

## DESIGUALDADE DE ACESSO ENTRE DIFERENTES ETNIAS DE PACIENTES COM HIV/AIDS TRATADOS NO HC UNICAMP<sup>1</sup>

*Aparecida do Carmo Miranda Campos<sup>2</sup>*

*Maria Virginia Righetti Fernandes Camilo<sup>3</sup>*

*Márcia Cristina Gimenez Corrêa<sup>2</sup>*

*Camila Ávila de Lima<sup>4</sup>*

*Eliane Ribeiro<sup>4</sup>*

*Francisco Hideo Aoki<sup>5</sup>*

### RESUMO

Dentre os vários objetivos estabelecidos no presente estudo, este em questão se refere a análise de acessibilidade da população negra em comparação com a população branca quanto à prevenção, diagnóstico e tratamento do HIV/AIDS e DST. Abrangem soropositivos masculinos e femininos, de etnia negra e branca, maiores de 18 anos, acompanhados no serviço de HIV/AIDS na UNICAMP. Utiliza entrevista semiestruturada. Resultados indicam desigualdade social entre negros e brancos: menor acesso a escolaridade, a renda e acessibilidade aos serviços de saúde dificultada pelo diagnóstico tardio, realizado em grande parte via internação.

**PALAVRAS-CHAVE:** HIV/AIDS, Etnia, Acessibilidade, Saúde, Desigualdade Social

### INTRODUÇÃO

O acesso aos serviços de saúde no mundo sofre influências dos diversos contextos: históricos, sociais e econômicos, com áreas privilegiadas de alguns países, permitindo em alguns deles, um melhor acesso à saúde por seus habitantes e mesmo

---

<sup>1</sup> Financiamento: Programa Nacional de DST/AIDS, Ministério da Saúde e UNESCO.

<sup>2</sup> Assistentes Sociais do Hospital de Clínicas da UNICAMP. E.mail: [tidamiranda@yahoo.com.br](mailto:tidamiranda@yahoo.com.br).

<sup>3</sup> Assistente Social, doutora em Educação pela UNICAMP, Vice Coordenadora do Projeto de Pesquisa e docente do Curso de Serviço Social da PUC Campinas.

<sup>4</sup> Pesquisadoras contratadas.

<sup>5</sup> Médico, doutor em Ciências Médicas pela UNICAMP, docente do Departamento de Moléstias Infecciosas FCM/UNICAMP e Coordenador do Projeto de Pesquisa.

para setores marginalizados que permanecem apenas mercê de cuidados básicos.

Lopes (2005) afirma que o processo saúde doença é influenciado diretamente pelos aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais, delineando impactos sobre o tipo de população e os agravos à saúde enfrentados. No caso da população negra, “o meio ambiente que exclui e nega o direito natural de pertencimento, determina condições especiais de vulnerabilidade” (LOPES, 2005, p. 9). As necessidades reais nas ações e programas de assistência, promoção e prevenção, colocam homens e mulheres negras em constante necessidade de proteger-se dos efeitos adversos, provocando por vezes maior sofrimento e maior vulnerabilidade individual. No caso específico do HIV/AIDS, em todos os espaços mundiais em que as desigualdades raciais são naturalizadas, a epidemia atinge de maneira “mais severa os grupos historicamente excluídos da riqueza social, bem como aqueles que são culturalmente discriminados” (LOPES, 2005, p. 31).

A AIDS é uma epidemia que afeta a população mundial e que apresenta cerca 33,3 milhões de pessoas infectadas pelo HIV (UNISIDA/UNAIDS, 2011). A maior concentração de casos encontra-se justamente nas zonas menos favorecidas como a África Subsaariana com 22,5 milhões de pessoas afetadas pelo HIV, população que compõe dois terços de todos os casos mundiais. A população soropositiva da África Subsaariana engloba praticamente três quartos de todas as mulheres soropositivas do mundo, diferente da população HIV positiva de 610 000 na Europa Ocidental com uma taxa de mortalidade menor que 8500 por ano.

Os dados revelam que a epidemia de AIDS no Brasil está num processo de estabilização. O *Boletim Epidemiológico Aids/DST (MS-2010)*, mostra que, de 1980 a junho de 2010, foram registrados **592.914** casos de Aids no país. Em relação ao HIV, a estimativa é de que existam 630 mil pessoas infectadas. Durante esses 30 anos, a região

Sudeste apresenta o percentual de notificações com **344.150** infectados, ou seja, 20,4% dos casos no país. O Sul concentra **115.598** (32,5%), o Nordeste **74.364** (13,9%), o Centro-Oeste **34.057** (18,0%) e o Norte **24.745** (20,1%).

A tendência à estabilização da incidência da doença é observada apenas entre os homens, já que, no período de 2000 a 2006, o coeficiente de mortalidade é estável, apresentando aumento entre as mulheres (de 3,7 óbitos por AIDS por 100 mil habitantes em 2000 para 4 em 2006) e diminui entre os homens (de 9 em 2000 para 8,1 em 2006).

As informações sobre raça/cor passaram a ser registradas a partir de 2001, é interessante observar que, entre 2001 e 2004, mais de 60% dos casos de AIDS masculinos foram considerados brancos, sofrendo pouca variação no período analisado; já entre as mulheres, observa-se redução na proporção de casos na raça/cor branca, compensada pelo aumento na proporção de casos na negra, de 25%. (RELATÓRIO FINAL DA PESQUISA, JUNHO DE 2008).

A acessibilidade da população negra é uma questão social de relevância mundial que tem sido publicizada nos debates, conferências e organismos de representação mundial como a ONU, OMS, UNAIDS. Nesse sentido, em decorrência de ações de Movimentos Negros para a redução das desigualdades raciais, percebeu-se a necessidade de discutir a saúde da população negra na sua especificidade, reforçada em 2001 na III Conferência Mundial Contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e Intolerâncias Correlatas, que aconteceu em Durban, na África do Sul. As deliberações passaram a fazer parte do Plano de Ação da Conferência Regional das Américas Contra o Racismo, onde os governos dos países da América do Sul propuseram que a OPAS promovesse ações para o reconhecimento da raça/grupo étnico/gênero como variáveis significantes para a saúde e que desenvolvesse projetos específico para a prevenção, diagnóstico e tratamento de pessoas com ascendência

africana.

Estudos apontam que a contaminação da população negra ao HIV está cada vez maior. Segundo o Ministério da Saúde em 2004 foi realizada uma pesquisa sobre conhecimento, atitude e prática relacionada ao HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis (DST) com a população entre 15 e 54 anos onde 8% da população negra não sabia citar formas de transmissão do HIV, sendo que esta proporção entre os brancos foi 40% menor. O mesmo ocorre em relação às formas de prevenção do HIV, onde a proporção da população negra é 30% menor do que a comparável entre os brancos. O indicador de conhecimento correto revela que o resultado obtido pela população negra foi de 63,5% e dos brancos, 73% tinham conhecimento correto.

Salientamos que por vezes são observadas diferenças de acesso que revelam situações discriminatórias no serviço público de saúde revelando presença de racismo – o que tem levado alguns países a elaborar estratégias e ações específicas. O racismo brasileiro muitas vezes denominado racismo cordial, permite que os brasileiros (governo e sociedade) justifiquem a naturalidade das desigualdades raciais que determinam que no Brasil o racismo seja socialmente apresentado como um “problema do negro”, como se fosse um legado inerente a um passado inequívoco e sem continuidade nos dias atuais.

O Ministro da Saúde em entrevista à imprensa realizada em 2006 admite a existência de racismo no atendimento a negros no SUS, refletindo em diagnósticos incompletos, exames não realizados, recusa de se tocar o paciente e até desprezo em emergências. Esse racismo cria condições muito perversas que devem ser combatidas. A reportagem cita dados que confirmam a discriminação no atendimento em que 12,29 mulheres negras em cada 1000 na região sudeste morrem vítimas da AIDS, enquanto, 5,45 mulheres brancas em cada 1000 morrem por AIDS na mesma região (O Estado

de São Paulo, 27/10/2006).

Este estudo vem reafirmar o compromisso com a questão racial, apontando as desigualdades de acesso ao diagnóstico, tratamento e serviços de HIV/AIDS entre as populações negra e branca.

## **1 – METODOLOGIA**

O estudo foi realizado com pacientes portadores de HIV/AIDS, atendidos pelos ambulatórios de Infectologia do Complexo Hospitalar do HC-UNICAMP através de uma abordagem multidisciplinar. Também foram incorporados a esta coorte novos participantes, indicados pelos próprios pacientes seguindo a metodologia RDS e que foram investigados quanto à possibilidade de infecção pelo HIV, bem como outras infecções como Vírus da Hepatite B, Vírus da Hepatite C e Sífilis. Os pesquisados participaram da coorte de estudo e foram submetidos individualmente a uma entrevista, na qual se esclareceu sobre o objetivo do estudo, para o qual foram convidados a participar, com a concordância mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)<sup>6</sup>.

Dessa forma, ao final deste estudo foram pesquisadas clínica e epidemiologicamente 1000 pacientes soropositivos em tratamento na UNICAMP (destes 250 homens/brancos, 250 homens (pretos/pardos), 250 mulheres brancas e 250 mulheres negras (pretas/pardas) através de entrevistas semiestruturadas e análise de prontuário<sup>7</sup>.

Com objetivo de comparar a população de portadores de HIV/AIDS foi realizado estudo com externos, pessoas indicadas pelos sujeitos da pesquisa. Este

---

<sup>6</sup> Projeto de Pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, Campinas, 2006.

<sup>7</sup> Nesta pesquisa utiliza-se como referência a nomenclatura do IBGE, sendo que negro inclui as pessoas pardas e negras autorreferenciadas.

universo também abrangeu 1000 entrevistados que foram analisados epidemiologicamente através também de entrevista semiestruturada e coleta e análise laboratorial das sorologias (HIV, Sífilis e Hepatites B e C).

## **2 – RESULTADOS**

Este artigo traz à tona a questão das desigualdades sociais vivenciadas pela população negra portadora de HIV/AIDS procurando analisar as diversas experiências vivenciadas por negros e brancos que frequentam o Serviço de Saúde do HC/UNICAMP, referência regional no SUS para tratamento nesta área. Do conjunto de dados da pesquisa destacamos a escolaridade, ocupação, renda, naturalidade, estado civil, uso de preservativo e acesso aos serviços de saúde, comparando, quando relevantes, as populações do estudo.

Campinas como centro de expansão da industrialização da década de 70 teve um crescimento migratório maior que o vegetativo. Nesse sentido a naturalidade dos entrevistados confirma o movimento migratório de municípios do interior do Estado de São Paulo e outros Estados (SEMEGHINI Apud CAMILO, 1997). Dessa forma os resultados sobre naturalidade dos internos comprovam que 65,4% dos entrevistados estão na condição acima referida e que 27,2% são naturais de Campinas e Região Metropolitana. Os dados mostram que a migração da população negra (41%) está associada ao movimento de mobilidade de outros Estados para a Região de Campinas, enquanto nos brancos vemos um equilíbrio maior tendo no interior de São Paulo (35%) sua naturalidade.

**Tabela 1:** População interna entrevistada segundo naturalidade e cor

NATURALIDADE	COR			
	BRANCA		NEGRA	
	n	%	n	%
CAMPINAS	81	16,2	78	15,6
DEMAIS CIDADES DA RMC	77	15,4	36	7,2
SÃO PAULO CAPITAL	32	6,4	40	8,0
INTERIOR DE SÃO PAULO	175	35,0	141	28,2
OUTRO ESTADO	133	26,6	205	41,0
OUTRO PAÍS	2	0,4	0	0
TOTAL	500	100	500	100

**FONTE:** Pesquisa de Campo

**Tabela 2:** População externa entrevistada segundo naturalidade e cor

NATURALIDADE	COR			
	BRANCA		NEGRA	
	n	%	N	%
CAMPINAS	152	30,4	128	25,6
DEMAIS CIDADES DA RMC	54	10,8	24	4,8
SÃO PAULO CAPITAL	48	9,6	33	6,6
INTERIOR DE SÃO PAULO	133	26,6	130	26,0
OUTRO ESTADO	111	22,2	184	36,8
OUTRO PAÍS	2	0,4	1	0,2
TOTAL	500	100	500	100

**FONTE:** Pesquisa de Campo

Os entrevistados negros viveram processos de mobilidade em distância maior que da população branca estudada. Observa-se que os negros migram mais que os brancos, pois 69,2% deslocaram-se do interior do Estado de São Paulo e de outros estados do país, sendo que na população branca este índice atinge 61,6%. O mesmo

pode ser observado em relação aos externos, em que a naturalidade de Campinas está em 30,4% dos brancos e 25,6% dos negros; a mobilidade é acentuada em relação aos outros Estados em que são 22,2% de brancos e 36,8% de negros.

Os dados sobre Estado Civil<sup>8</sup> indicam a maioria dos entrevistados na condição de solteiros (33,2%) seguidos dos casados (26,1%) e dos indivíduos que vivem união estável, conforme tabela 2.

**Tabela 3:** População interna entrevistada segundo estado civil e cor

ESTADO CIVIL	COR			
	BRANCA		NEGRA	
	n	%	n	%
CASADA	127	25,4	134	26,8
SOLTEIRA	165	33,0	167	33,4
VIÚVA	57	11,4	39	7,8
SEPARAÇÃO JUDICIAL	61	12,2	47	9,4
UNIÃO ESTAVEL	90	18,0	113	22,6
TOTAL	500	100	500	100

**FONTE:** Pesquisa de Campo

Do total de entrevistados (brancos e negros) 46,4% possuem relacionamentos estáveis (casados e união estável), confirmando os dados da transição epidemiológica de contaminação ao HIV que atinge número crescente de pessoas que vivem em relacionamentos estáveis, chamando a atenção *em relação à parceria fixa que* não se configura como medida de prevenção para contaminação pelo vírus HIV.

<sup>8</sup> Cumpre ressaltar que a Previdência Social reconhece a União Estável como situação similar ao casamento, prevendo o pagamento de benefícios aos dependentes.

Observamos também como um fator positivo a sexualidade presente na vida dos entrevistados, indicador de qualidade de vida, ou seja, apesar do HIV as pessoas continuam se relacionando, constituindo famílias, vivendo em sociedade.

Não foi encontrada diferença significativa no uso do preservativo entre os entrevistados externos e os internos antes do diagnóstico de HIV, sinalizando para uma prática sexual por vezes de risco, em que na população externa 51,7% referem não fazer uso do preservativo, não tendo diferença entre brancos e negros (brancos 50,6% e negros 52,8% não utilizam).

A escolaridade é um indicador social que permite analisar as possibilidades de mobilidade social ascendente, pois anos de estudo significam maiores oportunidades de ingresso no mercado de trabalho.

**Tabela 4:** População interna entrevistada segundo escolaridade e cor

ESCOLARIDADE	COR			
	BRANCA		NEGRA	
	n	%	n	%
ANALFABETA	5	1,0	17	3,4
ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO	180	36,0	276	55,2
ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO	70	14,0	57	11,4
ENSINO MÉDIO INCOMPLETO	38	7,6	25	5,0
ENSINO MÉDIO COMPLETO	117	23,4	96	19,2
ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO	21	4,2	10	2,0
ENSINO SUPERIOR COMPLETO	56	11,2	17	3,4
PÓS-GRADUAÇÃO	13	2,6	2	0,4
TOTAL	500	100	500	100

**FONTE:** Pesquisa de Campo

Dos entrevistados 45,6%, se inserem no ensino fundamental incompleto, não atingindo a conclusão com oito anos de estudo que possibilita a escolaridade mínima. Mas a desigualdade entre negros e brancos no acesso à escolaridade é ostensiva: os brancos têm 1% de analfabetos enquanto os negros chegam a 3,4%. No ensino fundamental incompleto estão 36% dos brancos e 55,2% dos negros; no ensino superior (completo e incompleto) estão 15,4% de brancos e 5,45 de negros.

**Tabela 5:** População externa entrevistada segundo escolaridade e cor

ESCOLARIDADE	COR			
	BRANCA		NEGRA	
	n	%	n	%
ANALFABETA	0	0	3	0,6
ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO	55	11,0	109	21,8
ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO	31	6,2	44	8,8
ENSINO MÉDIO INCOMPLETO	18	3,6	35	7,0
ENSINO MÉDIO COMPLETO	169	33,8	221	44,2
ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO	98	19,6	51	10,2
ENSINO SUPERIOR COMPLETO	95	19,0	32	6,4
PÓS – GRADUAÇÃO	34	6,8	5	1,0
TOTAL	500	100	500	100

**FONTE:** Pesquisa de Campo

Comparando com a população externa, a tendência prevalece, sendo que o ensino fundamental incompleto está presente em 11% em brancos e 21,8% de negros. Na pirâmide da escolarização o acesso ao ensino superior aponta 38,6 dos brancos enquanto que os negros atingem 16,6%.

É preciso reconhecer o significativo impacto que as Políticas de Educação dos últimos quinze anos tem tido no sentido de melhorar os indicadores sociais e raciais, através de políticas compensatórias como o Programa Universidade para Todos (PROUNI), que tem como objetivo melhorar o acesso da população negra e vulnerável ao ensino superior através das chamadas “cotas”, porém ainda assim há que se fazer um enfrentamento dentro da Política de Educação para implantar as mudanças necessárias que poderá fazer uma grande diferença no que tange a gritante desigualdade escolar. Destaque-se que a Lei 10.639/2003<sup>9</sup> tornou obrigatório nos estabelecimentos de ensino fundamental e médio, oficiais e particulares o ensino da História e Cultura Afro-brasileira tendo incluído ainda no artigo 26A o “estudo da História da África e dos Africanos, a luta dos negros no Brasil, a cultura negra brasileira e o negro na formação da sociedade nacional, resgatando a contribuição do povo negro nas áreas social, econômica e políticas pertinentes à História do Brasil”. Estabelece a lei que estes conteúdos referentes à História e Cultura Afro-Brasileira sejam ministrados no âmbito de todo o currículo escolar, em especial nas áreas de Educação Artística e de Literatura e História Brasileiras. Espera-se que mudanças como estas tenham o sentido de ajudar a população negra a se identificar e reconhecer-se, resgatando sua autoestima, fato que poderá contribuir no processo de saúde.

A discriminação motivada por escolaridade conseqüentemente incide sobre o mercado de trabalho e das ocupações sociais, reproduzindo a desigualdades de renda.

Seguindo tendência nacional os entrevistados estão concentrados com rendimento mensal familiar de 1 e 2 salários mínimos perfazendo 42,3%. Porém

---

<sup>9</sup> Publicada no Diário Oficial da União em janeiro de 2003.

observamos famílias em extrema pobreza com até  $\frac{1}{2}$  salário mínimo ou sem renda perfazendo 8%.

**Tabela 6:** População interna entrevistada segundo renda e cor

RENDA	COR			
	BRANCA		NEGRA	
	n	%	N	%
SEM RENDA	18	3,6	22	4,4
ATÉ MEIO SALÁRIO MÍNIMO	10	2,0	30	6,0
1 SALÁRIO MÍNIMO	88	17,7	111	22,3
2 SALÁRIOS MÍNIMOS	102	20,5	120	24,1
3 SALÁRIOS MÍNIMOS	74	14,9	77	15,5
4 SALÁRIOS MÍNIMOS	50	10,0	58	11,7
5 SALÁRIOS MÍNIMOS	33	6,6	20	4,0
MAIS QUE 5 SALÁRIOS MÍNIMOS	123	24,7	60	12,0
TOTAL	500	100	500	100

**FONTE:** Pesquisa de Campo

Ao analisar as categorias cor e renda observa-se que 2% dos brancos possuem renda de  $\frac{1}{2}$  salário mínimo sendo que para os negros o percentual é de 6% . Na faixa de renda acima de 5 salários mínimo estão 24,75% dos brancos e apenas 12% dos negros.

Henriques (2001) constata que nascer negro no Brasil está relacionado a uma maior probabilidade de crescer pobre, pois os indicadores de renda no país demonstram que "população negra concentra-se no segmento de menor renda *per capita* da distribuição de renda do país" (HENRIQUES, 2001, p. 17).

**Tabela 7:** População externa entrevistada segundo renda e cor

RENDA	COR			
	BRANCA		NEGRA	
	N	%	N	%
SEM RENDA	3	0,60	2	0,40
ATÉ MEIO SALÁRIO MÍNIMO	3	0,6	3	0,60
1 SALÁRIO MÍNIMO	21	4,23	40	8,05
2 SALÁRIOS MÍNIMOS	55	11,07	104	20,93
3 SALÁRIOS MÍNIMOS	58	11,67	95	19,11
4 SALÁRIOS MÍNIMOS	61	12,27	78	15,70
5 SALÁRIOS MÍNIMOS	60	12,07	43	8,65
MAIS QUE 5 SALÁRIOS MÍNIMOS	236	47,49	132	26,56
<b>TOTAL</b>	<b>497</b>	<b>100</b>	<b>497</b>	<b>100</b>

**FONTE:** Pesquisa de Campo

A população externa reafirma os dados de desigualdade entre negros e brancos. Observa-se que os brancos que recebem mais do que 5 salários mínimos correspondem a 47,9% enquanto os negros são apenas 26,56% dessa população. Um olhar atento aos resultados da pesquisa de campo revela a recorrente exclusão social as quais homens e mulheres, identificados como negros (pretos e pardos) são submetidos no decorrer de suas vidas. A população negra é sistematicamente desfavorecida quanto às condições de moradia, assistência médico-sanitária, escolaridade, emprego e renda. Para mencionar os mais importantes fatores de exclusão, este segmento populacional de ascendência africana também apresenta maiores níveis de mortalidade infantil, menores valores de esperança de vida ao nascer, maiores índices de mortalidade de jovens e maiores proporções de mortalidade de gestantes (IPEA, 2007).

A desigualdade de acesso da população branca e negra ao diagnóstico de HIV apresenta diferenças significativas, indicando possibilidade maior de ciência do HIV em fases iniciais em brancos do que em negros.

**Tabela 8:** Forma de obtenção do diagnóstico da população interna entrevistada segundo a cor

FORMA DE OBTENÇÃO DO DIAGNÓSTICO	COR			
	BRANCA		NEGRA	
	n	%	n	%
BUSCA ATIVA	130	26,2	95	19,1
BANCO DE SANGUE	39	7,9	22	4,4
COAS	55	11,1	58	11,7
PS/EMERGÊNCIA	26	5,2	39	7,9
INTERNAÇÃO EM HOSPITAL	82	16,5	104	21,0
MÉDICO/CONVÊNIO PARTICULAR	48	9,7	19	3,8
OUTRO	39	7,9	41	8,3
PRÉ-NATAL	46	9,3	73	14,7
UBS	31	6,2	45	9,1
TOTAL	496	100	496	100

**FONTE:** Pesquisa de Campo

Enquanto os brancos recebem o diagnóstico através de busca ativa (26,2%) os negros o recebem através de internação em hospital (21%), o que pressupõe que os negros descobrem o diagnóstico mais tardiamente, interferindo no sucesso do tratamento.

**Tabela 9:** Forma de acesso ao tratamento da população interna entrevistada segundo a cor

ACESSO AO TRATAMENTO	COR			
	BRANCA		NEGRA	
	N	%	n	%
COAS/AMDA	20	4,0	21	4,2
BUSCA ESPONTÂNEA	27	5,5	13	2,6
CAISM	40	8,1	53	10,7
PS/EMERGÊNCIA	52	10,5	73	14,7
HEMOCENTRO	23	4,6	22	4,4
INDICAÇÃO DE PACIENTE	66	13,3	48	9,7
MÉDICO/CONVÊNIO PARTICULAR	77	15,5	37	7,5
UBS	82	16,6	111	22,3
OUTRO	108	21,9	119	23,9
TOTAL	495	100	497	100

**FONTE:** Pesquisa de Campo

Os dados de acesso ao tratamento na UNICAMP entre população branca e negra revelam que a população negra (92,5%) acessa o sistema fazendo uso do fluxo da rede de saúde pública enquanto a população branca (34,3%) aparece de maneira significativa fazendo uso de outras formas de acesso, tais como: encaminhamento de particulares, indicação de paciente, busca espontânea, ou ainda, têm acesso sem nenhum encaminhamento institucional. O fato do resultado da pesquisa mostrar que os usuários negros ao percorrerem o fluxo da rede pública SUS retarda o acesso ao serviço especializado, ao tratamento e possibilita assim complicações maiores em relação ao diagnóstico, acelerando por vezes o processo de mortalidade. Esta constatação remete ao aprofundamento da discussão da saúde pública no Brasil, pois “o SUS – foi criado pela Constituição Cidadã como um dos pilares do Sistema de Seguridade Social com o objetivo primordial de garantir acesso gratuito e universal a todos os cidadãos

brasileiros, independentemente de sexo, cor, raça” (Retrato das Desigualdades, 2008), porém é preciso tratar desigualmente a população negra para tornar equânime e igual a atenção a saúde proposta pelo SUS.

Observamos, dessa forma, que o fluxo de acesso da população negra e branca remete à necessidade de uma avaliação da questão do racismo institucional que muitas vezes é determinante na diferença de acesso entre as populações estudadas, dificultando este acesso a população de baixa renda e principalmente negra aos equipamentos sociais, levando a desigualdades na forma de inserção. Este fato perpassa muitas vezes pelo profissional de saúde, pelo inconsciente coletivo marcado pelo “racismo e sexismo, manifestado através dos preconceitos, estereótipo e discriminação, [...] gerador de situações de violência física e simbólica, que produzem marcas psíquicas, ocasionam dificuldades e distorcem sentimentos e percepções de si mesmo” (SILVA, 2004, p. 34).

### **3 – CONCLUSÃO**

Este artigo demonstra que a pesquisa “Aspectos sócio epidemiológicos e clínicos da população negra/parda com HIV/AIDS acompanhada em serviço público de referência em HIV/AIDS - Hospital de Clínicas da UNICAMP” se inscreve na análise da sociedade brasileira, reafirmando na população estudada as profundas desigualdades sociais e de que forma estas afetam diferentemente quando se trata de pessoas negras e brancas no acesso ao diagnóstico e tratamento de HIV/AIDS. O SUS se reveste de uma política pública inscrita na Seguridade Social cujos princípios colocam a universalidade, a equidade e a integralidade para a promoção, proteção e recuperação da saúde, reconhecendo os determinantes sociais do processo saúde/doença. Especificamente no caso do HIV/AIDS, o país possui uma das mais avançadas políticas de atenção com

ações de prevenção, garantia de acesso às testagens sorológicas para diagnóstico através do COAS, Pré-natal e outros, bem como, o tratamento com acesso a exames e distribuição gratuita de antirretrovirais.

Os resultados apontam para a contradição no acesso ao tratamento quando se trata de população negra e branca: os brancos ao apresentarem nível maior de escolaridade e renda buscam meios de acessar o diagnóstico/tratamento de forma mais ágil via consultórios particulares, buscando quebrar barreiras burocráticas que o setor público impõe pela hierarquização dos serviços pelos níveis de complexidade. A questão não é a de que a hierarquização seja equivocada; é que ela burocratiza as ações de atenção e se torna barreira que acaba por discriminar o negro que busca os serviços, seguindo as normas e regras morosas e burocráticas que só são rompidas pelo agravamento do estado de saúde. Não é ao acaso que os negros tomam conhecimento do diagnóstico mais pelos serviços de emergência e internações.

Medidas efetivas de promoção da saúde da população negra devem estar pautadas no acesso aos serviços e na necessidade de articulação de Políticas Públicas, discutindo o racismo brasileiro, a fim de possibilitar equidade a todos.

Os dados sinalizam para necessidade de profundas modificações na organização dos serviços no sentido de desnaturalizar, desconstruir formas de racismo institucional, que afetam a população negra provocando problemas como a necessidade constante de proteger-se dos efeitos adversos de integração, fazendo com que permaneçam em situação de sofrimento e em constante estado defensivo (LOPES, 2005).

Os resultados apresentados sobre a população usuária do HC/UNICAMP sinalizam para as hipóteses levantadas de que a população negra é do ponto de vista socioeconômico, mais vulnerável, apresentando desigualdade no acesso à escolaridade

e ocupação, que repercutem na saúde e, no caso específico de diagnóstico e tratamento para HIV/AIDS, há iniquidade entre brancos e negros. Dessa forma, analisando o contexto estrutural que a população negra está inserida despertamos para a necessidade de uma política pública de saúde e de combate ao HIV/AIDS que atente para estes aspectos, com capacitação de profissionais, reestruturação dos serviços e um olhar particularizado à questão étnica, buscando equidade e justiça social.

Finalmente, cumpre destacar o apoio institucional e político do Ministério da Saúde e da UNESCO para a viabilização dessa pesquisa que pode contribuir com mudanças na política de atenção ao HIV/AIDS e que promova a saúde da população negra.

#### **ABSTRACT**

In this present study proposal, considered many aspects in the research, is to analysis of the afro American population accessibility, compared to the white population in terms of prevention, diagnosis and treatment of HIV/AIDS and STD's. The research did include seropositive male and female, comparing patients of afro american and white ethnics, of 18 years age up, accompanied and the HIV/AIDS Service of this institution. In the research semi-structured interviews was utilised on afro american and white population with HIV/AIDS. The results showed social inequality between afro american and white population, including poor access to schoolhouse, low gross receipts and accessibility to health services, and in fact diagnosis are too late realized, and largely during the hospitalization.

**KEYWORDS:** HIV/AIDS, Ethnics, Accessibility, Health, Inequality

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BATISTA, L. E. Masculinidade, raça/cor e saúde. **Ciência Saúde Coletiva**. jan./mar. 2005, vol.10, no. 1, p.71-80.

BATISTA, L. E. Saúde Da População Negra no Estado de São Paulo. **Boletim Epidemiológico Paulista**: CVE, v. 4., suplemento 1, p. 84-88, São Paulo 2007.

BRASIL. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. IBGE, 2002.

\_\_\_\_\_. Lei 10.639, publicada em 9 de janeiro de 2003. Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional, para incluir no currículo oficial da Rede de Ensino a obrigatoriedade da temática "História e Cultura Afro-Brasileira", e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Aids-DST**. Brasília: MS. Ano VII, n. 1; 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa Estratégico de Ações Afirmativas**: População negra e AIDS. Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS, DF: Março, 2006.

\_\_\_\_\_. IBGE: **Indicadores Sociais**. 2007. Disponível em:<[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>.

CAMILO, M.V.R.F. **Universalidade de acesso enquanto expressão do direito à saúde**. A trajetória histórica do Hospital de Clínicas da UNICAMP: 1966/1996. Dissertação de Mestrado de Serviço Social. PUC-São Paulo, 1997.

FACAMP. Faculdades de Campinas. **Composição da População da RMC por cor/raça**, Ano 4, n. 1, p. 05. Campinas, 2006.

FERREIRA, J. Ministro da Saúde admite que há racismo no atendimento. **O Estado de São Paulo**. 27/10/2006.

GARRIDO, P. B. *et al.* AIDS, estigma e desemprego: implicações para os serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo: Editora USP. 2008. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000900012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000900012)>.

GUIMARÃES, N. A. **Quando a indústria se transforma...** Atores locais e políticas subnacionais de equidade de gênero e raça. São Paulo em Perspectiva, v.18, n.4 p.83 – 92. São Paulo, 2004.

HENRIQUES, R. **Desigualdade Racial no Brasil:** evolução das condições de vida na década de 90. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Texto para discussão nº 807. Rio de Janeiro, 2001.

IPEA INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Políticas Sociais acompanhamento e análise.** Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Edição especial, p. 237- 43, BRASILIA, 2007.

LIBANO, J. C.. *et al.* **Atlas Racial Brasileiro.** PNUD, 2005.

LIMA, C. A. **População Negra e Vulnerabilidade ao HIV.** Disciplina de Epidemiologia Social. Faculdade de Ciências Médicas. UNICAMP, Campinas, 2006.

LOPES, F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: Tópicos em saúde da população negra no Brasil. IN: BATISTA, L. E., KALCKMANN, S (Org). **Temas em Saúde Coletiva.** 3, p. 53-101, São Paulo, 2005.

MEIRELLIS, R. **Preconceito Racial determina desigualdade.** 2004. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/raca/report.Php.id01=695&lav=ra>"

NORONHA, K.V.M.S, ANDRADE, M. V. Desigualdades Sociais em Saúde: evidências empíricas sobre o caso brasileiro. **Revista Econômica do Nordeste.** Fortaleza, vol. 32, n. especial, p. 877-97, Fortaleza, 2002

PNUD/OPAS. **Política Nacional de Saúde da População Negra:** uma questão de equidade. Ministério da Saúde, Manual de doenças mais importantes por razões étnicas da população brasileira afrodescendente, 2001.

POCHMANN, M. *e col.* **Atlas da Exclusão Social no Brasil.** Dinâmica e Manifestação

territorial vol. 2. São Paulo: Cortez Ed., 2003.

SAÚDE BRASIL 2005: **Uma análise da situação de saúde no Brasil**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Situação de Saúde, p. 13, Brasília/DF. 2005.

SIQUEIRA., B., SCHRAMM. R., ROLAND F. A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.1 p.129-42, Rio de Janeiro, 2005.