trabalho principal por cor/raça e sexo, Paixão (2004) afirma que no conjunto dos municípios do Estado do Maranhão, invariavelmente, as mulheres negras percebiam os menores rendimentos médios mensais do trabalho principal, comparativamente aos homens negros, às mulheres brancas e, especialmente, aos homens brancos.

MUNICÍPIOS DO ESTADO DO MARANHÃO	Rendimento Médio Mensal do Trabalho Principal (em R\$)						
	Negros Homens (a)	Negras Mulheres (b)	Branços Homens (c)	Branças Mulheres (d)	(a/b)	(c/b)	(d/b)
MUNICÍPIOS NÃO METROPOLITANOS	227,09	163,84	369,85	164,22	38,6%	125,7%	0,2%
AGLOMERADO URBANO DE SÃO LUÍS	455,12	312,01	974,76	549,76	45,9%	212,4%	76,2%
SÃO LUÍS	484,01	324,14	1068,58	594,42	49,3%	229,7%	83,4%
ESTADO DO MARANHÃO	267,86	190,33	502,14	248,53	40,7%	163,8%	30,6%

Em R\$ de agosto de 2000.

Fonte: LAESER IE-UFRJ a partir dos microdados da amostra de 10% do Censo 2000/IBGE. Negros = pretos + pardos

**Figura 4** – Rendimento médio do trabalho principal segundo os grupos de raça/cor selecionados e sexo, Estado do Maranhão, 2000.

Paixão (2004) afirma (Figura 4) ainda que, no interior do Maranhão, os homens negros recebiam, em média, 38,6% a mais que as mulheres negras; as mulheres brancas recebiam, em média, quase o mesmo que as mulheres negras (diferença de 0,2% para as brancas) e os homens brancos recebiam 125,7% a mais que as mulheres negras.

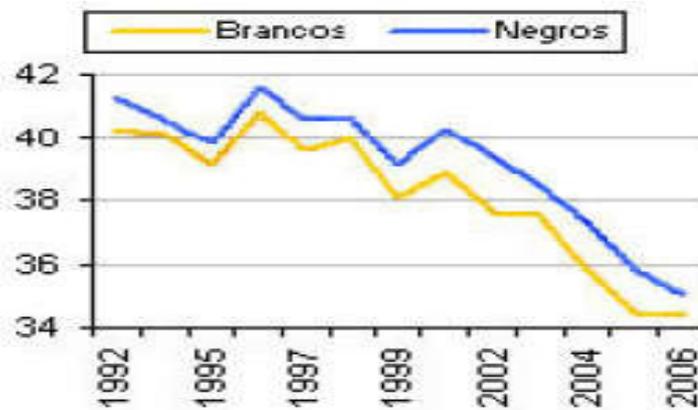
No aglomerado urbano de São Luís, os homens negros recebiam, em média, 45,9% a mais que as mulheres negras; as mulheres brancas recebiam, em média, 76,2% a mais que as mulheres negras, e os homens brancos recebiam mais de 212,4% que as mulheres negras.

Na cidade de São Luís, Maranhão, os homens negros, em média, recebiam 49,3% a mais que as mulheres negras; as mulheres brancas, em média, recebiam 83,4% a mais que as mulheres brancas, e os homens brancos recebiam, em média, 229,7% a mais que as mulheres negras.

No Estado do Maranhão, em 2000, os homens negros recebiam 40,7% a mais que as mulheres negras; as mulheres brancas recebiam mais de 30,6% a mais que as mulheres negras, e os homens brancos recebiam 163,8% a mais que as mulheres negras.

Com relação aos pacientes dos SAEs estudados na referida pesquisa (Tabela 5), pode-se analisar que, entre a renda individual média, os negros possuem uma renda de R\$ 479,55±492,96, e os/as não-negros/as de R\$ 547,13±651,16 ( $p>0,6$ ). A renda familiar de 49% dos/as entrevistados/as está entre 1 a 3 salários mínimos ( $p>0,71$ ), com média variando entre R\$ 655,72±685,06, para os/as negros/as, e R\$ 776,05±1516,78, para os/as não-negros/as. A renda individual de 33,6% dos indivíduos corresponde mensalmente a mais 75% da renda mensal familiar ( $p>0,75$ ).

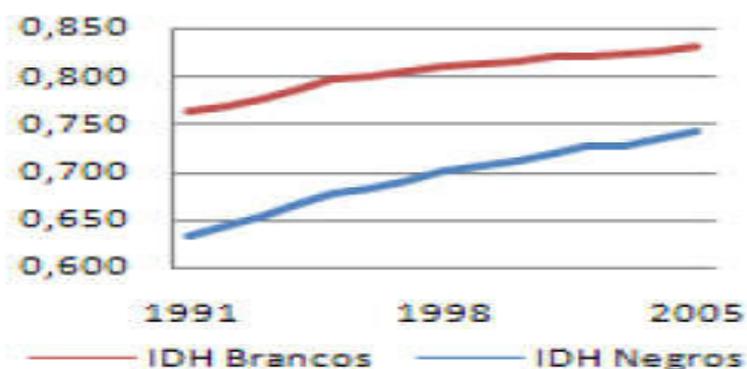
Para 45,5% dos/as negros/as, 1 a 3 pessoas dependem da renda familiar, ou seja, vivem dessa renda, enquanto 32,7% dos/as não-negros/as dizem que 1 a 3 pessoas dependem dessa renda para viver ( $p>0,18$ ).



Fonte: SOARES (2008).

**Figura 5** – Trabalhadores com jornada excessiva (16 anos ou mais, em %).

Segundo Soares (2008), no texto *Negros trabalham mais, mas ganham menos que brancos*, produzido para o PNUD (Figura 5), embora trabalhem mais, os negros têm rendimento quase 50% menor que o dos trabalhadores brancos. Um relatório organizado pela Comissão Econômica para América Latina e Caribe (CEPAL), pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) e pelo PNUD aponta que, em 2006, 35% dos pretos e pardos tinham jornada superior às 44 horas semanais estabelecidas na Constituição, mas recebiam, em média, 46,8% menos que os brancos – grupo em que 34,4% tinham jornadas excessivas. A desigualdade persistiu em todo o período analisado – 1992 a 2006. A diferença de rendimentos reais diminuiu, mas continua extremamente elevada: se, em 1992, os negros recebiam, em média, a metade do que recebiam os brancos, 14 anos depois eles passaram a receber 53,2%.



Fonte: MALI (2003).

**Figura 6** – Índice de Desenvolvimento Humano – Brasil.

Analisando o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH<sup>7</sup>) de negros (Figura 6), Mali (2008) assevera que brancos brasileiros têm indicadores de desenvolvimento humano maiores em todas as regiões e em todos os Estados do país. Mas não apenas isso: os negros ainda não chegaram ao IDH que os brancos tinham em 1991. Apesar de ter registrado uma evolução de 17,5% em 14 anos, o IDH dos pretos e pardos em 2005 (0,743) ainda é inferior ao registrado para os brancos em 1991 (0,763). Os negros têm indicadores piores em todos os três itens que fazem parte do IDH, mas a diferença é puxada sobretudo pelo IDH-Renda (que leva em conta a renda familiar *per capita*). O índice de renda dos brancos em 2005 era 19,9% maior que o de negros. Nos outros componentes do IDH, a distância é menor: 9,1% no índice referente à educação e de 8,1% na longevidade.

Lopes (2003) fez um brilhante estudo sobre as VULNERABILIDADE em mulheres negras e não-negras vivendo com o HIV no Estado de São Paulo e comenta que a informação contribui decisivamente para a percepção sobre saúde e doença, sobre os comportamentos preventivos, a qualidade do autocuidado, a identificação das necessidades e a sua transformação em demandas. A autora afirma que, para as mulheres negras, as sensações

<sup>7</sup> O IDH é um índice criado pelo PNUD e calculado para diversos países desde 1990. Originalmente proposto para medir a diferença entre países, foi adaptado para ser aplicado também a Estados e municípios. O índice vai de 0 a 1 – quanto mais perto do 1, maior o desenvolvimento humano. O cálculo é feito pela média simples de três componentes:

IDH Longevidade: indicador de longevidade, medida pela esperança de vida ao nascer;

IDH Educação: indicador de nível educacional, medido pela combinação da taxa de alfabetização de pessoas de 15 anos ou mais (com peso 2) e da taxa bruta de matrículas nos três níveis de ensino (fundamental, médio e superior) em relação à população de 7 a 22 anos de idade (com peso 1). Para regiões, Estados e municípios do Brasil, usa-se a taxa de frequência;

IDH Renda: indicador de renda, medido pelo PIB real *per capita* em dólares, segundo o critério de Paridade do Poder de Compra. Para regiões, Estados e municípios do Brasil, usa-se a renda familiar *per capita*.

vivenciadas no momento da entrega do resultado foram estatisticamente influenciadas pela “atitude do profissional que lhe revelou o diagnóstico” e pela “via de exposição ao vírus”.

Entre as negras que não conversaram com o profissional sobre o resultado do teste, prevaleceu a sensação de indiferença. Para aquelas que conversaram com o profissional e que foram infectadas pela via sexual, outras sensações, que não apoio e atenção, tiveram pouca representatividade; em contrapartida, entre aquelas que foram infectadas pela via sanguínea, aumentou a proporção de desencadeamentos negativos após a conversa com o profissional. Para as mulheres não-negras, a sensação apresentou-se estatisticamente influenciada apenas pela atitude do profissional que entregou o resultado do teste. Como descrito para as negras, entre as mulheres não-negras que não conversaram com o profissional, predominou a sensação de indiferença. Entre aquelas que receberam orientação, prevaleceu a sensação de apoio/atenção, mas, ainda nesse caso, houve referências de indiferença e discriminação.

Na tabela 06, os números apresentaram-se próximos quanto ao não ter tido nenhuma orientação antes de fazer a testagem, 44,9% para negros/as e 46,9% para não-negros/as. No entanto, 10,2% dos não-negros/as nem sabiam que estavam sendo testados, enquanto para os negros/as esse número foi apenas de 4,0%.

Na tabela 07, referente à atitude do profissional que atendeu, percebeu-se que conversaram sobre o assunto na mesma hora, em média, 74,4% dos entrevistados. Porém, 8,1% dos negros/as relatam que o resultado só foi entregue e não foi dito nada, enquanto para os não-negros esse número foi de 4,1%. Mas quando foi orientado que apenas procurasse outro serviço sem dar carta e/ou consulta marcada, o número dos não-negros foi de 6,1%, enquanto os de negros/as foi de apenas 2%.

Ainda na tabela 07, os negros/as com 80,8% referiram ter sentido apoio e atenção no momento do resultado, enquanto os não negros 75,5%. Os que responderam indiferença e discriminação deram, em média, 10,4% dos entrevistados/as.

Na tabela 08, 26,5% dos não-negros/as acham muito demorado o tempo de espera para uma consulta, enquanto para os negros/as apenas 22,2%. Já 68,7% dos negro/as acham esse tempo razoável e aceitável e os não-negros/as 61,2%.

Na Tabela 9 do capítulo dos resultados, pode se perceber, com respaldo estatisticamente significativo ( $p < 0,023$ ), que os não-negros (26,6%) queixam-se mais do atendimento, porquanto, para os negros, essa proporção foi de apenas (11,6%). Neste momento, um questionamento se faz? – Será que a população negra se queixa menos ou tem uma percepção diferenciada em função da baixa escolaridade demonstrada, pois como afirma

Lopes (2005, p.130), é fundamental destacar que, embora a escolaridade não possa ser apresentada como a variável com maior poder explicativo sobre práticas arriscadas, ela figura como elemento essencial no desencadeamento dos processos de vulnerabilização das mulheres ao HIV/AIDS.

Lopes (2005) sustenta ainda que as vivências da soropositividade refletem ou dimensionam o espaço social que os sujeitos ocuparam ao longo de suas vidas. Para as mulheres negras vivendo com HIV/AIDS, o fato de nunca terem sido vistas como membros de um segmento historicamente espoliado acirra suas VULNERABILIDADE. A autora afirma ainda que não é possível uniformizar os diferentes, sem incorrer na possibilidade de cometer injustiças, logo, para que os contextos sociais mais profundos sejam abordados, é preciso compreender os caminhos e descaminhos da busca pela equidade; é preciso haver mobilização/disposição para as ações transformadoras e sensibilidade/humanidade para a promoção da dignidade e de uma vida menos vulnerável.

Couto (2007, p. 67-69), em seu relatório técnico final de pesquisa intitulado *“Risco Exponencial, lacunas da Seguridade Social e HIV/AIDS”*, assevera que o contexto e a determinação histórica do sujeito influenciam na mudança do comportamento, e esta mudança é precedida da aceitação e da percepção do risco pelo sujeito. Nessa perspectiva, aceitação e percepção também são permeadas pelo contexto no qual se dá o risco, e, neste sentido, a determinação histórica baliza, em última instância, a capacidade, a possibilidade e a liberdade individual para fazer (ou não fazer) determinadas escolhas.

## 9 CONCLUSÃO

Pode-se perceber com os resultados apresentados que os dados sócio-demográficos demonstraram índices desfavoráveis aos negros em todas as variáveis, ou seja, moradia, escolaridade, emprego, renda familiar, renda per capita, quantidade de pessoas que dependem da renda. Porém, com relação aos dados de acesso e tratamento apresentados, verificou-se algumas variações, ora negros em situações mais vulneráveis, ora não-negros. Dentro desta constatação, chama atenção as variáveis relacionadas à percepção do serviço de atendimento, como na tabela 06 em que os entrevistados nem sabiam que estavam sendo testados foi 10,2% dos não-negros/as, enquanto para os negros/as esse número foi apenas de 4,0%. Também na tabela 07, referente à atitude do profissional que atendeu, quando foi orientado que apenas procurasse outro serviço sem dar carta e/ou consulta marcada, o número dos não-negros foi de 6,1%, enquanto os de negros/as foi de apenas 2%. Na tabela 08, referente ao tempo de espera por uma consulta, 26,5% dos não-negros/as acham muito demorado o tempo de espera para uma consulta, enquanto para os negros/as apenas 22,2%. Nos demais dados, todas as porcentagens demonstravam situações de VULNERABILIDADE aos negros. Diante disto, muitos questionamentos surgem, tipo: será que a população negra se queixa menos do serviço ou a população não-negra tem a percepção mais apurada? Se a segunda for verdade, seria isto em função da maior quantidade de anos de estudo (escolaridade).

Pensar as desigualdades sociais, as diferenças estatísticas de escolaridade, a marginalização da mão-de-obra em meio ao não-acesso a uma educação de qualidade, a sobredeterminação de violências a uma população historicamente subjugada como sendo algo “natural”- como frequentemente se faz no senso comum - é, no mínimo, a concepção passiva de mais uma violência.

As desigualdades étnico-raciais inevitavelmente se manifestam no campo da saúde, daí a necessidade de pensar políticas públicas que promovam equidade. Fatores de determinação histórico-social do sujeito, tais como falta de moradia e alimentação, desemprego, baixa escolaridade, dependência econômica, pobreza, miséria, violência, opressão sexual, etc., também são dificuldades de construção de estratégias de prevenção e cuidado à DST/HIV/AIDS.

Vale destacar a importância da implementação de políticas específicas que promovam equidade e assegurem o direito de cidadania às populações mais vulneráveis. A não-existência de formas de enfrentamento das VULNERABILIDADE contribui para outros

tipos de adoecimentos e problemas sociais que somam dificuldades ao sujeito portador do HIV/AIDS.

Para o professor Luis Alves Ferreira (2006) é fundamental que ocorra promoção da saúde e melhoria na qualidade de vida da população negra no Brasil, especialmente no Maranhão, que possui um dos mais baixos IDH do país, com 63% de pessoa vivendo abaixo da linha de pobreza, 74% de população negra, mais de 600 comunidades negras rurais quilombolas, e os aglomerados humanos urbanos nas periferias de São Luis.

Werneck (2001) relata que a vulnerabilidade da população negra à infecção pelo HIV seria consequência também da violência estrutural que incide de modo mais perverso sobre o grupo, principalmente nas comunidades pobres. A exclusão social a que afros descendentes estão submetidos influencia também o desenvolvimento e continuidade dos programas de prevenção (por exemplo, ao dificultar ou impedir o trabalho nas comunidades excluídas), bem como facilita o acesso às drogas (injetáveis ou não) e suas graves consequências – entre elas, a maior exposição ao HIV.

As diferentes condições demográficas, epidemiológicas, socioeconômicas, assistenciais, gerenciais e financeiras nos estados e regiões geram distintos perfis de problemas, dificuldades e prioridades no espaço local e regional de intervenção setorial e produzem desigualdades relevantes na capacidade de o Sistema Único de Saúde responder às necessidades locais.

Scorel (2001) afirma que *“para a reversão das condições atuais, para a elaboração de políticas equitativas dirigidas aos grupos social e economicamente mais vulneráveis, para os brasileiros que menos chances têm de desenvolver suas capacidades e potencialidades, ao invés de reduzir a elaboração das políticas aos fatores contingenciais da factibilidade financeira, há que se partir de um diagnóstico da pobreza como privação das capacidades, para então estabelecer o que deve ser feito e daí o que pode ser feito a cada momento* (Scorel, 2001).

Pensar a promoção à cidadania, com o conceito de *“empowerment”* (este termo, em português, melhor se assemelharia a *“empoderamento”*), é o que sugere Mann, Tarantola e Netter (1993, p. 27-29), que pode ser entendido como uma possibilidade de construção de cidadania, democracia e emancipação. Tem o sentido de ofertar informações aos indivíduos e comunidades, serviços assistenciais e de saúde, para que lhes possibilitem fazer escolhas e mantê-las.

Pensar a inclusão do critério cor-raça em pesquisas e em cadastros de serviços que promovam acesso e acolhimento no tratamento das mais diversas endemias, buscando sempre

o diálogo entre as mais diversas camadas políticas, Estado, ONGs, movimentos sociais, participação direta da população na constituição das políticas, é de fundamental importância, pois, assim é possível mensurar as desigualdades e planejar de maneira mais fundamentada e estratégica a construção de planos e políticas de ação. Foram decisões políticas que conferiram ao PN/DST/AIDS o privilegiado *status* no cenário internacional em resposta ao combate à epidemia do HIV/AIDS, principalmente por sua capacidade de lidar com os movimentos sociais que atuam com grande relevância.

Seguindo esta tendência nacional, o Programa Estadual de DST/AIDS, através da Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão (SES/MA), vem realizando parcerias inéditas e fundamentais para o avanço da equidade no acesso e no tratamento do HIV/AIDS com instituições, como o Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente, da Universidade Federal do Maranhão, a Rede Nacional de Religiões Afro, o Centro de Cultura Negra do Maranhão (CCN-MA) e as Secretarias Municipais de Saúde. O resultado destas parcerias já tem apresentado os seus frutos, como as I e II Oficinas de Cor-Raça do Maranhão e a *I Mostra das Diversidades na Maranhensidade*, a implantação do critério cor/raça por autoidentificação em todos os serviços de DST/AIDS no Maranhão.

## REFERÊNCIAS

- ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira; ALVARENGA, Augusta Thereza de. Aids e Doença Sexualmente Transmissíveis: problemas públicos, demandas sociais. In: \_\_\_\_\_. **Saúde sexual e reprodutiva: uma abordagem multidisciplinar**. Recife: Massangana, 2002. v.1. p. 11-33.
- ALMEIDA, Alfredo W. B. de (Org.). **Terras de Preto no Maranhão: quebrando o mito do isolamento**. Projeto Vida de Negro. São Luis, MA: SMDH/CCN/PVN, 2002. (Coleção negro cosme, v. 3).
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, Regina Maria; PARKER, Richard (Orgs.). **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Ed.34, 1999. p. 49-72.
- AYRES, José Ricardo Carvalho Mesquita; FRANÇA JUNIOR, Ivan; CALAZANS, Gabriela Junqueira. **Saúde reprodutiva em Tempos de AIDS (II seminário). AIDS, vulnerabilidade e prevenção**. Rio de Janeiro: ABIA, 1997. p. 32-34.
- BARBOSA, R.M.; PARKER, R.(Orgs.). **Sexualidade pelo avesso. Direitos, Identidades e Poder**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Ed. 34, 1999.
- BERQUÓ, Elza. A importância dos estudos sobre população negra. **Jornal Rede Saúde**, São Paulo, n. 23, mar. 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST**, ano 4, n. 1, jan./jun. 2007. Disponível em: <[www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)>. Acesso em: 20 fev. 2008.
- \_\_\_\_\_. **O que é HIV e AIDS?** Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 18 fev. 2008.
- \_\_\_\_\_. **Vigilância do HIV no Brasil: novas diretrizes**. Brasília: Coordenação Nacional de DST/AIDS, 2002.
- BUCHALLA, Cassia Maria; PAIVA, Vera. Da compreensão da vulnerabilidade social ao enfoque multidisciplinar. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, suppl., ago. 2002.
- BUSS, Paulo Machiori. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FioCruz, 2003.
- CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo; SILVEIRA, Cassio. Organização das Práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1827-1835, nov./dez. 2003.

CARNEIRO, Sueli. Uma oportunidade única de luta contra o racismo. **Jornal Rede Saúde**, São Paulo, n. 23, mar. 2001.

CONFERÊNCIA ESTADUAL DE DST/AIDS DO MARANHÃO, 2. São Luis, 2006.

CONRAD, Robert. **Tumbeiros**: o tráfico de escravos para o Brasil. [S.l.:s.n], 1985.

COUTO, Maria Helena Costa. **Risco Exponencial, lacunas da Seguridade Social e HIV/AIDS**: relatório técnico final de pesquisa. Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

ESCOREL, S. 2001. *Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais*, 22 pp. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília. Disponível em <[www.opas.org.br/serviço/arquivos/sala3310](http://www.opas.org.br/serviço/arquivos/sala3310)>.

FERREIRA, Luis Alves. **Saúde e Meio Ambiente nas Comunidades Negras Rurais Quilombolas e Urbanas** [artigo científico]. [S.l.:s.n], 2006.

GALVÃO, Jane. **AIDS no Brasil**: a agenda de construção de uma epidemia. Rio de Janeiro: Abia; São Paulo: Ed 34, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo demográfico de 2000**. Disponível em: <[www.ibge.gov.br/censo/](http://www.ibge.gov.br/censo/)>. Acesso em: 20 dez. 2008.

LOPES, Fernanda. **Mulheres negras e não negras vivendo com HIV/Aids no estado de São Paulo**: um estudo sobre suas VULNERABILIDADE. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2003.

MALI, Thiago. **IDH de negros de 2005 é pior que o de brancos de 1991**. Disponível em: <[www.pnud.org.br](http://www.pnud.org.br)>. Acesso em: 29 set. 2008.

MANN, J.; TARANTOLA, D.J.M.; NETTER, T.W. **A AIDS no Mundo**: história social da AIDS. Rio de Janeiro: Ed. Dumará, 1993.

MARANHÃO. Secretaria de Estado da Saúde. **Boletim Epidemiológico do Maranhão**, São Luis, ano 3, 2008.

MONTAGNIER, Luc. **Vírus e Homens**: AIDS: seus mecanismos e tratamentos. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 1995.

OLIVEIRA, Dora Lúcia de. A ‘nova’ saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Revista Latino-Am.**, p. 424, maio/jun. 2005.

OSÓRIO, R. G. O sistema Classificatório de cor ou raça do IBGE. **Texto para discussão**, Brasília, n. 996, nov. 2003.

PAIXÃO, Marcelo. O ABC das desigualdades raciais: um panorama do analfabetismo da população negra através de uma leitura dos indicadores do Censo 2000. **Teoria e Pesquisa**, n. 42/43, p. 245-264, jan./jul. 2004.

PROGRAMA CONJUNTOS DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS – UNAIDS.

**Relatório anual sobre HIV/AIDS**. 2007. Disponível em:

<<http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/EpiUpdate/EpiUpdArchive/2007/default.asp>>. Acesso em: 28 nov. 2008.

SANTOS, Milton. **O país distorcido**. São Paulo: Publifolha, 2002.

SÃO LUÍS. Secretaria Municipal de Saúde. **Boletim Epidemiológico DST/AIDS**. São Luís/MA, 2006.

SILVÉRIO, Valter Roberto. Papel das ações afirmativas em contextos racionalizados. In: SILVA, Petronilha Beatriz Gonçalves e; SILVÉRIO, Valter Roberto (Orgs.). **Educação e ações afirmativas: entre a injustiça simbólica e a injustiça econômica**. Brasília: Instituto Nacional de estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2003.

SOARES, Osmar. **Negros trabalham mais, mas ganham menos que brancos**. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br>>. Acesso em: 29 set. 2008.

SONTAG, Susan. **Doença como metáfora: AIDS e suas metáforas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

TEXEIRA, Paulo R.; PAIVA, Vera; SHIMMA, Emi. **Ta difícil de engolir?: experiências de adesão ao tratamento em São Paulo**. São Paulo: NEPAIDS, 2000.

VALADÃO, Marina. Vulnerabilidade. In: (Coletânea de textos) Ayres, J.R.C.M. **Práticas educativas e prevenção de HIV/AIDS: lições aprendidas e desafios atuais**. Rio de Janeiro: FioCruz, 2003.

VARGA, István Van Deursen (Coord.). **Acolhimento e acesso ao diagnóstico e tratamento do HIV/Aids para a população negra, em dois SAEs de São Luís/MA: relatório técnico final**. São Luís: UFMA, 2008.

WERNECK, Jurema. A vulnerabilidade das mulheres negras. **Jornal da Rede Saúde**, n. 23, mar. 2001.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A – Termo de consentimento



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
MESTRADO EM SAÚDE E AMBIENTE**



**TERMO DE CONSENTIMENTO**

Título do estudo: “ACOLHIMENTO E ACESSO AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO HIV/AIDS PARA A POPULAÇÃO NEGRA, EM DOIS SAES DE SÃO LUÍS/MA”

**Nome do pesquisador:** István Van Deursen Varga, Pós-Doutor pela Faculdade de Saúde Pública da USP, Coordenador do Mestrado em Saúde e Ambiente da UFMA.

**Mestrado Em saúde e Ambiente:** 3232.3837 [ivarga@uol.com.br](mailto:ivarga@uol.com.br)

**Informação sobre sua participação:** Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. É muito importante que você compreenda os seguintes princípios:

- a) você só participa se quiser;
- b) você pode deixar de participar a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de prejuízo por causa disto;
- c) você poderá, em qualquer momento, entrar em contato com o pesquisador para tirar qualquer dúvida que tiver a respeito deste trabalho;
- d) *sua identidade não será revelada pelo pesquisador nem durante nem após a pesquisa.*

## 1 INTRODUÇÃO

Este projeto será executado pelo Mestrado em Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão (MSA-UFMA) e pelo Departamento de Atenção às DST/AIDS da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão (DA-DST/AIDS-SES-MA), com a colaboração de pesquisadores do Centro de Cultura Negra do Maranhão (CCN-MA), do Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (CRT-SES-SP), da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), do Centro de Formação dos Trabalhadores da Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (CEFORSMS-SP), e do Centro de Estudo das Relações de Trabalho e das Desigualdades (CEERT).

## 2 OBJETIVOS DO ESTUDO

- Colaborar com os esforços e lutas da população negra para melhorar suas condições de vida.
- Colaborar com os esforços e lutas da população negra para melhorar seu acolhimento, seu acesso ao diagnóstico e ao tratamento do HIV e da AIDS, com qualidade.
- Colaborar com os esforços das instituições e serviços de saúde para melhorar as condições de acolhimento, acesso, diagnóstico e tratamento do HIV e da AIDS entre a população negra.

## 3 PROCEDIMENTO

Caso você concorde em participar deste estudo, responderá a um questionário acerca da qualidade do atendimento que você tem recebido na unidade em que tem sido tratado/a do HIV/AIDS.

#### 4 RISCO

Este estudo é considerado isento de risco.

#### 5 SIGILO

Sua identidade não será revelada. Este estudo não tem o objetivo de fazer qualquer julgamento sobre você e/ou seu modo de vida.

**Se você não entendeu alguma parte deste documento, solicite explicações ao pesquisador. Somente assinie abaixo caso tenha entendido tudo.**

Eu, em pleno gozo das minhas faculdades mentais, com mais de 18(dezoito) anos de idade, faço-me voluntário (a) para participar desta pesquisa. Os objetivos, a natureza e os procedimentos da pesquisa foram a mim esclarecidos pelo pesquisador Alexandro Pereira Cruz. Concedo ao referido pesquisador permissão para uso dos meus dados obtidos nesta pesquisa para fins de publicação, **desde que a minha identidade seja mantida em sigilo. Sei que a qualquer momento posso deixar de participar desta pesquisa e não sofrer qualquer dano.**

\_\_\_\_\_  
Assinatura do voluntário (a)

Local e data: \_\_\_\_\_,     /     /

\_\_\_\_\_  
Nome do voluntário em letra de forma

**Assisti aos esclarecimentos sobre a pesquisa descritos acima, atestando que foi dado ao(à) voluntário(a) o direito de formular perguntas, e testemunhei a assinatura deste documento pelo (a) voluntário(a).**

\_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

Local e data: \_\_\_\_\_,     /     /

\_\_\_\_\_  
Nome da testemunha em letra de forma

*Assinatura do entrevistador(a):* \_\_\_\_\_ *Local e data:* \_\_\_\_\_

Nome do *entrevistador(a)*:

**Documento em duas vias: uma para o voluntário(a) e outra para o pesquisador**

## APÊNDICE B - Questionário

**Acolhimento e acesso ao diagnóstico e tratamento do HIV/AIDS para  
a população negra, no Maranhão e em São Paulo**

**ADAPTAÇÃO DO ENHANCING CARE INITIATIVE (ECI)  
BLOCO COMUM**

**I. IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO**

1.	Código do/a entrevistado(a)
2.	Entrevistador/a
3.	Data da entrevista
4.	Local da entrevista _____ LOCAL

**II. IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO (A)**

5.	Sexo ( ) Masc ( ) Fem
6.	Data de nascimento
7.	Local de nascimento (cidade) _____ Estado: _____ LOCNASC

**III. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA****III.1. MORADIA**

8.	Como é a casa onde você mora? (Leia as alternativas) TIPOCAS 1. ( ) casa de tijolo 2. ( ) apartamento 3. ( ) casa de madeira 4. ( ) quarto/ casa de cômodos 5. ( ) casa de apoio 6. ( ) rua 7. ( ) outra: 98. ( ) não quer informar 99. ( ) não sabe informar
----	---

9.	<p>Quantos cômodos tem sua casa? (Contar sala, dormitório, cozinha e banheiro, mesmo se esse for fora de casa) (Anotar o número)</p> <p>COMODOS</p> <p>_____ cômodos</p> <p>97. ( ) não se aplica (casa de apoio ou casa de cômodos)</p> <p>98. ( ) não quer informar</p> <p>99. ( ) não sabe informar</p>
10.	<p>Em qual bairro você mora?</p> <p>BAIRRO</p> <p>(Nome do bairro, perguntar a zona da cidade se não for óbvia)</p> <p>_____ (_____)</p> <p>CEP.: _____</p> <p>Há quanto tempo? _____</p> <p>98. ( ) não quer informar</p> <p>99. ( ) não sabe informar</p>
11.	<p>Quantas pessoas moram em sua casa além de você? (Sob o mesmo teto, não inclui anexos), (anote quantos, se morar sozinho anotar “zero”)</p> <p>PESSOAS</p> <p>_____ pessoa(s)</p> <p>97. ( ) não se aplica (casa de apoio ou casa de cômodos)</p> <p>98. ( ) não quer informar</p> <p>99. ( ) não sabe informar</p>

### III.2. COR

12.	<p>Como você definiria sua cor/raça?</p> <p>COR</p> <p>(ler as alternativas, se escolher outra anotar nas palavras da entrevistada)</p> <p>8. ( ) branca</p> <p>9. ( ) preta</p> <p>10. ( ) parda</p> <p>11. ( ) amarela</p> <p>12. ( ) indígena</p> <p>98. ( ) não quer informar</p> <p>99. ( ) não sabe informar</p>
-----	--

**III.3. ESCOLARIZAÇÃO**

13.	<p>Até que série completa você estudou?          ESCOLA          (CODIGO: NUMERO DE ANOS DE ESCOLA)</p> <p style="text-align: center;">_____ª série do _____º grau</p> <p>0    <input type="checkbox"/> não sabe ler nem escrever</p> <p>0,5 <input type="checkbox"/> sabe ler e escrever sem ter ido à escola</p> <p>13 <input type="checkbox"/> universitário</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> superior</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> pós-graduação</p> <p>98. <input type="checkbox"/> não quer informar</p> <p>99. <input type="checkbox"/> não sabe informar</p>
-----	--

**III.4. TRABALHO**

14.	<p>Você está trabalhando no momento?          TRABALHO</p> <p>1. <input type="checkbox"/> sim, emprego fixo</p> <p>2. <input type="checkbox"/> sim, bicos</p> <p>3. <input type="checkbox"/> sim, trabalhador/a do sexo</p> <p>4. <input type="checkbox"/> não e parei de procurar emprego</p> <p>5. <input type="checkbox"/> não, mas está procurando (desempregado/a)</p> <p>6. <input type="checkbox"/> não, aposentada</p> <p>7. <input type="checkbox"/> não trabalha fora/ do lar</p> <p>8. <input type="checkbox"/> detento/a</p> <p>9. <input type="checkbox"/> só estuda</p> <p>10. <input type="checkbox"/> outro: _____</p> <p>98. <input type="checkbox"/> não quer informar</p> <p>99. <input type="checkbox"/> não sabe informar</p> <p>Onde trabalha? _____</p>
15.	<p>Qual a sua atividade ou emprego atual?          ATIVI          (Anotar nas palavras da paciente)</p> <p style="text-align: center;">_____ CÓDIGO _____</p> <p>96. <input type="checkbox"/> está desempregado/a</p> <p>97. <input type="checkbox"/> não se aplica (não trabalha)</p> <p>98. <input type="checkbox"/> não quer informar</p> <p>99. <input type="checkbox"/> não sabe informar</p>

16.	<p>Qual a sua atividade ou emprego antes do diagnóstico?  <b>ATIVI ANT</b>          (Anotar nas palavras da paciente)</p> <p style="text-align: center;">_____ CÓDIGO _____</p> <p>96. ( ) está desempregado/a          97. ( ) não se aplica (não trabalha)          98. ( ) não quer informar          99. ( ) não sabe informar</p>
17.	<p>Há quanto tempo está no trabalho atual? (Aproximadamente, em anos)  <b>TEMPOTRAB</b></p> <p style="text-align: center;">_____ (EM ANOS)</p> <p>96. ( ) está desempregado/a          97. ( ) não se aplica (não trabalha)          98. ( ) não quer informar          99. ( ) não sabe informar</p>

### III.5. RENDA

18.	<p>Quanto você ganha por mês?  <b>RENDA</b>          (Anotar em reais)</p> <p style="text-align: center;">_____ Reais</p> <p>96. ( ) está desempregado/a          97. ( ) não se aplica (não trabalha)          98. ( ) não quer informar          99. ( ) não sabe informar</p>
19.	<p>No último mês, quanto somou a renda de todos na sua casa, incluindo você?  <b>RENDAMES</b>          (Anotar em reais)</p> <p style="text-align: center;">_____ Reais</p> <p>98. ( ) não quer informar          99. ( ) não sabe informar</p>
20.	<p>Quantas pessoas vivem com essa renda?  <b>RENDAPES</b>          (Inclui crianças, idosos, adultos que não trabalham, outras pessoas que não moram na casa, mas que são sustentadas com esse dinheiro)</p> <p style="text-align: center;">_____ pessoas</p> <p>98. ( ) não quer informar          99. ( ) não sabe informar</p>

21.	<p>No início de seu diagnóstico (até 6 meses), o fato de você ter se infectado com o HIV... (Leia as alternativas)</p> <p>QUEST 21</p> <p>1. ( ) aumentou as despesas da família  2. ( ) diminuiu as despesas da família  3. ( ) não alterou as despesas da família</p> <p>Por que? (Para as respostas 1 ou 2 acima) :</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p>98. ( ) não quer informar  99. ( ) não sabe informar</p>
22.	<p>Atualmente, o fato de você ter se infectado com o HIV... (Leia as alternativas)</p> <p>QUEST 21A</p> <p>1. ( ) aumentou as despesas da família  2. ( ) diminuiu as despesas da família  3. ( ) não alterou as despesas da família</p> <p>Por que? (Para as respostas 1 ou 2 acima) :</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p>98. ( ) não quer informar  99. ( ) não sabe informar</p>

3. Você recebe algum desses auxílios? (Leia um por um. É possível assinalar mais de uma opção. Se houver outros auxílios, anotar com as palavras do/a entrevistado/a)

TIPOAUX

Auxílio	Sim (1)	Não (2)	Não sabe (9)
Cesta básica			
Roupa			
Remédio			
Vale transporte			
Passe livre			
Vale alimentação			
Dinheiro			

outro: \_\_\_\_\_

De quem recebe?

1. ( ) não recebe auxílios AUXILIO

2. ( ) do governo

3. ( ) auxílios de grupos religiosos, associações, grupos comunitários

4. ( ) ajuda de parentes ou amigos

5. ( ) outros: \_\_\_\_\_

98. ( ) não quer informar

99. ( ) não sabe informar

### III.6. FAMILIA

24. De quantas pessoas você cuida, excluindo você? (Cuidar da comida, roupa, limpeza, saúde, etc. Pode ser zero)

CUIDA

\_\_\_\_\_ pessoas

97. ( ) não se aplica, pois mora em casa de apoio.

98. ( ) não quer informar

99. ( ) não sabe informar

25. Alguém ajuda você a cuidar da casa e da família?

AJUDA

1. ( ) sim: Quem? \_\_\_\_\_

QUEMAJUDA

2. ( ) não

98. ( ) não quer informar

99. ( ) não sabe informar

26.	<p>Qual é o seu estado conjugal/civil (leia as alternativas) ESTCIV</p> <p>1. ( ) mora junto  2. ( ) casado/a  3. ( ) namora ou tem caso fixo  4. ( ) viúvo/a  5. ( ) viúvo/a de AIDS com novo parceiro/a /caso  6. ( ) viúvo/a de AIDS sem parceiro/a  7. ( ) viúvo/a de AIDS que casou/juntou novamente  8. ( ) separado/a /divorciado/a/ desquitado/a, sem parceiro/a  9. ( ) solteiro/a sem parceiro/a  10. ( ) outro _____</p> <p>98. ( ) não quer informar  99. ( ) não sabe informar</p>
27.	<p>Se você tem parceiro(a) fixo(a) no momento, há quanto tempo? (Auto-definição) PARCEIRO E</p> <p>TEMPOPARCF</p> <p>1. ( ) sim, sexo masculino; tempo: _____ ANOS  2. ( ) sim, sexo feminino; tempo: _____ ANOS  3. ( ) não</p> <p>98. ( ) não quer informar  99. ( ) não sabe informar</p>
28.	<p>O (a) parceiro(a) mora com você? MORAPARC</p> <p>1. ( ) sim:  2. ( ) não</p> <p>Se sim, há quanto tempo? _____ anos TMORAPAR</p> <p>97. ( ) não se aplica, pois não tem parceiro(a) fixo(a)  98. ( ) não quer informar  99. ( ) não sabe informar</p>
29.	<p>O (a) parceiro(a) atual é HIV-positivo(a)? (Seja a parceria atual fixa ou não) ATUALHIV</p> <p>1. ( ) sim  2. ( ) não  3. ( ) não sabe, não falam sobre o assunto  4. ( ) não sabe, ele(a) não fez o teste  5. ( ) não sabe, por outras razões</p> <p>97. ( ) não se aplica, pois não tem parceiro(a) no momento  98. ( ) não quer informar  99. ( ) não sabe informar</p>

30.	<p>O (a) parceiro(a) atual sabe que você é HIV-positivo/a? SABEATUAL</p> <p>1. ( ) sim 2. ( ) não 3. ( ) não sabe</p> <p>97. ( ) não se aplica, pois não tem parceiro(a) no momento 98. ( ) não quer informar 99. ( ) não sabe informar</p>
-----	---

#### IV. VIDA SEXUAL E REPRODUTIVA

31.	<p>Quantos parceiros(as) sexuais você já teve na vida? QTOPARC</p> <p>1. ( ) muitos, nem sei dizer quantos 2. ( ) _____ parceiros(as), aproximadamente 3. ( ) _____ parceiros(as), exatamente</p> <p>97. ( ) não se aplica, pois nunca teve relações sexuais. 98. ( ) não quer informar 99. ( ) não sabe informar</p>
32.	<p>Como está sua vida sexual atualmente, comparando com a de antes de ter resultado positivo para o HIV? FICOUHIV</p> <p>1. ( ) ficou igual 2. ( ) piorou 3. ( ) melhorou 4. ( ) ficou diferente</p> <p>Por que?</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>97. ( ) não se aplica, pois nunca teve relações sexuais. 98. ( ) não quer informar 99. ( ) não sabe informar</p>

33.	<p>Depois do resultado positivo para o HIV com que frequência você usa camisinha? CAMISAHIV (Ler as alternativas)</p> <p>1. ( ) nunca 2. ( ) às vezes 3. ( ) todas as vezes</p> <p>Por que?</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>97. ( ) não se aplica, pois nunca teve relações sexuais. 98. ( ) não quer informar 99. ( ) não sabe informar</p>
34.	<p>Você já ouviu falar da camisinha feminina? CAMISAFEM</p> <p>1. ( ) sim 2. ( ) não</p> <p>98. ( ) não quer informar 99. ( ) não sabe informar</p>
35.	<p>Você pensa em ter filhos? PENSAFIL</p> <p>1. ( ) sim 2. ( ) não 3. ( ) não sabe 4. ( ) está grávida (a parceira)</p> <p>Por que?</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>98. ( ) não quer informar 99. ( ) não sabe informar</p>

36.	Você já usou algum método para evitar filhos depois de se saber portador/a do HIV? (Leia cada uma das opções)		
	Método	Sim - 1	Não - 2
	a. camisinha (masculina ou feminina) CAMISA	( )	( )
	b. coito interrompido INTER	( )	( )
	c. tabelinha TABELA	( )	( )
	d. pílula PILULA	( )	( )
	e. injeção de hormônio INJECÃO	( )	( )
	f. diafragma DIAFRA	( )	( )
	g. DIU DIU	( )	( )
	h. laqueadura LAQUEAD	( )	( )
	i. vasectomia (parceiro) VASEC	( )	( )
	j. outro(s): _____  OUTROMET		
	97. ( ) não se aplica (nunca teve relações sexuais, ou não teve após o diagnóstico do HIV)		
98. ( ) não quer informar			
99. ( ) não sabe informar			

### V. TESTE ANTI-HIV E PERCEPÇÃO DE RISCO

37.	Há quanto tempo você sabe que é portador/a do HIV (HIV-positivo/a)? Em meses	
	TEMPOHIV	
_____ meses _____ anos		
98. ( ) não quer informar		
99. ( ) não sabe informar		

38.	<p>Por que você fez o teste HIV?  PQTESTE  Colha a resposta espontânea e assinale a alternativa que melhor corresponda.</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p>1. ( ) serviço de saúde pediu porque ficou doente  2. ( ) serviço de saúde pediu porque o/a parceiro/a estava HIV positivo ou doente de AIDS  3. ( ) serviço de saúde pediu como rotina de pré-natal  4. ( ) serviço de saúde pediu, porque o filho nasceu HIV positivo  5. ( ) serviço de saúde pediu, por razão não conhecida  6. ( ) doou sangue  7. ( ) firma (trabalho) exigiu  8. ( ) decidiu fazer por precaução  9. ( ) decidiu fazer por achar que pudesse estar infectado/a  10. ( ) decidiu fazer porque parceiro/a pediu  11. ( ) filho adoeceu  12. ( ) outro: _____</p> <p>98. ( ) não quer informar  99. ( ) não sabe informar</p>
39.	<p>Antes de fazer o teste, você chegou em algum momento a achar que podia ser HIV positivo/a? ANTES HIV</p> <p>1. ( ) sim  2. ( ) não</p> <p>Por que?</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p>98. ( ) não quer informar  99. ( ) não sabe informar</p>

40.	<p>Como você acha que se infectou com o HIV? COMOHIV Tentar inicialmente resposta espontânea, se necessário ir percorrendo alternativas.</p> <hr/> <p>1. ( ) transfusão de sangue contaminado  2. ( ) uso de drogas compartilhando agulhas  3. ( ) relação sexual desprotegida com parceiros sexuais pouco conhecidos  4. ( ) parceiro/a infectado/a por transfusão de sangue  5. ( ) parceiro/a infectado/a por uso de drogas compartilhando agulhas  6. ( ) parceiro/a infectado/a por relação sexual desprotegida com outro homem  7. ( ) parceiro/a infectado/a por relação sexual desprotegida com outra mulher  8. ( ) parceiro/a infectado/a por relação sexual desprotegida, não sabe se homem ou mulher  9. ( ) parceiro/a infectado/a não sabe como  10. ( ) não tem a menor idéia de como se infectou  11. ( ) outro: _____</p> <p>98. ( ) não quer informar  99. ( ) não sabe informar</p>
41.	<p>Você sabe se algum parceiro/a sexual seu/sua, atual ou antigo, usa ou já usou droga injetável? PARCDROGA</p> <p>1. ( ) sim, sabe de uso de drogas injetáveis  2. ( ) não, não sabe de uso de drogas injetáveis  3. ( ) desconfia de uso, mas não tem certeza  4. ( ) não, nenhum nunca usou.</p> <p>97. ( ) não se aplica, pois nunca teve parceiro anteriormente  98. ( ) não quer informar  99. ( ) não sabe informar</p>
42.	<p>Você fuma cigarro? CIGARRO</p> <p>1. ( ) sim . Quantidade diária de cigarros: _____  2. ( ) não, mas já fumou há quanto tempo parou? _____ (anos)  3. ( ) não, e nunca fumou</p> <p>98. (..) não quer informar  99. (..) não sabe informar</p>
43.	<p>Você consome algum tipo de bebida alcoólica? ALCOOL</p> <p>1. ( ) sim : cerveja: _____ vezes por semana  pinga : _____ vezes por semana  vinho: _____ vezes por semana  outra bebida: _____ vezes por semana</p> <p>QTOALCOOL  2. ( ) não</p> <p>98. ( ) não quer informar  99. ( ) não sabe informar</p>

44. E você mesmo/a, já fez uso de alguma dessas drogas?  
(Ler uma a uma, considerar Qualquer quantidade, mesmo uso social)

Droga	Sim	Não
c. maconha	( )	( )
d. bolinha	( )	( )
e. calmante	( )	( )
f. cola	( )	( )
g. LSD/cogumelos	( )	( )
h. crack	( )	( )
i. cocaína inalada (pó) COCAINA	( )	( )
j. injetáveis – coca, heroína INJETAVEL	( )	( )
k. merla	( )	( )
l. lança perfume	( )	( )
m. outras: Qual ? _____ OUTDROGA		

98. ( ) não quer informar  
99. ( ) não sabe informar

45.	Quantas vezes, aproximadamente, você usou essas drogas nos últimos 6 meses?					
	Droga	diariamente- 1	semanalmente- 2	mensalmente- 3	ocasionalmente -4	não usa-5
	c. maconha QTOMACONHA					
	d. bolinha QTOBOLINHA					
	e. calmante QTOCALMANTE					
	f. cola QTOCOLA					
	g. LSD/cogumelos QTOLSD					
	h. crack QTOCRACK					
	i. cocaína inalada (pó) QTOCOCAI					
	j. injetáveis – coca, heroína QTOINJET					
	k. merla QTOMERLA					
	l. lança perfume QTOLANÇ					
	m. outras: _____ QTOOUTRO					
	99. ( ) não sabe informar 98. ( ) não quer informar					

**AGORA VAMOS VOLTAR A FALAR DE QUANDO VOCÊ FEZ O SEU TESTE DO HIV E DOS LUGARES ONDE VOCÊ TEM SIDO ATENDIDO/A DESDE ENTÃO.**

#### VI. TESTE ANTI-HIV E CUIDADOS RECEBIDOS

46.	Antes de fazer o teste, você chegou a conversar sobre o assunto no serviço que o realizou? (Leia as alternativas) CONVERSAHIV
	1. ( ) sim, teve uma sessão de conversa individual
	2. ( ) sim, teve uma sessão de grupo
	3. ( ) não, não teve nenhuma orientação
	4. ( ) não, não sabia que estava sendo testada
98. ( ) não quer informar 99. ( ) não sabe informar	

47.	<p>Ao entregar o resultado, qual foi a atitude do profissional que lhe atendeu?  <b>ATITUDE</b></p> <p>1. ( ) só entregou o resultado e não disse nada  2. ( ) conversou na mesma hora sobre o assunto  3. ( ) marcou nova consulta para conversar sobre o assunto  4. ( ) só encaminhou para outro serviço com carta e/ou consulta marcada  5. ( ) só orientou que procurasse outro serviço, sem dar carta ou marcação de consulta  6. ( ) marido/esposa recebeu o teste  7. ( ) outra pessoa recebeu o teste. quem? _____  8. ( ) outro: _____</p> <p>98. ( ) não quer informar  99. ( ) não sabe informar</p>																								
48.	<p>Como você se sentiu tratado/a no momento em que lhe foi dado o resultado do teste anti-HIV?  (Ler as alternativas e escolher a atitude que predominou na situação)  <b>SENTIU</b></p> <p>1. ( ) com apoio e atenção  2. ( ) com indiferença  3. ( ) com discriminação  4. ( ) com crítica, tom de acusação  5. ( ) outro: _____</p> <p>98. ( ) não quer informar  99. ( ) não sabe informar</p>																								
49.	<p>Quanto tempo depois de saber o resultado do seu teste você foi atendido/a por um médico para tratar do HIV?  <b>QTOTEMPO</b></p> <p>_____ semanas após o teste.</p> <p>98. ( ) não quer informar  99. ( ) não sabe informar</p>																								
50.	<p>Quem sabe que você está HIV-positivo/a, e quanto tempo você levou para contar?  (Dias, meses ou anos, ou não lembra)</p> <table border="1" data-bbox="359 1377 1417 1666"> <thead> <tr> <th><i>Quem</i></th> <th>Sim-1</th> <th>Não-0</th> <th>Se sim, quanto tempo levou</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. parceiro/a (de quando fez o teste)</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td></td> </tr> <tr> <td>b. filhos</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td></td> </tr> <tr> <td>c. familiares próximos</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td></td> </tr> <tr> <td>d. amigos</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td></td> </tr> <tr> <td>e. trabalho (de quando fez o teste)</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>96. ( ) não se aplica, pois não tem parceiro/a /família/ etc  97. ( ) não se aplica, pois souberam antes dela  98. ( ) não quer informar  99. ( ) não sabe informar</p> <p>comentários:  _____  _____</p>	<i>Quem</i>	Sim-1	Não-0	Se sim, quanto tempo levou	a. parceiro/a (de quando fez o teste)	( )	( )		b. filhos	( )	( )		c. familiares próximos	( )	( )		d. amigos	( )	( )		e. trabalho (de quando fez o teste)	( )	( )	
<i>Quem</i>	Sim-1	Não-0	Se sim, quanto tempo levou																						
a. parceiro/a (de quando fez o teste)	( )	( )																							
b. filhos	( )	( )																							
c. familiares próximos	( )	( )																							
d. amigos	( )	( )																							
e. trabalho (de quando fez o teste)	( )	( )																							

51.	Além dos médicos e serviços de saúde, você procurou outros tipos de apoio?		
	Instituição	Sim-1	Não-2
	a. Igreja, instituição religiosa	( )	( )
	b. Grupo de AIDS, ONG	( )	( )
	c. Sindicato, associação profissional	( )	( )
	d. Associação de bairro, grupo comunitário	( )	( )
	e. outro: PROCOUTRO	( )	( )
	98. ( ) não quer informar		
	99. ( ) não sabe informar		

## VII. SERVIÇOS DE SAÚDE: ACESSO E ACOLHIMENTO

52.	Você tem algum tipo de convênio médico?		
	CONVENIO		
	1. ( ) não, porque não pode, é caro		
	2. ( ) não, porque prefere o sistema público		
	3. ( ) sim, mas prefere usar o sistema público		
	4. ( ) sim, mas não pode usar, não cobre AIDS		
	5. ( ) sim, mas não quer usar com medo de ser discriminado/a		
6. ( ) sim, mas não quer usar com medo de ser discriminado/a no trabalho			
7. ( ) outro: _____			
	98. ( ) não quer informar		
	99. ( ) não sabe informar		
53.	Como você vai ao serviço de saúde onde você se trata do HIV?		
	TRANSP		
	1. ( ) carro seu, de parentes/amigos ou táxi		
	2. ( ) transporte público (ônibus, trem, metrô)		
	3. ( ) ambulância		
	4. ( ) a pé		
	5. ( ) outro: _____		
	98. ( ) não quer informar		
	99. ( ) não sabe informar		
54.	Quanto tempo você gasta normalmente para vir da sua casa até o serviço de saúde onde você se trata do HIV?		
	GASTAT		
	_____ minutos		
	98. ( ) não quer informar		
	99. ( ) não sabe informar		

55.	<p>Há quanto tempo, aproximadamente, você é atendido/a no serviço de saúde onde você se trata do HIV?</p> <p>TATEND</p> <p>_____ meses</p> <p>98. ( ) não quer informar 99. ( ) não sabe informar</p>																																																								
56.	<p>Por quais dos profissionais abaixo você já foi atendido(a) no serviço de saúde onde você se trata do HIV ou por encaminhamento dele? (Ler um a um os itens)</p> <table border="1" data-bbox="352 607 1422 1406"> <thead> <tr> <th data-bbox="352 607 783 667">Profissional</th> <th data-bbox="783 607 940 667">Sim-1</th> <th data-bbox="940 607 1096 667">Não-2</th> <th data-bbox="1096 607 1422 667">Tempo (médio) de espera pela consulta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="352 667 783 701">a. médico (infecologista, clínico)</td> <td data-bbox="783 667 940 701">( )</td> <td data-bbox="940 667 1096 701">( )</td> <td data-bbox="1096 667 1422 701"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="352 701 783 763">b. enfermeira ENFERM</td> <td data-bbox="783 701 940 763">( )</td> <td data-bbox="940 701 1096 763">( )</td> <td data-bbox="1096 701 1422 763"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="352 763 783 826">c. psicólogo PSICOL</td> <td data-bbox="783 763 940 826">( )</td> <td data-bbox="940 763 1096 826">( )</td> <td data-bbox="1096 763 1422 826"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="352 826 783 889">d. assistente social ASS1STSO</td> <td data-bbox="783 826 940 889">( )</td> <td data-bbox="940 826 1096 889">( )</td> <td data-bbox="1096 826 1422 889"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="352 889 783 952">e. ginecologista GINECO</td> <td data-bbox="783 889 940 952">( )</td> <td data-bbox="940 889 1096 952">( )</td> <td data-bbox="1096 889 1422 952"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="352 952 783 1014">f. dentista DENTISTA</td> <td data-bbox="783 952 940 1014">( )</td> <td data-bbox="940 952 1096 1014">( )</td> <td data-bbox="1096 952 1422 1014"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="352 1014 783 1077">g. nutricionista NUTRIC</td> <td data-bbox="783 1014 940 1077">( )</td> <td data-bbox="940 1014 1096 1077">( )</td> <td data-bbox="1096 1014 1422 1077"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="352 1077 783 1140">h. outro médico OUTROMED</td> <td data-bbox="783 1077 940 1140">( )</td> <td data-bbox="940 1077 1096 1140">( )</td> <td data-bbox="1096 1077 1422 1140"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="352 1140 783 1173">i. fisioterapeuta</td> <td data-bbox="783 1140 940 1173">( )</td> <td data-bbox="940 1140 1096 1173">( )</td> <td data-bbox="1096 1140 1422 1173"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="352 1173 783 1207">j. farmacêutico</td> <td data-bbox="783 1173 940 1207">( )</td> <td data-bbox="940 1173 1096 1207">( )</td> <td data-bbox="1096 1173 1422 1207"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="352 1207 783 1240">k. terapeuta ocupacional</td> <td data-bbox="783 1207 940 1240">( )</td> <td data-bbox="940 1207 1096 1240">( )</td> <td data-bbox="1096 1207 1422 1240"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="352 1240 783 1274">l. auxiliar de farmácia</td> <td data-bbox="783 1240 940 1274">( )</td> <td data-bbox="940 1240 1096 1274">( )</td> <td data-bbox="1096 1240 1422 1274"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="352 1274 783 1406">m. outro profissional: OUTROPROF</td> <td data-bbox="783 1274 940 1406">( )</td> <td data-bbox="940 1274 1096 1406">( )</td> <td data-bbox="1096 1274 1422 1406"></td> </tr> </tbody> </table>	Profissional	Sim-1	Não-2	Tempo (médio) de espera pela consulta	a. médico (infecologista, clínico)	( )	( )		b. enfermeira ENFERM	( )	( )		c. psicólogo PSICOL	( )	( )		d. assistente social ASS1STSO	( )	( )		e. ginecologista GINECO	( )	( )		f. dentista DENTISTA	( )	( )		g. nutricionista NUTRIC	( )	( )		h. outro médico OUTROMED	( )	( )		i. fisioterapeuta	( )	( )		j. farmacêutico	( )	( )		k. terapeuta ocupacional	( )	( )		l. auxiliar de farmácia	( )	( )		m. outro profissional: OUTROPROF	( )	( )	
Profissional	Sim-1	Não-2	Tempo (médio) de espera pela consulta																																																						
a. médico (infecologista, clínico)	( )	( )																																																							
b. enfermeira ENFERM	( )	( )																																																							
c. psicólogo PSICOL	( )	( )																																																							
d. assistente social ASS1STSO	( )	( )																																																							
e. ginecologista GINECO	( )	( )																																																							
f. dentista DENTISTA	( )	( )																																																							
g. nutricionista NUTRIC	( )	( )																																																							
h. outro médico OUTROMED	( )	( )																																																							
i. fisioterapeuta	( )	( )																																																							
j. farmacêutico	( )	( )																																																							
k. terapeuta ocupacional	( )	( )																																																							
l. auxiliar de farmácia	( )	( )																																																							
m. outro profissional: OUTROPROF	( )	( )																																																							
57.	<p>O que acha dessa espera, de um modo geral?</p> <p>ACHAESPERA</p> <p>1. ( ) acha muito tempo, demorado 2. ( ) acha um tempo razoável, aceitável 3. ( ) acha pouco tempo, rápido</p> <p>98. ( ) não quer informar 99. ( ) não sabe informar</p>																																																								

58.	De um modo geral, quantas vezes as situações abaixo aconteceram com você no serviço de saúde onde você se trata do HIV? (Leia uma a uma)			
	Situação	Muitas vezes (3)	Poucas vezes (2)	Nunca (1)
	a. Ser atendido/a sem ser olhado/a quase SIT58A	( )	( )	( )
	b. Sentir-se discriminado/a, tratado/a com preconceito SIT58B	( )	( )	( )
	c. Passar dor ou desconforto por erro do serviço SIT58C	( )	( )	( )
d. Ser destrutado/a ou humilhado/a no serviço SIT58D	( )	( )	( )	
98. ( ) não quer informar				
99. ( ) não sabe informar				

59. Com que frequência as situações abaixo acontecem com você?				
Situação	Na maioria das vezes (1)	As vezes (2)	Nunca (3)	Não se aplica (9)
a. Facilidade de conseguir transporte para vir ao serviço onde se trata do HiV SIT59A	( )	( )	( )	( )
b. Facilidade de que alguém cuide das crianças para vir ao serviço onde se trata doHIV SIT59B	( )	( )	( )	( )
c. Facilidade para agendar os atendimentos de que necessita SIT59C	-	-	-	-
c.1. infectologista/clínico(a)	( )	( )	( )	( )
c.2. ginecologista	( )	( )	( )	( )
c.3. psicólogo(a)	( )	( )	( )	( )
c.4. assistente social	( )	( )	( )	( )
c.5. enfermeiro(a)	( )	( )	( )	( )
c.6. nutricionista	( )	( )	( )	( )
c.7. fisioterapeuta	( )	( )	( )	( )
c.8. terapeuta ocupacional	( )	( )	( )	( )
c.9. dentista	( )	( )	( )	( )
c.10. farmacêutico	( )	( )	( )	( )
c.11. outro médico	( )	( )	( )	( )
c.12. outro profissional	( )	( )	( )	( )
d. Facilidade para entender o que os profissionais dizem SIT59D	-	-	-	-
d.1. infectologista/clínico(a)	( )	( )	( )	( )
d.2. ginecologista	( )	( )	( )	( )
d.3. psicólogo(a)	( )	( )	( )	( )
d.4. assistente social	( )	( )	( )	( )
d.5. enfermeiro(a)	( )	( )	( )	( )
d.6. nutricionista	( )	( )	( )	( )
d.7. fisioterapeuta	( )	( )	( )	( )
d.8. terapeuta ocupacional	( )	( )	( )	( )
d.9. dentista	( )	( )	( )	( )
d.10. farmacêutico	( )	( )	( )	( )
d.11. outro médico	( )	( )	( )	( )
d.12. outro profissional	( )	( )	( )	( )

### VIII RELAÇÃO COM O SERVIÇO E CUIDADOS COM A SAÚDE

60.	<p>Com que frequência você costuma ir ao serviço de saúde onde se trata do HIV? FREQSERV</p> <p>1. ( ) diariamente  2. ( ) mais de uma vez por mês  3. ( ) uma vez por mês  4. ( ) a cada 2-3 meses  5. ( ) em intervalos maiores que 3 meses  6. ( ) só quando me sinto mal  7. ( ) outra: _____</p> <p>98. ( ) não quer informar  99. ( ) não sabe informar</p>
61.	<p>Com que frequência você costuma faltar às consultas marcadas no serviço onde se trata do HIV? FREQFALTA</p> <p>1. ( ) raramente perde uma consulta marcada  2. ( ) perde menos que a metade das consultas marcadas  3. ( ) perde mais que a metade das consultas marcadas  4. ( ) perde quase todas as consultas marcadas  5. ( ) outra: _____</p> <p>98. ( ) não quer informar  99. ( ) não sabe informar</p>
62.	<p>Você é acompanhado/a sempre por um mesmo médico no serviço onde se trata do HIV? MESMOMED</p> <p>1. ( ) sim  2. ( ) não</p> <p>88. ( ) não quer responder</p>

63.	<p>Com que frequência os profissionais desse serviço, de um modo geral, costumam faltar? FALTAPROF</p> <table border="1" data-bbox="352 311 1422 797"> <thead> <tr> <th></th> <th>Nunca ou poucas vezes</th> <th>Algumas vezes</th> <th>Muitas vezes</th> <th>Não se aplica</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a.infectologista/clínico(a)</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> </tr> <tr> <td>b.ginecologista</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> </tr> <tr> <td>c.psicólogo(a)</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> </tr> <tr> <td>d.assistente social</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> </tr> <tr> <td>e.enfermeiro(a)</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> </tr> <tr> <td>f.nutricionista</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> </tr> <tr> <td>g.fisioterapeuta</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> </tr> <tr> <td>h.terapeuta ocupacional</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> </tr> <tr> <td>i.dentista</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> </tr> <tr> <td>j.farmacêutico</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> </tr> <tr> <td>k.outro médico</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> </tr> <tr> <td>l.outro profissional</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> </tr> </tbody> </table>		Nunca ou poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Não se aplica	a.infectologista/clínico(a)	( )	( )	( )	( )	b.ginecologista	( )	( )	( )	( )	c.psicólogo(a)	( )	( )	( )	( )	d.assistente social	( )	( )	( )	( )	e.enfermeiro(a)	( )	( )	( )	( )	f.nutricionista	( )	( )	( )	( )	g.fisioterapeuta	( )	( )	( )	( )	h.terapeuta ocupacional	( )	( )	( )	( )	i.dentista	( )	( )	( )	( )	j.farmacêutico	( )	( )	( )	( )	k.outro médico	( )	( )	( )	( )	l.outro profissional	( )	( )	( )	( )
	Nunca ou poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Não se aplica																																																														
a.infectologista/clínico(a)	( )	( )	( )	( )																																																														
b.ginecologista	( )	( )	( )	( )																																																														
c.psicólogo(a)	( )	( )	( )	( )																																																														
d.assistente social	( )	( )	( )	( )																																																														
e.enfermeiro(a)	( )	( )	( )	( )																																																														
f.nutricionista	( )	( )	( )	( )																																																														
g.fisioterapeuta	( )	( )	( )	( )																																																														
h.terapeuta ocupacional	( )	( )	( )	( )																																																														
i.dentista	( )	( )	( )	( )																																																														
j.farmacêutico	( )	( )	( )	( )																																																														
k.outro médico	( )	( )	( )	( )																																																														
l.outro profissional	( )	( )	( )	( )																																																														
64.	<p>Quando foi que você fez seu último exame de CD4, que você tem resultado ? ULTCD4 _____/_____(mês/ano)</p> <p>97 ( ) não se aplica, pois nunca fez 98. ( ) não quer informar 99. ( ) não sabe informar</p>																																																																	
65.	<p>Qual foi o resultado do seu último exame de CD4? CD4 _____</p> <p>96 ( ) indetectável 97 ( ) não se aplica, pois nunca fez 98. ( ) não quer informar 99. ( ) não sabe informar</p>																																																																	
66.	<p>Você sabe para que serve o exame CD4? SERVECD4</p> <p>1. ( ) sim: _____ _____ _____</p> <p>2. ( ) não</p> <p>98. ( ) não quer informar 99. ( ) não sabe informar</p>																																																																	

67.	<p>Quando foi que você fez seu último exame de carga viral, que você tem o resultado?          _____/_____ (mês/ano)</p> <p>ULTCV</p> <p>97 ( ) não se aplica, pois nunca fez</p> <p>98. ( ) não quer informar</p> <p>99. ( ) não sabe informar</p>
68.	<p>Qual foi o resultado de seu último exame de carga viral?          _____ CV</p> <p>96 ( ) indetectável</p> <p>97 ( ) não se aplica, pois nunca fez</p> <p>98. ( ) não quer informar</p> <p>99. ( ) não sabe informar</p>
69.	<p>Você sabe para que serve o exame de carga viral?          SERVECV</p> <p>1. ( ) sim</p> <hr/> <p>2. ( ) não</p> <p>98. ( ) não quer informar</p> <p>99. ( ) não sabe informar</p>
70.	<p>Você está conseguindo tomar todos os remédios anti-virais conforme recomendado?</p> <p>1. ( ) sim</p> <p>REMFALTA</p> <p>2. ( ) não,          porque _____</p> <hr/> <p>97 ( ) não se aplica, pois não toma anti-viral</p> <p>98. ( ) não quer informar</p> <p>99. ( ) não sabe informar</p>

71.	<p>Quantas doses dos remédios anti-virais você costuma falhar? DOSEFALHA</p> <p>1. <input type="checkbox"/> nenhuma</p> <p>2. <input type="checkbox"/> pelo menos uma por semana: qual(is) remédio(s)? _____ _____ qual(is) horário(s)? _____ _____ por quê? _____</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Pelo menos uma por dia qual(is) remédio(s)? _____ _____ qual(is) horário(s)? _____ _____ por quê? _____</p> <p>4. <input type="checkbox"/> mais de uma por dia: qual(is) remédio(s)? _____ _____ qual(is) horário(s)? _____ _____ por quê? _____</p> <p>5. <input type="checkbox"/> menos de uma por semana: qual(is) remédio(s)? _____ _____ qual(is) horário(s)? _____ _____ por quê? _____</p> <p>95 <input type="checkbox"/> não se aplica, pois parou a medicação 96 <input type="checkbox"/> não se aplica, pois está reiniciando o tratamento agora 97 <input type="checkbox"/> não se aplica, pois não toma anti-viral 98. <input type="checkbox"/> não quer informar 99. <input type="checkbox"/> não sabe informar</p>
-----	--

72.	<p>Quais as dificuldades que você tem sentido como portador/a do HIV? (Registrar as palavras do/a paciente, resposta espontânea apenas)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>98. ( ) não quer informar 99. ( ) não sabe informar</p>
73.	<p>Você acha que o serviço em que é acompanhado/a tem lhe ajudado a enfrentar essas dificuldades? (Registrar as palavras da paciente, resposta espontânea apenas)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>98. ( ) não quer informar 99. ( ) não sabe informar</p>
74.	<p>O serviço onde é acompanhado/a lhe oferece algum outro tipo de apoio além da assistência médica? APOIO</p> <p>1. ( ) sim: _____</p> <p>_____</p> <p>2. ( ) não 98. ( ) não quer informar 99. ( ) não sabe informar</p>
75.	<p>Que outras formas de apoio você acharia importante receber para melhorar sua qualidade de vida?</p> <p>1.(MELHORA 1) _____</p> <p>2.(MELHORA 2) _____</p> <p>3.(MELHORA 3) _____</p> <p>4.(MELHORA 4) _____</p> <p>98. ( ) não quer informar 99. ( ) não sabe informar</p>

Notas do/a entrevistador/a:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_