

PAULO JOÃO

***ABORDAGEM DA TRANSMISSÃO DE HIV/SIDA
EM PROFISSIONAIS DO SEXO EM
LUANDA – ANGOLA – ÁFRICA:
UM DESAFIO CHAMADO ANGOLA***

CAMPINAS

2004

PAULO JOÃO

***ABORDAGEM DA TRANSMISSÃO DE HIV/SIDA
EM PROFISSIONAIS DO SEXO EM
LUANDA – ANGOLA – ÁFRICA:
UM DESAFIO CHAMADO ANGOLA***

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas, para obtenção do título de Mestre
em Saúde Coletiva.*

ORIENTADOR: Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos

CAMPINAS

2004

E	BC
MADA	T/Unicamp
	574a
EX	
BC/	64190
	16.0.00076.05
<input type="checkbox"/>	D <input checked="" type="checkbox"/>
	11.00
	13/06/05

d:352063

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

J574a João, Paulo
 Abordagem da transmissão e HIV/Aids em profissionais de sexo em
 Luanda – Angola – África : um desafio chamado Angola / Paulo João.
 Campinas, SP : [s.n.], 2003.

 Orientador : Gastão Wagner de Sousa Campos
 Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
 Faculdade de Ciências Médicas.

 1. Doenças sexualmente transmissíveis - prevenção. 2. Guerra civil.
 3. Políticas públicas. I. Gastão Wagner de Sousa Campos. II.
 Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.
 III. Título.

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos

Membros:

1. Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos

2. Prof. Dr. Sérgio Resende Carvalho

3. Prof. Dr. Edison Bueno

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 29/08/2003

DEDICATÓRIA

*Ao Sr. Ernesto Sebastião[†], meu cunhado,
meu herói, amigo e conselheiro, o quanto
foi importante na minha vida*

[†] *In memoriam*

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, João Chingui e Maria Pembele, eternos amigos e conselheiros, pois sem eles este trabalho não seria possível.

À Dona Marta dos Anjos Mateus, minha esposa, pela compreensão e colaboração nas horas de angústia.

Às filhas Isabel, Ngombo Maria, Flávia e Paula, por compreenderem os longos períodos de ausência do lar.

Ao Mestre, pai e conselheiro, Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos, ao compartilhar comigo as angústias, e sem a sua orientação e dedicação não seria possível este trabalho.

Aos meus irmãos Pembele, Bibiana, Lucau, Matondo, Sina, Isabel Tunga, Kumba, Joaquim David, João e Miloka, pois suportaram a minha longa ausência do país.

Ao meu irmão inseparável, engenheiro David Tunga e sua esposa Idalina, por tudo o que eles representaram e continuaram a representar em minha vida.

Aos meus tios, Pedro Paulo, José Paulo, Sebastião Paulo, Simão Bengui, Nsingui MPangui (*in memoriam*), Kiabala (*in memoriam*), pelo carinho que sempre me proporcionaram.

Aos meus sogros Sra. Ângela Kiluange e Sr. Manoel Mateus, pelo apoio e colaboração.

Aos meus avós Mpovela[†], Mavando[†], Fuá Kalekelua[†] e Kianguebene[†] pelos ensinamentos e saudades que deixaram.

A todos os integrantes do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas – Unicamp, pela colaboração.

Ao Departamento de Saúde da Prefeitura Municipal de Mogi-Mirim pelo apoio em horas difíceis.

Aos amigos e colegas Aldir Pimenta, William, Silmara Cardoso, Silmara Yokiko Onadi, João Paulo Medeiros, Henrique Zechi, Marcelo Kimati Dias, Gustavo Tenório Cunha, Kelussodi Eduardo, Pedro Dameto Neto, Adriano Neto e Tereza, por terem me ajudado a crescer.

Ao Senhor Rosa, colaborador imprescindível do AALSIDA. Sem o seu apoio não seriam possíveis algumas etapas desta pesquisa.

Ao Dr. Adriano Eurico Chitacumula, por sua colaboração contínua na minha carreira estudantil e profissional.

Ao Valmir, meu amigo e colaborador de todas as horas deste trabalho.

Ao Senhor André Chivanga Barros, Pedro Gomes e Alexandre Dias dos Santos, pelos conselhos e pela amizade fraterna que me proporcionaram.

Ao Eduardo e Geraldo Neto, pela colaboração na análise dos dados.

Ao Dr. Sérgio Carvalho, Prof. Dr. Francisco Hideo Aoki e Prof. Dr. Emersom Elias Merhy, pela colaboração e orientação nos trabalhos.

Aos funcionários dos Arquivos dos Ministérios do Governo de Angola, pela colaboração.

À Divisão dos Serviços de Saúde Militar do Estado Maior, General das Forças Armadas Angolanas pela oportunidade e confiança no meu trabalho.

À Dra. Judith Sachicumbi, por confiar em mim na escolha para Bolsa de Estudo no Brasil em 1990.

Ao Dr. João de Deus, da Divisão dos Serviços de Saúde Militar, pela colaboração com alguns dados desta dissertação.

[†] *In memoriam*

“Nunca duvide de que um pequeno grupo de cidadãos pensantes e comprometidos possa mudar o mundo: na verdade, a única coisa que já mudou o mundo foi isso”

Margaret Mead

	<i>Pág.</i>
RESUMO	<i>xxxiii</i>
ABSTRACT	<i>xxxvii</i>
1 - INTRODUÇÃO	41
1.1 - O país, sua história e seu povo.....	44
1.1.1 - Geografia.....	44
1.1.2 - Recursos naturais.....	45
1.1.3 - Origens à independência.....	46
1.1.4 - Os povos e seus dialetos.....	49
1.1.5 - A guerra civil.....	51
1.1.6 - Refugiados e deslocados angolanos.....	52
1.1.7 - A dura luta pela paz em Angola.....	53
1.1.8 - Ditaduras e potências unidas.....	54
1.1.9 - Negociações.....	54
1.1.10 - As eleições em Angola.....	55
1.1.11 - Lusaka.....	57
1.1.12 - O novo governo de Angola.....	57
1.1.12.1 - Fatores especiais do novo governo de Angola nomeado após as eleições realizadas em setembro de 1992.....	60
1.2 - Estudos realizados pelo Ministério de Saúde de Angola sobre o HIV/SIDA em 2000.....	61
1.2.1 - Situação atual das DST/SIDA em Angola.....	61

1.2.2 - Principais determinantes para a disseminação do HIV em Angola, segundo o governo de Angola e o Ministério de Saúde de Angola.....	65
1.2.2.1 - Determinantes políticos, governamentais e financeiros de Angola.....	65
1.2.2.2 - Determinantes socioeconômicos de Angola.....	66
1.2.2.3 - Determinantes éticos, legais e direitos humanos, segundo governo de Angola e através do Ministério da Saúde.....	66
1.2.2.4 - Determinantes de saúde apontados pelo governo de Angola em conjunto com o Ministério da Saúde.....	67
1.2.2.5 - Informação e comunicação conforme o governo de Angola.....	68
1.2.2.6 - Pesquisa e notificação dos casos segundo o governo de Angola e o Ministério da Saúde.....	68
1.2.2.7 - Formação e capacitação como justifica o Ministério de Saúde de Angola.....	68
1.2.2.8 - Impacto do HIV/SIDA em Angola, conforme o Ministério da Saúde de Angola.....	69
1.3 - Contexto do Sanitarismo, uma breve abordagem sobre as outras moléstias que atingem a população angolana.....	72
1.4 - Uma referência às políticas de saúde locais e as necessidades de mudanças das mesmas.....	75
1.4.1 - O modelo técnico-assistencial existente momento no país.....	75
1.4.2 - A saúde pública na República de Angola hoje.....	78

1.4.3 - O processo gerencial na área de saúde em Angola.....	79
1.4.3.1 - Liderança.....	81
1.4.3.2 - Estratégias e planos do Ministério da Saúde de Angola....	82
1.4.3.3 - Clientes como alvo de qualquer instituição ou organização (no caso o Ministério da Saúde de Angola).....	83
1.4.3.4 - Informações essenciais para todas as organizações (no caso o Ministério da Saúde de Angola).....	83
1.4.3.5 - Pessoas que são peças fundamentais para todas as organizações (aqui o Ministério da Saúde de Angola)...	84
1.4.3.6 - Processos que são as peças bases de funcionamento da organização (aqui o Ministério da Saúde de Angola).....	85
1.4.3.7 - Resultados esperados de uma organização (no caso específico aqui do Ministério da Saúde de Angola).....	85
1.5 - SIDA – Um breve resumo da história e epidemia da SIDA e a manifestação da doença no mundo.....	86
1.5.1 - Introdução.....	86
1.5.2 - Prevenção e controle.....	90
1.5.2.1 - Preservativos.....	91
1.5.2.2 - Espermicidas.....	91
1.5.2.3 - Prevenção em usuários de drogas injetáveis.....	91

1.5.2.4 - Exposição ocupacional.....	92
1.5.2.5 - A vacina.....	93
1.6 - Os fatores que contribuem para a disseminação do vírus HIV-SIDA em Angola.....	95
1.6.1 - Imigração (refugiados e deslocados).....	95
1.6.2 - Prostituição e discriminação a que estão submetidas parte das mulheres dentro da sociedade angolana.....	96
1.6.3 - Pobreza extrema em que vivem a maioria da população Angolana.....	97
1.6.4 - Poligamia livre que se observa na sociedade angolana em geral...	98
1.6.5 - A falta de educação e informação das mulheres Angolanas em geral.....	99
2 - OBJETIVOS.....	101
3 - MATERIAL E MÉTODOS.....	105
3.1 - Coleta de dados.....	107
4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	109
5 - CONCLUSÃO.....	129
6 - RECOMENDAÇÕES.....	135
7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	141
8 - OBRAS CONSULTADAS.....	151
9 - ANEXOS.....	155

LISTA DE ABREVIATURAS

AALSIDA	Associação Angolana de Luta contra a SIDA
ACNUR	Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EUA	Estados Unidos da América
FAA	Forças Armadas Angolanas
FALA	Forças Armadas da Libertação de Angola
FAPLA	Forças Armadas Populares da Libertação de Angola
FNLA	Frente Nacional de Libertação de Angola
GURN	Governo de Unidade e Reconciliação Nacional
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MPLA	Movimento Popular da Libertação de Angola
MONUA	Força de Manutenção de Paz da ONU em Angola
OGE	Orçamento Geral do Estado de Angola
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas

PAM	Programa Alimentação Mundial
PNLS	Programa Nacional de Luta contra SIDA
PNUD	Programas das Nações Unidas para o Desenvolvimento Humano
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
Sobas	Chefe tradicional das aldeias
UDI	Usuário de Drogas Injetáveis
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância
UNITA	União Nacional para a Independência Total de Angola

LISTA DE TABELAS

	<i>Pág.</i>
Tabela 1 - Características políticas e socioeconômicas de Angola.....	59
Tabela 2 - Estimativas do HIV/SIDA em Angola.....	64
Tabela 3 - Escolaridade das profissionais de sexo entrevistadas nos três deslocamentos à Luanda entre 2000 e 2002.....	117
Tabela 4 - Bairros de residência das profissionais de sexo entrevistadas nos três deslocamentos à Luanda entre 2000 e 2002.....	118
Tabela 5 - Estado marital das profissionais de sexo entrevistadas nos três deslocamentos à Luanda entre 2000 e 2002.....	119
Tabela 6 - Homens casados.....	120
Tabela 7 - Homens solteiros.....	120
Tabela 8 - Homens viúvos.....	120
Tabela 9 - Homens separados.....	121
Tabela 10 - Homens estrangeiros.....	121
Tabela 11 - Relações sexuais como forma de transmissão do vírus HIV.....	122
Tabela 12 - Transfusão de sangue como forma de transmissão do vírus HIV.....	122
Tabela 13 - Forma vertical como forma de transmissão do vírus HIV.....	122
Tabela 14 - Uso de drogas injetáveis como forma de transmissão do vírus HIV.....	122

Tabela 15 - Acidente de trabalho com agulhas ou outros materiais perfuro-cortantes como forma de transmissão do vírus HIV.....	123
Tabela 16 - Caso a profissional entrevistada na ocasião fizesse exames e fosse confirmado que tem HIV/SIDA falaria a alguém?.....	123
Tabela 17 - Mesmo assim sabendo que a profissional entrevistada na ocasião tivesse o vírus HIV continuaria trabalhando como profissional de sexo da mesma forma como antes do resultado dos exames?.....	124
Tabela 18 - Teste de conhecimento das profissionais de sexo sobre a doença causada pelo HIV - Sabe que SIDA é uma doença que não tem cura?..	124
Tabela 19 - A profissional já teve DST?.....	125
Tabela 20 - A profissional já sofreu alguma transfusão de sangue ou derivados?...	125
Tabela 21 - A profissional já usou drogas?.....	125
Tabela 22 - A profissional sabia se o parceiro tinha DST?.....	126
Tabela 23 - A profissional sabia se o parceiro já sofreu alguma transfusão de sangue ou derivados?.....	126
Tabela 24 - A profissional sabia se o parceiro já usou drogas?.....	127
Tabela 25 - A profissional sabia se o parceiro era portador do HIV?.....	127
Tabela 26 - Preferência sexual da profissional entrevistada em Luanda.....	128
Tabela 27 - Sobre a prevenção nas profissionais de sexo entrevistadas nos três deslocamentos para Luana de 2000 a 2003.....	128

LISTA DE FIGURAS

	<i>Pág.</i>
Figura 1 - Acumulativo de casos de SIDA em Angola.....	61
Figura 2 - Distribuição dos casos de SIDA por idade e sexo.....	62
Figura 3 - Modos de transmissão em geral em Angola.....	63
Figura 4 - Distribuição de casos de SIDA por províncias.....	64
Figura 5 - Projeção das pessoas infectadas e afetadas pelo HIV/SIDA em Angola.....	70
Figura 6 - Total de mortes estimadas pelo HIV/SIDA em Angola.....	70
Figura 7 - Impacto demográfico da SIDA na população angolana.....	71
Figura 8 - Impacto da SIDA em nível de esperança de vida ao nascer.....	72

RESUMO



O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) continua a se disseminar por todo o mundo atingindo comunidades que antes eram pouco vulneráveis à epidemia e a sua virulência está aumentando em áreas nas quais a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) já é a principal causa de mortalidade em adultos (entre 15 e 49 anos).

Cerca de 40 milhões de pessoas ao redor do mundo estão infectadas pelo HIV e a maioria dos casos encontra-se em países em desenvolvimento. Pelo menos 86% dessas pessoas infectadas se encontram na África Subsaariana, onde se localiza a República de Angola. A doença é responsável pela morte de mais de 25 milhões de homens, mulheres e crianças em todo o mundo.

O objetivo deste trabalho foi fazer uma abordagem da transmissão de HIV/SIDA em profissionais do sexo em Luanda com o intuito de colocar à disposição do Ministério da Saúde de Angola, autoridades e sociedade civil, mais uma ferramenta que possa auxiliar no planejamento, execução e avaliação das políticas públicas de saúde dentro do país.

Realizou-se um estudo baseado em pesquisa com as profissionais de sexo, residentes na cidade de Luanda, capital de Angola, através de uma entrevista semi-estruturada com 180 mulheres em três etapas.

Oportunamente também foram realizadas visitas em serviços públicos de saúde, com o intuito de se inteirar sobre o modelo técnico assistencial vigente.

Após a realização do trabalho de campo foram analisados, também, documentos de vários ministérios de Angola e bibliografias sobre HIV/SIDA e outras que discutem a excelência nos serviços de saúde.

Como resultado do trabalho foi constatado o comportamento das profissionais perante a doença, que apontou alguns caminhos para alavancar algumas políticas de saúde no país.

Por último, o trabalho propõe algumas recomendações de medidas preventivas e sobre algumas políticas a serem adotadas e implementadas, dependendo das estratégias e situação real, pois deles dependeram a estagnação ou então a transmissão avassaladora do vírus HIV-SIDA em todo o território angolano.

ABSTRACT



The Human Immunodeficiency Vírus (HIV) continues to be disseminated all over the world striking communities that were once not vulnerable to the epidemy. Moreover, its virulence is increasing in areas in which SIDA is currently the main death cause in adults (among 15 and 49 years old).

An average of 40 million people around the world is infected by the HIV virus, most of who live in countries in development. At least 86% of these people live in Sub-Saharan Africa, where the Republic of Angola is located. The disease is responsible for the death of over 25 million men, women and children all over the world.

This paper sets out to state the transmission of HIV/SIDA among *sex professionals* in Luanda, in order to provide the Health Ministry of Angola, authorities and civil population, with further information to help the planning, execution and evaluation of public politics concerning the health care in the country.

Analysis based on a research among 180 *sex professionals*, who live in Luanda (the capital of Angola), was done. An oral survey, along with an interview divided into three phases, was accomplished.

Visits to public health centers were also necessary, to identify what types of technical model were used.

After the field work analysis, data from several Ministries from Angola were studied. Bibliography about HIV/SIDA and other materials that board excellence in health care were as well precious sources.

As result of the research, the behavior of the *sex professionals* towards the disease, has indicated some manners to introduce efficient public politics concerning to HIV/SIDA matters.

Finally, the job proposes preventive measures recommendations and some politics to be adopted, depending on the strategy and the real situation, all of which have contributed to the stagnation or the overpowering transmission of HIV/SIDA throughout the country.

1 - INTRODUÇÃO

O avanço considerável da contaminação pelo vírus HIV no mundo tem preocupado todos os países do mundo e em Angola não é diferente.

Construir políticas públicas de excelência na área de saúde e em todas as áreas sociais tem sido um desafio e uma meta para toda a nação angolana principalmente neste momento de PAZ iniciado em abril de 2002.

O trabalho de campo que consta nesta dissertação, foi realizado na República de Angola, precisamente na cidade de Luanda, sua capital, e o grupo pesquisado foi as profissionais de sexo que atuam nas principais praças ou mercados de Luanda como “Prenda e o Roque Santeiro”.

Todo trabalho tem os seus objetivos, e este se propôs a realizar uma pesquisa baseada na abordagem da transmissão de HIV numa determinada categoria, no caso, as profissionais de sexo, e produzir mais uma ferramenta que ficará à disposição de todos na longa luta de combate ao HIV/SIDA, principalmente em Angola. Fornecer alguns subsídios das políticas públicas também é um dos objetivos.

Documentos básicos de vários ministérios e várias formas de administração pública de qualidade foram estudados e como parte do trabalho foram apresentadas aqui algumas sugestões para aplicação prática local, porque nada pode ser simplesmente copiado neste campo, já que são localidades diferentes e as condições de toda natureza também são diferentes.

Antes de aprofundar na abordagem deste trabalho será apresentado um breve histórico da República de Angola por uma questão de atualização geográfica e política.

1.1 - O PAÍS, SUA HISTÓRIA E SEU POVO

1.1.1 - Geografia

A apresentação sucinta da República de Angola nesta primeira parte é um recorte de documentos apresentados por integrantes de vários ministérios do governo de Angola (Educação, Cultura, Reinserção Social, Defesa Nacional e Saúde).

Angola está situada na região Oeste do Sul da África. O seu território corresponde a uma costa de 1.650 Km e a 4.837 Km de território fronteiriço.

A Província de Cabinda é a que fica mais a Norte e forma um pequeno território separado do resto do país pela República Democrática do Congo e que confina a Norte e Noroeste com o Congo. A República Democrática do Congo faz fronteira a Norte e Noroeste, a Zâmbia a Sudeste e a Namíbia a Sul. O território pode ser dividido em seis áreas geomorfológicas: área costeira, com cadeia de montanhas marginal, o velho planalto, a bacia do Zaire, a bacia do Zambeze e do Cubango. As bacias ocupam 60% do território que se caracteriza por planaltos nas terras interiores e pelo relevo do Talude Atlântico que desce em degraus até o oceano. Cerca de 65% do território está situado a uma altitude entre os 1000 e 1600 m. Na região central situam-se os pontos mais altos: Monte Moco (2.620 m), e o Monte Meço (2.538 m).

No planalto central do país, encontram-se as origens dos mais importantes rios que correm em três direções: (Atlântico) Leste > Oeste, Sudeste > Sul e Norte. Estas são as cinco bacias hidrográficas: Zaire, Kwanza, Cunene, Cubango e Queve.

CLIMA

Angola tem duas estações. A das chuvas e a cacimbo. A cacimbo ou estação seca é menos quente, durando normalmente de maio a setembro. A estação chuvosa é a mais quente, dura normalmente de setembro a abril. As chuvas e a variação anual das temperaturas são duas características comuns a todas as regiões.

A localização de Angola na região intertropical e subtropical do Hemisfério Sul, a proximidade do mar, a corrente fria do Mar de Benguela e o relevo são fatores que determinam e caracterizam duas regiões diferentes no que diz respeito ao clima.

Região Costeira – Com uma umidade relativa média acima dos 30%, uma pluviosidade média anual abaixo dos 600mm, decrescente de Norte para Sul, sendo de 800mm na zona costeira de Cabinda e no Sul (Namibe) de 50mm. A temperatura média é superior a 23°C.

Região Interior – Está dividida em três áreas: zona Norte com grande pluviosidade e altas temperaturas, zona formada pela região do planalto central, que se caracteriza por uma temperatura média anual perto dos 19°C, com uma estação seca de temperaturas mínimas; zona SW, semideserta devido à proximidade do deserto de Calaári. Baixas temperaturas na estação seca, e altas na estação quente. Esta região sofre a influência de grandes massas de ar tropical.

1.1.2 - Recursos naturais

Angola é um país abençoado, uma vez que tem uma grande diversidade de recursos naturais. Os recursos minerais são a maior riqueza do país, sendo o petróleo o líder, seguido pelos diamantes. Há ainda outros recursos, como o ferro, manganês, cobre, fosfato, granito, mármore e minerais raros. Os principais poços de petróleo estão situados perto da costa, nas províncias de Cabinda e do Zaire (Soyo) no Norte.

A área de diamantes nas Lundas, considerada uma das mais importantes do mundo, é grandemente admirada pela sua qualidade. Com uma costa de 1.650 Km, Angola possui um mar rico em peixes, moluscos e crustáceos. A maior atividade está situada na Província do Namibe, onde as espécies de água fria são predominantes. As espécies tropicais aparecem no Norte, na província de Benguela, onde a pesca desempenha um papel importante.

Os recursos florestais são outra riqueza e estão situados principalmente em Cabinda (floresta de Maiombe), onde existe madeira de grande valor econômico como por exemplo o pau-preto, o pau-ferro, o ébano e o sândalo africano. O potencial energético dos rios angolanos é enorme. Diz-se que só o Rio Kwanza produziria 30 mil milhões de Kwanzas por ano.

1.1.3 - Origens à independência

O território é habitado desde a Idade da Pedra, como mostram as pinturas rupestres ao longo da costa. Foi na Idade do Ferro que apareceram as primeiras migrações de povos mais desenvolvidos, os bantu.

Vindos do Norte, provavelmente da região dos Camarões, trouxeram com eles novas técnicas – metalurgia, cerâmica e a agricultura, totalmente adaptadas pelos nativos, criando a partir desse momento, as primeiras comunidades agrícolas.

A primeira migração de agricultores em Angola ocorreu lentamente, ao longo de muitos séculos, dando forma às diferenças étnicas que perduraram até os atuais dias. Este processo de fixação ocorreu até o Século X, começando nessa altura a formação de grupos étnicos e a conseqüente formação de reinos. Alguns grupos étnicos, como os ovimbundu, formaram vários estados mantendo a união, de um antigo mas comum passado embora por vezes um pouco longínquo.

Provavelmente, as autonomias só ficaram definidas no Séc. XIII, mas só mais tarde, no Séc. XIX, o processo ficaria completo. Os reinos surgiram devido ao estabelecimento do poder centralizado num chefe com linhagem (Mani), que usando o seu prestígio e o seu poder econômico, conquistou o respeito da comunidade.

Os Estados formados são a prova da organização política da comunidade e apareceram em diferentes e distanciadas épocas. Enquanto o reino de Ndongo lutava com os portugueses (Séc. XVI) para preservar a sua unidade, o Kongo estabelecia com a Europa relações comerciais regulares, e o reino de Luanda ainda não tinha sido fundado. Em 1482,

a frota portuguesa chegava, comandada por Diogo Cão e desde logo muitas mudanças ocorreram na estrutura social e econômica das comunidades locais. Nos primeiros tempos da influência portuguesa, no final do Séc. XV, havia uma boa relação entre o reino do Kongo e Portugal, com trocas aparentemente proveitosas para ambas as partes. Durante o Séc. XVI, os Portugueses desceram a costa até o Sul e entraram no planalto até o Norte do Rio Kwanza, chegando finalmente ao reino de Ngola (Ndongo) ao qual chamaram Angola. Supõe-se que a fundação de Ndongo se reporta aos Séculos. XIV e XV e que manteve uma interessante relação comercial com os seus vizinhos. Quando os portugueses chegaram, no Século XVI, o rei era Ngola Kiluanji.

Mais tarde (1576-1605), os interesses portugueses recaíram no grande potencial de minerais que possuía o reino de Ndongo. Depois, entre 1605 e 1641, o propósito dos portugueses virou-se para a liderança política do território, começando grandes campanhas militares de modo a conquistar o interior.

A troca de escravos tornou-se o maior negócio dos portugueses e africanos. Este novo negócio provocou um êxodo de trabalhadores, o que fez com que os campos ficassem sem trabalhadores, causando uma grande instabilidade social e política nas comunidades locais. O rei de Ndongo, Ngola Kiluanji, depressa disse não à submissão perante a Coroa Portuguesa, provocando fortes movimentos militares de forma a recuperar o poder à força. O controle daquela área iria possibilitar a captura de escravos.

Os chefes de Ngola resistiram devido à ajuda da rainha Njinga Mbande, considerada uma excelente política e o seu poder permaneceu durante décadas. O controle do território, contudo, não era tarefa fácil. Os reinos de Matambe e Kassange mantiveram a sua independência até o Século XIX. Em 1617, Manuel Cerveira Pereira chegou à Costa Sul, submetendo os sobas de Mudombe e Hanha ao seu poder e fundaram o reino de Benguela. Aqui, tal como Luanda, existia uma pequena colônia administrativa.

As lutas territoriais pelas terras da África envolveram países econômica e militarmente mais fortes como a França, a Inglaterra e a Alemanha, o que provocou grandes problemas para Portugal. Assim, Lisboa começou a sentir necessidade de um controle mais eficaz do território conquistado e também de reconstruir a sua política colonial tendo como

meta uma permanente ocupação do território. A partilha do continente iria dar-se mais tarde, durante a Conferência de Berlim. Em 1869, os territórios controlados pelos portugueses, Angola e Benguela, tornaram-se uma unidade, com o estatuto de Província. Antes desta data, o grande acontecimento foi a Abolição da Escravatura. Esta, no entanto, não desapareceu tão rapidamente como se esperava. Houve períodos de mudança, durante os quais ocorreram grandes abusos e o tráfico aumentou, com a conseqüente revolta da população. Dizem alguns historiadores que no final do Século XIX a presença dos portugueses no território era amorfa, não oficial e algumas vezes um caos.

A presença de competição européia tornou-se mais forte desde que estes trataram da ocupação do território de uma forma organizada. Esta nova situação obrigou as autoridades portuguesas a fazer em expedições com o objetivo de reconhecer e conquistar o resto do território. No entanto não foi uma tarefa fácil devido à resistência dos reis do Kongo. As campanhas nos planaltos no início do século revelaram a resistência da população e o poder dos reis do Bailundo e de outros reinos independentes, o que se tornou num obstáculo para o controle completo do território até o fim do primeiro quarto do Séc. XX.

Em mais nenhuma parte da África tropical, qualquer poder colonial teve de usar tantos homens durante tanto tempo para afinal conquistar tão poucos inimigos – enfatiza o historiador Palissier (ANGOLA, 2001).

Além do longo e difícil estabelecimento, o final do Séc. XIX iria marcar a organização de uma administração colonial de acordo com o espaço e com os homens a serem controlados. A estratégia escolhida para controlar a economia era baseada, principalmente, na agricultura e na exportação de matérias-primas que a colônia produzia. O comércio de borracha, marfim e outros bens, deram grandes lucros à Lisboa, incluindo impostos cobrados à população. O início do Séc. XX marcou outras mudanças na política portuguesa em Angola. A Coroa, apesar dos fracos recursos, decidiu desenvolver a colônia, mas não o fez de uma forma muito convincente.

A queda da monarquia em Portugal e uma favorável situação internacional levariam a novas mudanças para um nível administrativo, educativo e agrícola. O Estado Novo nasce e estende-se à Angola desde logo. Para os novos líderes, Angola era mais uma

Província Portuguesa. A presente situação era aparentemente calma. No segundo quarto do Séc. XX, esta situação calma tornou-se agitada com a criação de movimentos nacionalistas. A formação de organizações políticas começou na década de 50 com a defesa dos seus direitos. Promoveram várias campanhas diplomáticas mundiais gritando pela Independência.

As organizações mais conhecidas envolvidas na luta são o MPLA (Movimento Popular da Libertação de Angola) fundado em 1956; FNLA (Frente Nacional para a Libertação de Angola) que surgiu em 1961 e a UNITA (União Nacional para a Independência Total de Angola) em 1966. Depois de muitos anos de guerra, o país alcança finalmente a Independência em 11 de novembro de 1975.

1.1.4 - Os povos e seus dialetos

A grande maioria de cerca de 11 ou 12 milhões de habitantes que formam a população de Angola é de origem bantu. No entanto, outra considerável parte é formada por misturas que começaram muito cedo: primeiramente, entre os diversos grupos que migraram para o território e depois os europeus, na grande maioria portugueses durante a colonização. Existem ainda algumas minorias que não são bantu, como os bochimane e um considerável número de europeus.

Há 3000 ou talvez 4000 anos atrás, os Bantu saíram da selva equatorial (a região que hoje é ocupada pelos Camarões e pela Nigéria), e dividiram-se em dois movimentos diferentes: para o Sul e para Este criando a maior migração jamais vista na África.

De causa desconhecida, esta migração continuou até o Séc. XIX. A selva equatorial era uma área de passagem impossível. Só o machado ou o cutelo, a rápida e nutritiva produção de banana e o inhame possibilitaram uma façanha que durou séculos. O excelente nível de nutrição deu lugar a uma invulgar explosão demográfica.

A exuberância da selva equatorial, os rios e lagos das grandes savanas, tão bons para a agricultura e a descoberta do ferro, um mineral muito comum na África, deram força à grande aventura. Caminhando sempre em direção ao Sul, estes vigorosos armados, organizados e jovens povos, venceram e fizeram escravos os indefesos pigmeus e os bochimane. O nome bantu não se refere a uma unidade racial. A sua formação e migração originaram uma enorme variedade de cruzamentos.

Existem aproximadamente 500 povos bantu. Assim, não se pode falar de uma raça bantu, mas sim de povo bantu, isto significa uma comunidade cultural com uma civilização comum e linguagens similares. Depois de muitos séculos de movimentações, cruzamentos, guerras e doenças, os grupos bantu mantiveram as raízes da sua origem comum.

A palavra bantu aplica-se a uma civilização que manteve a sua unidade e foi desenvolvida por pessoas de raça negra. O radical *ntu*, vulgar para a maioria das línguas bantu, significa homem, ser humano e *ba* é o plural. Assim, bantu significa homens, seres humanos. Os dialetos bantu, e existem centenas, têm uma semelhança que só pode ser justificada por uma origem comum.

Os povos bantu, além do semelhante nível lingüístico, mantiveram uma base de crenças, rituais e costumes muito similares, uma cultura com características idênticas e específicas que os tornam semelhantes e agrupados.

Fora da sua identidade social, são caracterizados por: uma tecnologia variada, uma escultura de grande originalidade estilística, uma incrível sabedoria empírica e um discurso forte e interessante com sinais de expressão intelectual. As línguas faladas hoje em Angola são por ordem de antiguidade: bochiman, bantu e português.

Das três, só o português tem uma forma escrita. Os dialetos bantu apresentam uma unidade genealógica. Homburger, um eminente estudioso do bantu, diz que o primeiro ponto obtido no domínio da lingüística comparada foi a unidade dos povos bantu. Também diz, levando em conta a história desta unidade, que os primeiros descobridores portugueses viram que os angolanos conseguiam se comunicar com os povos da costa Moçambicana (Angola, 1991).

Os bantu angolanos estão divididos em nove grupos etnolinguísticos: Quicongo, Quimbundo, Luanda-Qioco (Tchôkwe), Mbundo, Ganguela, Nhaneca-Humbe, Ambó, Herero e Xindonga que por seu turno estão subdivididos em cerca de 100 subgrupos, tradicionalmente chamadas tribos (Angola, 1991).

Estes dados foram obtidos nos arquivos do Ministério de Educação e do Ministério da Cultura e também foram publicados no Jornal de Angola, datados em 11 de novembro de 1991 (Edição Especial comemorativa da Independência Nacional) sob o título Balanço e Perspectivas na área de Assuntos Sociais.

1.1.5 - A guerra civil

Estes dados foram obtidos nos arquivos do Ministério da Assistência e Reinserção Social, Ministério da Defesa Nacional e de Administração do território do Governo de Angola de 2000 a 2002.

Angola, país conhecido como um dos mais ricos da África, em recursos minerais, viveu (vive ainda hoje embora a paz presente) uma das maiores catástrofes humanitárias do século XX.

Angola é o pior país do mundo para uma criança viver, segundo o relatório da UNICEF, 1999 (Fundo das Nações Unidas para a Infância), devido à situação da guerra civil, fome, desnutrição grave, etc...

A guerra civil, que atingiu o país envolvendo o governo e os então rebeldes, dividiu o país, arrasou a infra-estrutura econômica, provocou deslocamento de milhares de refugiados, golpeou o frágil sistema de saúde e resultou no surgimento de vários campos de refugiados com condições precárias de higiene.

Os sucessivos conflitos que atingiram Angola nas três últimas décadas provocaram um êxodo de milhões de pessoas para os países vizinhos, tendo as Nações Unidas e o ACNUR (Alto Comissariado das Nações para os Refugiados) estimado em cerca de 4,4 milhões o total de refugiados nos países vizinhos de Angola.

Como resultado, a guerra produziu mais ou menos 10 milhões de minas terrestres que estão espalhadas pelo território do país, somente 24% da população têm acesso a serviço de saúde, 31% têm acesso à água potável e mais ou menos 170 por mil é o índice de mortalidade infantil no país (ONU e OMS, 1993)

Durante a Guerra Fria e por causa de enfrentamentos ideológicos de então a UNITA que dominava algumas regiões de diamantes, recebeu apoio explícito dos Estados Unidos da América, da França e da África do Sul, principalmente no regime de segregação racial vigente na África do Sul na época.

O MPLA que ainda governa o país, era apoiado pela República de Cuba e ex-União Soviética, cuja economia era baseada em exploração de petróleo, diamantes e outras riquezas que o país possui.

1.1.6 - Refugiados e deslocados angolanos

Em 1998, o reinício intenso da guerra (que havia sido interrompida momentaneamente por acordo de paz), frustrou a repatriação de cerca de 220 mil angolanos refugiados em outros países e forçou 1,5 milhões a deixar suas casas.

Esse deslocamento interno que hoje é mais ou menos de 2,6 milhões, se dirigiu a campos próximos das principais cidades do país, onde supostamente encontrariam alguma segurança.

A guerra civil como foi aqui já escrito, trouxe uma triste história para todos angolanos onde quer que estejam, pois não será fácil curar as cicatrizes das feridas por ela aberta. Porém ela tem também alguns pontos que podem ser considerados como positivos dentro do mundo contemporâneo.

A afirmação acima se baseia no principal tema da presente pesquisa, que são os principais fatores de transmissão do vírus HIV-SIDA dentro do território angolano, o total de adultos e de crianças portadores do HIV ou doente de SIDA, no final de 2002, era de cerca de 40 milhões em todo o mundo e, na África Subsaariana, cerca de 28 milhões portadores ou doentes.

Os países fronteiriços de Angola têm um índice de contaminação elevadíssimo como República Democrática do Congo-30%, Botsuana-40% e África do Sul de 20%. Segundo dados da ONU/SIDA, em 2002, Angola é o país da África subsaariana com menos portadores do vírus HIV-SIDA, tendo a guerra civil como principal causa desse baixo percentual (PNLS, 1997)

Existe hoje um grande temor com o fim da guerra civil: um êxodo de população dos países vizinhos altamente contaminados para a República de Angola espalhando de uma forma incontrolada o vírus HIV-SIDA, por isso a necessidade de medidas conjuntas dentro do Continente, sobre a prevenção e combate da SIDA.

1.1.7 - A dura luta pela paz em Angola

Angola foi a última colônia portuguesa a tornar-se independente. Mesmo assim, a Proclamação da Independência, em 11 de novembro de 1975, deu início a uma guerra fratricida que durou até o primeiro trimestre de 2002. Se forem considerados os movimentos pela independência, iniciados em 1961, o país estava mergulhado em conflitos havia 38 anos. A UNITA, cujo líder tombou, em combate, a 22 de fevereiro de 2002, tornou-se o maior fator de degradação humana em Angola, levando a fome e o horror a milhares de civis por todo país.

Dos três movimentos nacionalistas que lutavam pela libertação do país, o Movimento Popular pela Libertação de Angola (MPLA), a União Nacional pela Libertação Total de Angola (UNITA), esta comandada por Savimbi, e a Frente Nacional de Libertação de Angola (FNLA), somente o primeiro foi considerado pela Organização da Unidade Africana (OUA), em novembro de 1964, como o único com capacidade para combater o colonialismo português e assumir o poder no país. De fato, o MPLA foi o primeiro e mais atuante movimento a ser organizado em Angola. Tanto que a OUA reconheceu a legitimidade do governo de Agostino Neto, que declarou a independência e assumiu a presidência do país.

Mesmo assim, a FNLA e a UNITA iniciaram uma sangrenta guerra contra o MPLA. Apoiados por países africanos e por grandes potências mundiais, esses movimentos justificavam as suas atitudes de estarem a combater a orientação socialista do MPLA.

1.1.8 - Ditaduras e potências unidas

A libertação de Angola do jugo colonialista português deu força a outros movimentos similares no continente africano, como a SWAPO, na Namíbia, e o ANC, na África do Sul. Ambos lutavam contra a dominação dos racistas sul-africanos. Também atraiu a ira de Mobutu Sese Seko, do ex-Zaire. (ANGOLA, 2000)

Dessa forma, forças do Zaire e da racista África do Sul invadiram Angola imediatamente, em apoio à FNLA e à UNITA, respectivamente. Sob a ameaça de sucumbir às ditaduras, Agostino Neto recorreu à ajuda de Cuba, que auxiliou com grande contingente de homens e também com logística. Isso ocasionou, já em 1976, a derrota da FNLA, afastamento do Zaire e a desarticulação quase total da UNITA.

Países como o Irã, França, Arábia Saudita, Marrocos, e, depois, novamente o Zaire, uniram-se para apoiar a UNITA com soldados e logística. A esse grupo, juntou-se a África do Sul, em 1979, com a eleição de Pieter Botha para primeiro-ministro. Em 1981, com a ascensão de Ronald Reagan à presidência dos Estados Unidos da América, que houve apoio financeiro e logístico à UNITA.

Com todo o seu poderio, a UNITA chegou a dominar quase dois terços do território angolano, embora sempre tenha tido dificuldades em penetrar nas áreas mais populosas e economicamente mais desenvolvidas do país.

(Dados obtidos nos arquivos do Ministério de Educação e do Ministério da Cultura, 2001).

1.1.9 - Negociações

Agostinho Neto morreu em 1979, tendo sido sucedido no poder por José Eduardo dos Santos, fato que, no entanto, não reduziu o comportamento da UNITA. As crescentes pressões que os EUA sofriam para condenar o regime do apartheid, na África do Sul, levavam cada vez mais o mundo a ver que uma solução negociada para o conflito era o único caminho para acabar com sua internacionalização.

Em dezembro de 1988, a Ilha do Governador, em Nova Iorque, foi palco do encontro histórico entre os governos da África do Sul, Angola e de Cuba, sob mediação dos EUA. A retirada das tropas sul-africanas e cubanas era o ponto determinante do acordo que também previa a negociação de paz entre o governo de Angola e a UNITA, e a definição por parte da África do Sul de uma data para a independência da Namíbia.

Com efeito, os soldados estrangeiros retiraram-se de Angola, obedecendo a um cronograma, e a Namíbia tornou-se independente, em março de 1990. Esse fato testemunha a importância que Angola teve na libertação da Namíbia e no derrubada, posterior, do regime do apartheid na África do Sul.

Tiveram então início as negociações para resolver os conflitos internos, iniciando-se com a Cimeira de Franceville, no Gabão, em outubro de 1988, seguida da reunião de oito chefes de estado africanos, em Luanda. Esses encontros criaram condições para a Cimeira de Gbadolite, no Zaire, em junho de 1989. O encontro deu origem aos Acordos de Gbadolite, com a boa vontade de Angola e de quase 20 chefes de Estado Africano em que atuam sob mediação de Mobutu Sese Seko.

Dois anos depois, representantes da UNITA e do governo de Angola encontraram-se em Bicesse, Portugal. Ao contrário do encontro de Gbadolite, esta cimeira terminou com um amplo acordo assinado pelas duas partes, ampliando as esperanças de paz em Angola. Foi estabelecido um grande cronograma que culminaria com a realização das primeiras eleições livres e democráticas em Angola, que seriam supervisionadas pelas Nações Unidas.

O governo e a UNITA (FAPLA e FALA, respectivamente), também deveriam dissolver seus exércitos e formar um único, as Forças Armadas Angolanas (FAA).

1.1.10 - As eleições em Angola

O governo cumpriu os seus compromissos: desmobilizou grande parte de seu exército, de quase 400 mil homens, garantiu a liberdade dos partidos políticos e programou eleições presidenciais e legislativas para setembro de 1992. Durante a campanha, que

trouxe um clima de relativa paz ao país, a UNITA começou a mostrar os seus reais desígnios. Com um aparato de segurança ameaçador, intimidava a população, começava a admitir atentados que antes negava, deixando claro que não aceitaria outro resultado no pleito que não fosse sua vitória.

O MPLA derrotou a UNITA por 54% a 34% dos votos nas eleições legislativas, enquanto para a presidência, José Eduardo dos Santos teve 49,6% dos votos, e o líder da UNITA, 40,1%. Apesar da vitória, o acordo previa que, se nenhum candidato alcançasse 50% dos votos, haveria nova volta na eleição (ANGOLA, 2000)

Mas essa volta não chegou a ser realizada. A UNITA alegou fraudes na votação, contrariando o parecer de toda a comunidade internacional, inclusive da representante especial do secretário geral das Nações Unidas, Margareth Anstee. O líder da UNITA, assim, retirou-se para a província de Huambo e ordenou o reinício da guerra em grande escala. As FAPLAs haviam sido desmoralizadas, as FAAs ainda estavam em formação, mas as FALAs continuavam intactas. Havia dois objetivos: controlar totalmente o país, ou, pelo menos, grande parte dele, inclusive o intuito de criar a “Angola do Sul”.

Os apelos internacionais levaram novamente os beligerantes a mesas de negociações ou seja, a reabertura das vias diplomáticas.

Vários encontros que pretendiam retomar as negociações foram realizados sob os auspícios das Nações Unidas: Namibe, no sul de Angola, em 1992; em Addis Abeba, na Etiópia, entre janeiro e março de 1993; e em Abidjan, na Costa do Marfim, em abril e maio de 1993. Todos fracassaram devido à intransigência dos negociadores da UNITA.

Em Abidjan, seis semanas de negociações foram desperdiçadas quando a UNITA se recusou a assinar um acordo com 38 pontos. A UNITA exigia que tropas da ONU entrassem em ação enquanto os exércitos da UNITA e as FAAs se acantonariam. As Nações Unidas determinaram, após as eleições de 1992, a retirada das tropas da UNITA dos territórios ocupados. A guerra recrudescia ainda mais (ANGOLA, 2002).

(Dados obtidos nos arquivos do Ministério de Educação e do Ministério da Cultura, 1991 e Ministério da Defesa Nacional de Angola,2002).

1.1.11 - Lusaka

No dia 20 de novembro de 1994, após meses de difíceis negociações, o então ministro das Relações Exteriores de Angola, Venâncio de Moura, e o então Secretário Geral da UNITA, Engénio Manuvakola, assinaram o Protocolo de Lusaka, na Zâmbia, que retomava pontos básicos do Acordo de Bicesse. (ANGOLA, 2002).

Havia a esperança de que este novo acordo traria paz definitiva devido a algumas boas razões: a Guerra Fria tinha terminado, e o mundo começava a voltar-se mais para a defesa dos direitos humanos. E principalmente porque, em maio de 1993, os EUA, na figura do presidente Bill Clinton, finalmente, reconheceram o Governo de Angola.

Mais que reparar a injustiça de seus antecessores, o presidente norte-americano tinha o objetivo de esvaziar qualquer conotação política que pudesse haver nos atos da UNITA.

Entre outras coisas, o Protocolo de Lusaka previa a criação de um governo de reconciliação nacional, reiterava a necessidade de desmobilização das forças militares de ambos os lados, e, igualmente, a entrega às autoridades governamentais das áreas controladas pela UNITA.

Apesar dos esforços das Nações Unidas, novamente pouco saiu como previsto, a começar pela desmobilização das tropas. As FAAs reduziram o seu efetivo para apenas 70 mil homens, mas a UNITA continuava relutante em integrar seus homens no exército único.

1.1.12 - O novo governo de Angola

O presidente da República empossou, em abril de 1997, o Governo de Unidade e Reconciliação Nacional (GURN), medida que deveria ser colocada em prática apenas depois da entrega dos territórios ocupados pelos guerrilheiros. Assim, a UNITA passou a integrar vários ministérios e a ocupar 70 lugares na Assembléia Nacional, vagos desde a interrupção do processo eleitoral de 1992. Durante todo esse processo a UNITA não cedeu seu território.

A guerra continuou até que o líder guerrilheiro tombou, em combate, em 22 de fevereiro de 2002. Após quase 40 anos de conflitos, cinco em cada seis angolanos nunca conheceram a paz. Desconhecem-se os números exatos, mas os mortos elevam-se a mais de 1 milhão. Cerca de 4 milhões de pessoas, um terço da população, são deslocados de guerra, que foram obrigados a deixarem seus locais de origem.

Angola, que tem uma das maiores jazidas de diamantes do planeta e com uma produção de 800 mil barris de petróleo por dia, não conseguiu, devido às reiteradas ações criminosas da guerrilha, desfrutar dessa riqueza e dar melhores condições de vida à sua população. O país figura apenas como o 160º colocado mundialmente no ranking do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

Com a morte do líder dos guerrilheiros, contatos exploratórios tiveram início, no Luena, Moxico, entre as forças residuais da UNITA e as FAAs, processo que culminou na assinatura, em 4 de abril de 2002, de um Protocolo de Entendimento entre as partes. Em 29 do mesmo mês e ano, era assinado, em Luanda, o documento que punha fim à guerra em Angola e abria as portas para a reconstrução do país, a reconciliação de todos os angolanos e a reinserção social daqueles que nada mais souberam fazer que a guerra.

O acantonamento das tropas da UNITA, a absorção de parte delas no exército nacional, o reassentamento da população deslocada nos seus locais de origem, bem como o enquadramento social dos antigos guerrilheiros, são as principais tarefas que o governo angolano tem como prioridade, a par da reconstrução das infra-estruturas econômicas e sociais destruídas durante a guerra. Tarefas que, dada a sua amplitude, exigem todo um esforço suplementar de parte de todos os angolanos, para além do concurso da comunidade internacional, dadas as avultadas somas de dinheiro que exigem.

Assim, em tempos de paz, a luta dos angolanos é a de reconstruir o país econômica e socialmente, e colocar Angola no lugar que bem merece, tanto na África, quanto no mundo.

Tabela 1 - Características políticas e socioeconômicas de Angola

• População estimada (1999)	12.630.000	PNUD Human Dev. Rep., 1997
• População Urbana (1996)	42.4%	PNUD Human Dev. Rep., 1997
• % da população < 20 anos de idade (1999)	63.6%	PNUD Human Dev. Rep., 1997
• População com acesso aos serviços de saúde	30%	UM ACC Task Force, 1997
• Taxa de crescimento anual da população	3.0%	PNUD Human Dev. Rep., 1997
• Taxa de mortalidade infantil (1000 nasc. vivos)	195	INE/UNICEF
• Taxa de mortalidade materna (100.000 partos)	1.854	INE/UNICEF
• Esperança de vida ao nascer/anos (1995)	42.4 anos	UM ACC Task Force, 1997
• Taxa de analfabetismo > 15 anos (1995)	42%	INE/UNICEF
• População com acesso à água potável (%) (1994)	37.9%	UM ACC Task Force, 1997
• População com acesso a esgotos (%) (1994)	16%	UM ACC Task Force, 1997
• GNP per capita (US\$)	700	UNICEF, 1997
• Percentagem de pobres (Total)	61%	INE, 1995
• Percentagem do OGE-Saúde (1996)	6%	EIU, 1997
• % população urbana vivendo abaixo da linha da pobreza	67%	PNUD Human Dev. Rep., 1997
• % população urbana vivendo em extrema pobreza	12%	PNUD Human Dev. Rep., 1997
• PNUD Índice de Desenvolvimento Humano	157	PNUD Human Dev. Rep., 1997
• Área superficial	1.276.700 Km ²	INE/UNICEF

Fontes: Governo de Angola, Ministério da Saúde de Angola, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Humano (PNUD, 1998).

1.1.12.1 - Fatores especiais do novo governo de Angola nomeado após as eleições realizadas em setembro de 1992

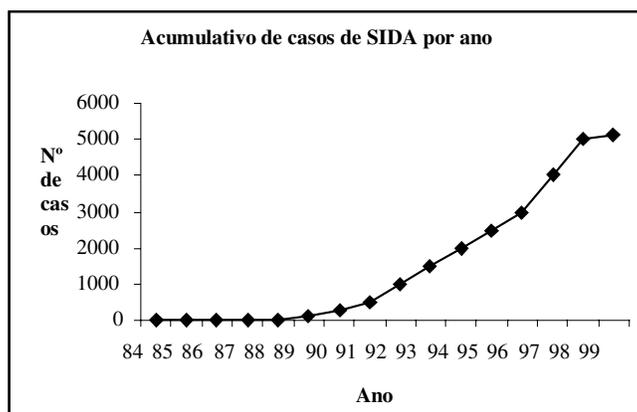
- PIB é dominado pelo setor dos petróleos (72% dos fundos gerados pelo governo em 1998) tendo representado 94% das exportações em 1996.
- Cerca de 3,7 milhões de pessoas vivem afetadas pela guerra.
- Taxa de desemprego estimada em 45%.
- A % do OGE para a saúde passou de 3,1% em 1995 para 1,5% em 1996.
- GINI Coeficiente: 0,40 o que representa que 10% dos ricos do país recebem 32,2% dos lucros do país e o restante, 66,8%, é distribuído por 90% da população.
- Cerca de 12 milhões de minas espalhadas pelo país.
- Cerca de 70% da rede sanitária destruída.
- Cerca de 34% dos trabalhadores de saúde estão em Luanda e 14% em Benguela, devido à guerra.
- Apenas 48% da população é economicamente ativa, das quais só 12% trabalham no setor oficial.
- Taxa de inflação: 135% em 1998.
- Preços dos produtos e serviços aumentaram mais de 500 vezes entre 1994 e 1998 (PNUD, 1998).

1.2 - ESTUDOS REALIZADOS PELO MINISTÉRIO DE SAÚDE DE ANGOLA SOBRE O HIV/SIDA EM 2000

1.2.1 - Situação atual das DST/SIDA em Angola

Situação epidemiológica das DST/HIV/SIDA

Em Angola, o primeiro caso de SIDA foi diagnosticado em 1985. Em 30 de junho de 1999 tinham sido notificados ao Ministério da Saúde um total de 5.112 casos de SIDA, em nível nacional, de um total de 43.748 casos de SIDA previstos (ONU/SIDA/OMS), o que corresponde a apenas cerca de 12% do total de casos da SIDA estimados em nível nacional. Na Fig. 1 está apresentada a distribuição cumulativa de casos de SIDA em nível nacional. Este fato está provavelmente associado a ainda limitada capacidade de diagnóstico laboratorial e suspeita dos casos de SIDA (PEN DST/HIV/SIDA 1999).



Fonte: Programa Nacional de Luta contra a SIDA.

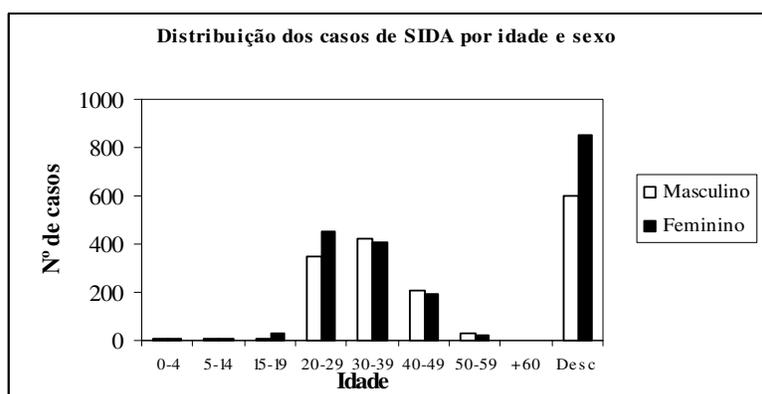
Figura 1 - Acumulativo de casos de SIDA em Angola

Na Fig. 2, está representada a distribuição de casos de SIDA notificados ao Ministério da Saúde por idade e sexo. Cerca de 84% dos casos têm idade compreendida entre 20 e 49 anos, idade de maior produtividade econômica. Verifica-se existirem mais casos de SIDA em jovens do sexo feminino comparativamente aos de sexo masculino entre

grupos etários de 15-19 anos e de 20-29 anos, com tendência de uma maior predominância do sexo masculino a partir dos grupos etários dos 30-39 anos. Esta situação pode ser devida ao aumento das relações sexuais cada vez mais precoces das raparigas e ao aumento dos níveis de sexo comercial entre as jovens como consequência dos elevados níveis de pobreza no país.

Existe uma razão aproximadamente igual entre homens e mulheres, o que reforça que a transmissão de HIV é fundamentalmente heterossexual. Contudo, é importante realçar que dado o fato do aparecimento dos primeiros sinais e sintomas a infecção pelo HIV pode ocorrer de 3 a 10 anos, tudo indica que a infecção ocorra principalmente entre os 15-19 anos de idade. Daí a necessidade de uma maior intervenção educacional nesse grupo etário da população.

Verifica-se ainda um elevado número de casos desconhecidos, resultado de um fraco preenchimento das fichas dos casos de SIDA (PEN DST/HIV/SIDA 1999).

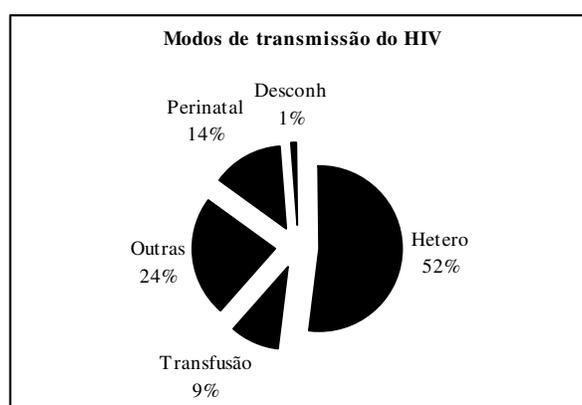


Fonte: Programa Nacional de Luta contra a SIDA

Figura 2 - Distribuição dos casos de SIDA por idade e sexo

Na Fig. 3 estão representados os modos de transmissão dos casos de SIDA. Estes dados foram colhidos com base nas histórias clínicas e fichas de notificação dos casos. Dos 5.112 casos apenas se conseguiu obter informações de 2.414 casos. A maioria dos casos tem história de infecção através de relações heterossexuais. No entanto, é de salientar que cerca de 14% têm história de transmissão perinatal e 9% através de sangue (transfusões).

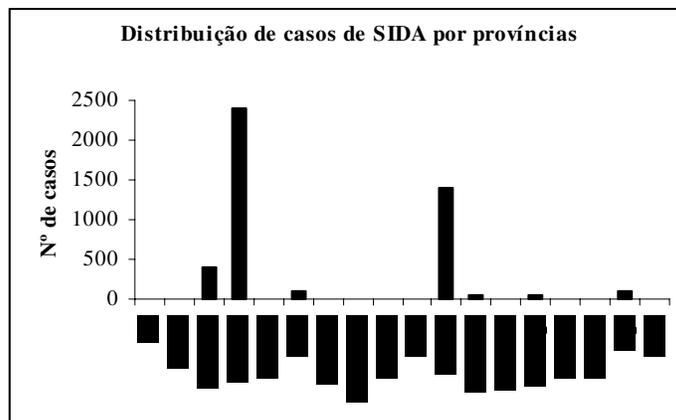
O rastreio do HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis nomeadamente a sífilis e a hepatite B, deverão constituir preocupação quando da testagem de sangue, de forma a assegurar que não se faça a transmissão destas infecções através dos centros de hemoterapia. Apesar dos esforços que têm sido feitos pelo Centro Nacional de Sangue, no sentido de apetrechar as províncias com capacidade, logística, técnica e de aparelhos capazes de proporcionar o sangue com qualidade, algo que não acontece devido ao aumento do número de transfusões de sangue que se fazem diariamente, particularmente em crianças devido às parasitoses e outras infecções associadas (PNLS, 1997).



Fonte: Programa Nacional de Luta contra SIDA

Figura 3 - Modos de transmissão em geral em Angola

Na Fig. 4 está representada a distribuição dos casos de SIDA, notificados ao Ministério da Saúde, segundo a província. A maior parte dos casos foi diagnosticada na província de Cabinda (45%), Luanda (25%) e Benguela (8%), províncias estas que têm melhores capacidades de diagnóstico laboratorial e maior concentração de médicos. Esta distribuição não implica necessariamente que sejam as províncias mais afetadas pela epidemia. Estudos entre os grupos populacionais sob vigilância epidemiológica estão em curso para determinar as taxas atuais de prevalência entre os grupos populacionais sob vigilância epidemiológica, nomeadamente, doadores de sangue, doentes com DST, tuberculose e mulheres grávidas, além de se realizarem estudos em trabalhadores de sexo e deslocados de guerra.



Fonte: Programa Nacional de Luta contra SIDA (1997)

Figura 4 - Distribuição de casos de SIDA por províncias

Na Tab. 2, estão sumarizadas as taxas de prevalência do HIV em grupos sentinelas sobre monitoração, bem como o total de casos de SIDA e estimativas existentes em nível nacional.

Tabela 2 - Estimativas do HIV/SIDA em Angola

	Dados	Data
• Total de casos de SIDA diagnosticados	5.112	30/06/1999
• Total estimado de casos de SIDA	43.748	31/12/1988
• Total estimado de adultos vivendo com HIV/ SIDA	157.935	Finais de 1998
• Cumulativo estimado de mortes por SIDA	30.889	Finais de 1998
• Total de órfãos associados à SIDA	19.000	Finais de 1997
• Total estimado de crianças HIV com < 5 anos	9.942	Junho 1999
• Prevalência do HIV na população geral	3,4%	Janeiro 1999
• Prevalência do HIV em mulheres grávidas (Luanda e Cabinda)	3,4% a 8%	Janeiro 1999
• Prevalência do HIV em doentes com TB (Luanda)	22%	Março 1999
• Prevalência do HIV em prostitutas	19%	2003

Fonte: ONUSIDA e PNLS

Verifica-se um aumento anual das taxas de positividade do HIV desde 0,9% estimado em 1989 a 1,06% em 1993, 2,2% em 1997 e 3,4% em 1999. Com base nestas taxas de prevalência estima-se que existam cerca de 189.002 adultos vivendo atualmente com o HIV/SIDA em Angola (Ministério da Saúde, Angola – PEN DST/HIV/SIDA, 1999)

1.2.2 - Principais determinantes para a disseminação do HIV em Angola, segundo o governo de Angola e o Ministério de Saúde de Angola

Segundo o Ministério da Saúde de Angola e o Programa Nacional de Luta contra SIDA do mesmo Ministério, entre os principais problemas identificados como determinantes na disseminação do vírus em Angola, salientam-se os seguintes:

1.2.2.1 - Determinantes políticos, governamentais e financeiros de Angola

- Pouca sensibilidade política perante as DST/HIV/SIDA no país.
- Atual situação de guerra que se vivia no país, com especial ênfase nas áreas rurais.
- Movimentação de militares e policiais pelo país e possível incremento das DSTs nestes grupos.
- Ausência de mecanismos de coordenação multisetorial nas ações de luta contra a SIDA no país.
- Ausência de financiamento para as atividades de luta contra as DST/HIV/SIDA no país, com exceção do pagamento dos salários. De resto todo o financiamento é externo.
- Ausência de recursos para compra de preservativos, dependendo das doações e de projetos externos.

1.2.2.2 - Determinantes socioeconômicos de Angola

- Aumento dos níveis de pobreza da população (cerca de 60% na pobreza extrema);
- Migração das áreas rurais para as áreas urbanas, como fuga de guerra;
- Aumento acentuado das taxas de desemprego;
- Aumento da criminalidade e das detenções com sobrecarga nas prisões e conseqüente aumento de práticas de risco para as DSTs em nível prisional;
- Aumento das taxas de analfabetismo por destruição das escolas rurais, limitada capacidade de absorção em nível urbano e conseqüente aumento de crianças fora do ensino normal;
- Aumento dos níveis de prostituição infantil e em adolescentes, associado ao elevado custo de vida;
- Aumento do número de órfãos da SIDA, e falta de capacidade das instituições e da comunidade para enfrentar o problema, agravado já com os órfãos de guerra e com a limitada possibilidade financeira das famílias.

1.2.2.3 - Determinantes éticos, legais e direitos humanos, segundo governo de Angola e através do Ministério da Saúde

- Ausência de legislação nacional, sobre apoio aos soropositivos e doentes com SIDA, em relação a empresas, escolas, assistência médica e medicamentosa, acesso a aconselhamento e informação, entre outros.
- Aumento do estigma em relação aos soropositivos e doentes com SIDA, pelas empresas, família e sociedade.
- Violência sexual.
- Falta de confidencialidade e sigilo profissional em relação aos soropositivos e doentes com SIDA pelas autoridades sanitárias, locais de trabalho, família, entre outros.
- Ausência de legislação de apoio aos trabalhadores de sexo, fruto dos níveis de pobreza em que a população vive.

1.2.2.4 - Determinantes de saúde apontados pelo governo de Angola em conjunto com o Ministério da Saúde

- Fraca sensibilidade para a gravidade e importância da SIDA como um problema de saúde pública.
- Limitado acesso aos cuidados de saúde primários (destruição das unidades sanitárias, custos, qualidade de atendimento).
- Províncias sem capacidade de rastreio do HIV, sífilis e outras DSTs nos centros hospitalares.
- Aumento do número de transfusões de sangue, associadas às mutilações por minas, outros materiais explosivos e doenças parasitárias, especialmente em crianças.
- Aumento do número de DST nas províncias, particularmente em jovens e adolescentes.
- Fraca capacidade laboratorial para o diagnóstico de HIV.
- Demora na recepção dos resultados dos testes por parte do Centro Nacional de Hemoterapia de Luanda.
- Fraca capacidade de apoio e assistência aos soropositivos com SIDA pelas unidades hospitalares.
- Pouca sensibilidade dos trabalhadores de saúde para o problema.
- Limitada integração dos programas de saúde, levando à verticalização dos programas.
- Práticas médicas que põem em risco os usuários das unidades sanitárias (injeções com a mesma agulha e seringas).
- Ausência de normas para seguimento dos doentes com SIDA.
- Ausência de normas para aconselhamento.
- Aumento da incidência da tuberculose.

1.2.2.5 - Informação e comunicação conforme o governo de Angola

- Pouca informação na mídia e outros setores sobre o HIV/SIDA/DST.
- Pouco envolvimento da mídia.
- Problemas de comunicação (técnicos, lingüísticos, receptivos).
- Pouco acesso dos grupos mais vulneráveis à informação sobre modos de prevenção das DST/HIV/SIDA.

1.2.2.6 - Pesquisa e notificação dos casos segundo o governo de Angola e o Ministério da Saúde

- Pouca pesquisa sobre DST/HIV/SIDA.
- Ausência de recursos para pesquisa das províncias.
- Pouca ligação multisetorial nos estudos de pesquisas.
- Deficiente sistema de notificação dos casos (grandes lacunas de informações nas fichas de notificação)

1.2.2.7 - Formação e capacitação como justifica o Ministério da Saúde de Angola

- Limitado acesso a cursos de capacitação e de reciclagem sobre DST/HIV/SIDA.
- Pouca sustentabilidade na formação e pós-formação dos formadores em nível central.
- Poucas atividades de formação nos diferentes setores, empresas, ministérios, na área de prevenção do HIV/SIDA e outras DSTs.

1.2.2.8 - Impacto do HIV/SIDA em Angola, conforme Ministério da Saúde de Angola

Estudos realizados pelos integrantes do Programa estratégico de Doenças Sexualmente Transmissíveis HIV/SIDA constataram que os dados a constantes nos cenários 1 e 2 e explicados no Impacto demográfico. Os indicadores para cálculo das estimativas foram usados com base nas atuais taxas de prevalência do HIV determinadas e nos dados dos postos sentinela, para o HIV, e também nas projeções da ONU/SIDA/Geneve.

Estes dados foram recolhidos do estudo realizado em Angola (1999-2000), realizado por uma consultora recrutada pelo ONUSIDA em Angola e com financiamento do Governo da Noruega (PEN DST/HIV/SIDA, 1997).

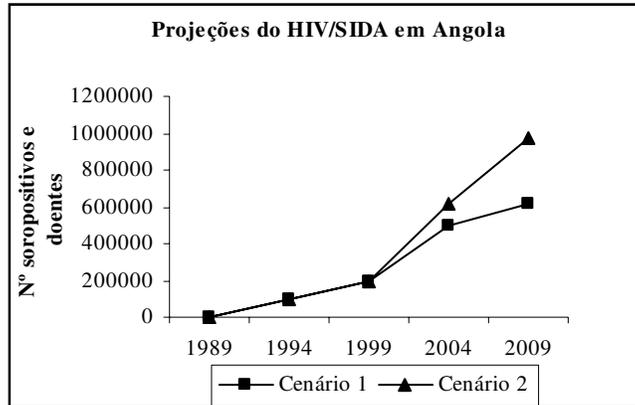
Para o efeito foram considerados dois tipos de cenários diante das projeções realizadas:

Cenário 1: O Governo está decidido a dar o apoio para o controle das DST/HIV/SIDA no país, através de implementação de programas de prevenção em larga escala e com apoio da sociedade civil e da comunidade internacional. Assume-se também que a guerra terminará em 1999 e que a epidemia atingirá o seu pico no ano de 2004 com uma prevalência ,de 6,39%, entre a população geral (ANGOLA, 2000).

Cenário 2: Os esforços do Governo na luta contra as DST/HIV/SIDA não são suficientes, associados ao continuar da guerra, e, conseqüentemente, a epidemia atingirá seu pico no ano de 2009, com uma taxa de prevalência de 10,05% na população geral.

Impacto demográfico

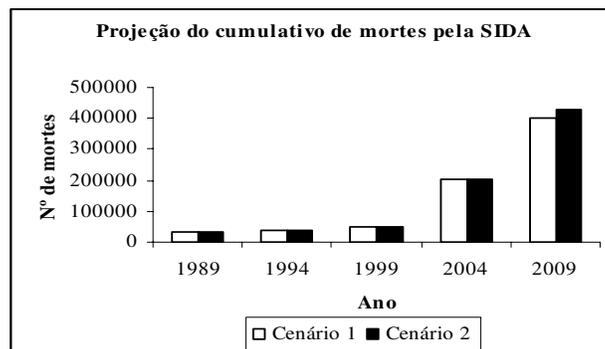
Estima-se que com o cenário 1, no final do ano de 2009, existirão cerca de 620.380 pessoas infectadas em Angola e cerca de 970.150, no cenário 2. Estes valores estão apresentados na Fig. 5.



Fonte: Ministério da Saúde, ONUSIDA

Figura 5 - Projeção das pessoas infectadas e afetadas pelo HIV/SIDA em Angola

Relativamente ao número de mortes associadas ao HIV/SIDA e usando dois cenários na Fig. 6 estão representadas as projeções do total de mortes que ocorrerão em Angola como consequência da SIDA até o ano de 2009. O cumulativo de mortes associadas à SIDA aumentará de 34.800 em 1999 para 426.370 no ano de 2009, no cenário 2. Entre esta população encontram-se pessoas com idades compreendidas entre os 15-45 anos de idade, a faixa economicamente ativa, o que terá implicações sérias na economia do país. Alguns deles serão quadros altamente treinados pelo estado e ocupando posições chave na economia do país (PEN DST/HIV/SIDA – Angola, 2000).

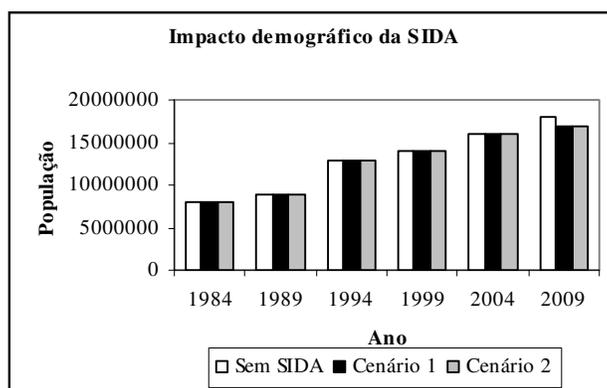


FONTE: Sócio-economic and demographic impact of SIDA in Angola (1999-2009)

Figura 6 - Total de mortes estimadas pelo HIV/SIDA em Angola

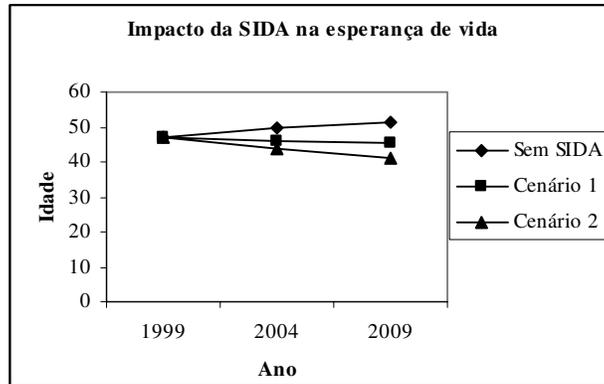
Na Fig. 7 está representado o impacto demográfico da SIDA na população angolana. Se não houvesse a SIDA a população angolana aumentaria em 12,7 milhões, hoje até cerca de 17,5 milhões, em 2009, com uma taxa de crescimento populacional de 2.95. Como consequência do SIDA, a população será apenas 16,8 milhões no ano de 2009, no caso do cenário 2, representando cerca de 680.000 pessoas menos se não houvesse SIDA. Trará também um terrível impacto negativo em relação à estrutura etária da população. Haverá uma redução de jovens e adultos em idade média com consequente aumento do número de idosos e crianças (ANGOLA, 1999)

Na Fig. 8 está representado o impacto do SIDA em nível de esperança de vida ao nascer. Este impacto em Angola poderá representar a perda de cerca de 6,3 anos no cenário 1 e cerca de 8,6 anos no cenário 2, originando uma diminuição de esperança de vida de 51,5 anos para 45,2 anos em 2009 no cenário 1 e cerca de 42,9 anos no caso do cenário 2.



Fonte: Ministério da Saúde , ONUSIDA

Figura 7 - Impacto demográfico da SIDA na população angolana



FONTE: Sócio-economic and demographic impact of SIDA in Engola (1999-2009)

Figura 8 - Impacto da SIDA em nível de esperança de vida ao nascer

1.3 - CONTEXTO DO SANITARISMO, UMA BREVE ABORDAGEM SOBRE AS OUTRAS MOLÉSTIAS QUE ATINGEM A POPULAÇÃO ANGOLANA

Durante a época colonial, as ações dos serviços de saúde em Angola se caracterizavam pela predominância da medicina curativa essencialmente reservada aos portugueses e a seus descendentes. Apesar disso pode-se afirmar que após a independência houve uma deterioração de tudo, todas as infra-estruturas herdadas do jugo colonial, foram praticamente destruídas pela guerra civil.

A medicina preventiva era exercida no período que antecedeu a Independência, por meio de campanhas de vacinação que chegavam em todas as aldeias ou povoações e a maioria das crianças eram vacinadas e, pelo que consta, as doenças como paralisia infantil, sarampo, doença de sono, febre tifóide, cólera e tuberculose eram freqüentes, mas com um certo controle. Isso apesar de o bem-estar da população angolana não constituir objetivo da política sanitária portuguesa (ANGOLA, 2000).

O colonizador usava o seu poderio, inclusive os métodos truculentos, o que era condenável, e impunha as regras do jogo aos habitantes da região escolhida, dias da Campanha de vacina, dias de aulas de educação sanitária e dias de fazer registro de novos nascidos vivos; ninguém poderia sair da aldeia, da povoação ou do município, pois caso alguém o fizesse, o castigo chegaria logo.

O colonizador utilizava os sobas (caciques das aldeias) assim como os catequistas (auxiliares de padre na igreja católica) para difundirem as suas políticas e ações de saúde pública mesmo em muitas ocasiões em tom de ameaças para quem não cumprisse o que estava estabelecido.

Eram promovidas constantemente campanhas sobre a higiene pessoal e coletiva nas aldeias e nos municípios por agentes de saúde devidamente identificados com as suas batas (aventais) e que atraía uma certa curiosidade por parte dos populares.

A assistência materno-infantil, no entanto, era precária e a maioria das crianças nascia em casa, e essa tarefa ficava por conta das parteiras locais principalmente.

Faltava, portanto, o pré-natal para que pudessem identificar gravidez de risco e prevenir a mortalidade materna.

Com uma estrutura sanitária razoável, embora a truculência do colonizador, constatava-se a longevidade das pessoas, pois, boa parte das doenças que se podem prevenir, realmente atingiu a população vulnerável, não tão intensa como agora, como resultado das constantes campanhas educativas e de prevenção que eram realizadas pelos agentes de saúde, sobas, catequistas, etc...

O pouco que havia nesta área começou a se deteriorar a partir de 1975, ano em que o país se tornou independente, pois desde então tudo que tinha sido construído foi destruído pela guerra civil e a situação sanitária do país em geral piorou.

A pobreza extrema tomou conta da maioria dos angolanos, a taxa de analfabetismo aumentou e houve o superpovoamento para as grandes cidades, que já começavam a sentir o peso da falta de infra-estrutura suficiente para albergar todos que nelas se deslocavam (PNUD, 1998).

Constatou-se que a deficiência de higiene pessoal e coletiva foi progressivamente piorando.

Somando-se tudo acima, criou-se uma base sólida para o surgimento de várias endemias em Angola que anteriormente estavam sob controle das estruturas sanitárias tal como a malária – “Este é o grande vilão da mortalidade em Angola, hoje”, a cólera, a

tuberculose, o sarampo, as doenças diarréicas, febre tifóide, a doença do sono, assim como a mortalidade infantil e materna, constituindo os principais surtos que dilaceram a população em toda a Angola (ANGOLA, 2000).

Para se ter uma idéia como a estrutura sanitária está deteriorada, Luanda, a capital, com uma população de 5 milhões de habitantes, tem 60 centros de saúde, simplesmente inaceitável, pois com esse número de centros não há a menor possibilidade de se dar conta da demanda.

Os dados do Ministério da Saúde de Angola apontam também para a deterioração da saúde materno-infantil, pois a cada 100 mil partos, 1.500 mulheres morrem, enquanto que, das 1000 crianças vivas até 1 ano pelo menos, 200 morrem. A fraca adesão às consultas de pré-natal está na base deste fenômeno (ANGOLA, 2000).

Segundo as últimas estimativas do Ministério de Saúde de Angola, em sua reunião ordinária do Conselho Consultivo, realizada em janeiro de 2000, existia um médico para cada 15.136 habitantes, uma cama de hospital para cada 845 habitantes.

Segundo o Ministério da Saúde, através da sua Direção Nacional de Saúde Pública, a malária e a doença do sono estão em expansão incontrolável neste momento.

Segundo o mesmo Ministério, a malária é para os angolanos um verdadeiro flagelo, matando mais do que a SIDA e as doenças diarréicas juntas com a crise dos refugiados que atingiu o país; não há campanha alguma, a salvo das picadas dos transmissores, os temíveis malários.

Como se pode verificar, as moléstias ou enfermidades outrora controladas, infelizmente hoje voltaram a ganhar espaço em Angola.

Se nas cidades a malária já é incisiva e implacável, imagina-se o seu poder devastador nos campos de refugiados, onde o saneamento básico é caótico e as pessoas têm as defesas do organismo enfraquecidas.

Mas, como se sabe, a malária mesmo sendo o primeiro responsável pelo aumento da mortalidade está longe de ser o único terror dos tempos difíceis para Angola. Conforme anteriormente mencionado, morre-se por muito mais e, por sintomas das crises humanitárias diversas.

As doenças anteriormente controladas voltaram a ganhar nova dimensão, expandindo-se em áreas não tradicionais. É o caso concreto das “doenças de sono” que respondem pelo nome científico de Tripanossomíase, que há mais ou menos 20 anos estava confinado a uma pequena extensão do Norte do país. Hoje a doença provocada pela mosca Tsé-Tsé estendeu-se por mais duas províncias pelo menos e já está às portas de Luanda.

O Ministério da Saúde revela que a tuberculose é outro flagelo e em média atinge cinco mil pessoas por ano em Luanda. À base disso tudo estão a desnutrição grave e a falta de assistência médica para o diagnóstico precoce, aliás, esse é o problema de todas as enfermidades que atingem a população angolana em geral (ANGOLA, 2000).

A fraca adesão ao tratamento, a precária estrutura de saúde pública e agora com o surgimento do HIV-SIDA, pioraram o aspecto sombrio que a população já vinha enfrentando.

Como se pode constatar, além da fome que a sociedade enfrenta, houve também o retorno das várias moléstias que agora ganham novas dimensões.

1.4 - UMA REFERÊNCIA ÀS POLÍTICAS DE SAÚDE LOCAIS E AS NECESSIDADES DE MUDANÇAS DAS MESMAS

1.4.1 - O modelo técnico-assistencial existente momento no país

Foram realizadas diversas visitas em hospitais e unidades básicas de saúde, e constatou-se que o modelo técnico-assistencial é o hegemônico, que vem causando insatisfações generalizadas entre usuários que são os verdadeiros consumidores do que a área da saúde produz.

E embora a cobertura da população que tem acesso aos serviços de saúde e de 24% dos cerca de 11 milhões de habitantes, sabe-se também que cerca de 31% têm acesso à água potável.(ANGOLA, 2000)

Com base nestas constatações julgam-se urgentes a discussão e a implantação de mudanças estruturais e concretas tendentes a melhorar o modelo assistencial, porque todos os profissionais da área da saúde e a sociedade civil clamam por essas mudanças que são inadiáveis e irreversíveis, no entanto precisam ser amplamente discutidos por todos, isto é, governo, sociedade civil e ONGs.

Segundo Merhy¹, quando as decisões são médicas centradas sobre o paciente e seu tratamento, o modelo não é resolutivo.

Assim, não há responsabilização e não existe vínculo do profissional com o usuário do serviço e o sistema também é medicalizante.

Baseado em Merhy, constatou-se, na maioria das vezes, um pronto atendimento, sem se comprometer com a qualidade dos serviços prestados ao usuário, como consumidor.

Deixou-se de lado aquilo que é grande vicissitude do profissional de saúde que é a escuta algo primordial de quem vai procurar e de quem vai oferecer o serviço de saúde.

A ausência de espírito de equipe, cada profissional atua isoladamente ou em pequenos grupos, formando assim diversos grupos dentro da mesma equipe.

Como apontou Merhy, a multidisciplinaridade que também é indispensável nesta área, se tornou inexistente, a uma atuação em retalho neste caso, isto é, o psicólogo cuida da psicologia, o médico do fígado, o enfermeiro da injeção.

Merhy advoga que o modelo existente, do médico centrado, o papel dos outros profissionais não médicos se tornou bastante limitado, o que gera com certeza uma inquietação e dentro do serviço de saúde e na relação trabalhador de saúde-usuário. (CECÍLIO, 1997).

O sistema vinculado a este modelo não consegue produzir os objetos principais de todos os profissionais que atuam na área de saúde, que é produzir saúde, satisfação profissional e pessoal, para além de ser o meio de sobrevivência pessoal, e também não consegue ser resolutivo, algo imprescindível para quem produz saúde (AMPOS, 1994).

¹ MERHY, 1997, *apud* CECÍLIO, L.C.O. • **Inventando a mudança na saúde**. 2. ed. São Paulo: HUC/TEC, 1997

Veja-se a insatisfação geral, a falta de responsabilidade, vínculo e resolutividade de prejudicar o usuário, que também é um dos culpados do modelo existente pois é ele que exige exames, e é ele que às vezes nem quer ser escutado; lógico são raras as exceções.

Outros fatores não menos importantes que também contribuíram bastante na falência do modelo são as especialidades (pois quase estão desaprovando o médico generalista, o enfermeiro generalista, etc.) que foram paulatinamente substituídas pelo especialista.

Os exames complementares pedidos excessivamente pelos profissionais contribuíram para a falência do modelo, já que em muitas ocasiões quase que substituiu a melhor clínica que todos sabem ser sagrada (CECÍLIO, 1997).

As especialidades desintegram tanto o espírito de equipe que se podiam ouvir os profissionais a abordarem o usuário como: “aquele fígado aí tem que ser investigado”, “precisa se fazer mais mamografias para aquelas mamas”, “aquele DPOC inspira cuidado”. Como se podem constatar, o lado humano dos profissionais de saúde está desaparecendo ou na pior das hipóteses está sendo relegado ao passado.

Sendo este trabalho um espaço de discussões e de oportunidades, tem-se que reconhecer que durante as visitas realizadas em unidades básicas de saúde e hospitais, foram encontrados no meio dessa maré profissionais em vários níveis de equipe, comprometidos com o verdadeiro objetivo da área de saúde, isto é, atender de forma adequada os usuários.

Os profissionais que assim estão procedendo apostam na garantia de boa qualidade do serviço com base na multidisciplinaridade, no vínculo, na responsabilidade, tendo como resultado de todo o processo uma boa resolutividade.

Segundo CAMPOS, 1992, como recuperar a vontade dos indivíduos, grupos e coletividades, de maneira a compor-se uma massa crítica apta a construir projetos novos. Projetos críticos e alternativos ao senso comum, ao niilismo e à mixórdia neoliberal, as três modalidades de discurso atualmente dominantes (CECÍLIO, 1997).

Cabe ao Ministério da Saúde, à sociedade civil e ONGs promoverem a discussão, levando-se sempre em conta a situação local (no terreno) sobre as formas de implantar o novo modelo assistencial.

Em geral sabe-se que não é fácil convencer alguém a mudar, pois todo processo de mudança é doloroso e sempre gera ganhos e perdas e contradições, mas com um pouco mais de vontade e de esforço é possível mudar para melhor o modelo aí existente, o hegemônico, para um outro capaz de construir equipes multidisciplinares na saúde, vínculo, responsabilização e resolutivo.

Para Campos, as coisas e as pessoas são duras à mudança. Embora, é a história que confirma, mudanças ocorrem (CECÍLIO, 1997).

É um processo que não pode ser implementado da noite para o dia, até porque o modelo atual não foi construído assim.

Tem-se que apostar e acreditar que é possível mudar e que tudo depende da vontade e de interesses envolvidos no processo em execução. No caso aqui a reforma do clínico médico e principalmente do seu modelo hegemônico, que é médico centrado.

Qualquer projeto mudancista que aspire ao sucesso deveria tentar, ao mesmo tempo, tanto a mudança das pessoas, dos seus valores, da sua cultura ou ideologia, quanto providenciar alterações no funcionamento das instituições sociais (CAMPOS, 1992).

1.4.2 - A saúde pública na República de Angola hoje

A Saúde Pública é um dos grandes e mais graves problemas hoje dentro da República de Angola.

A guerra civil teve um grande impacto nesta área social.

A saúde pública perdeu a sua identidade ao longo do tempo e o pior, a sua verdadeira razão de existência, que é a prevenção e promoção da saúde, por razões acima referidas.

A saúde pública hoje pelo que parece está limitada a ações isoladas, como focos de uma determinada doença (como acontece com a cólera, por exemplo) ou então quando há campanhas de vacinação sobre uma determinada doença, ou então sobre algumas ações educativas de um determinado grupo de pacientes afetados por uma certa moléstia (Ex: SIDA) (CAMPOS, 1992).

Campos, ao abordar este tema, observa que a maioria dos especialistas em saúde pública se tornou administradores e, em muitas ocasiões, indiferentes com o papel a eles reservado e os especialistas em saúde pública virou burocratas priorizando questões financeiras, planos de saúde alternativos de iniciativa privada, prolongadas reuniões e mais reuniões.

Apesar do exposto acima, nem tudo está perdido em termos de saúde pública. Sabemos que dentre os especialistas existem movimentos que estão a trabalhar e a desencadear diversas mudanças, direcionadas no sentido de humanizar mais o atendimento, priorizar a escuta e trabalhos em equipe, multidisciplinaridade.

Para CAMPOS(1992), o processo de mudanças, principalmente na área de atuações da saúde pública, visa promover maior reformulação de pensamento e na forma de atuação não só dos especialistas em saúde pública, mas sim de todos os integrantes das equipes de saúde.

Contudo o processo é longo, como foi a guerra civil, e é de contornos imprevisíveis, devido às diferenças e contras que vai gerar no meio de todos.

1.4.3 - O processo gerencial na área de saúde em Angola

O campo gerencial apresenta muito mais dificuldade ainda, e a sua abordagem é bem mais complicada, pois segue o modelo já caduco que é de conhecimento de todos.

É aquele em que o chefe (delegado, diretor, etc.) determina tudo a partir de um documento escrito ou verbal, tudo que deve ser feito, no seu gabinete, e os subordinados imediatos deverão simplesmente cumprir as determinações ou orientações do chefe, querendo ou não, concordando ou não.

Segundo CAMPOS(1992), esta forma de gerir não funciona, porque gera insatisfação, insegurança, inimizade, medo, queda de produtividade.

Contudo, sabe-se que existem várias formas de gerenciamento, não só dos serviços de saúde, mas de qualquer serviço público ou privado.

Assim sendo a gestão democrática acredita que seja sempre a melhor opção entre as outras.

Na gestão **democrática** os poderes do gerente são bastante limitados, todos opinam, sugerem e debatem as principais questões que o serviço demanda e que são executados pelo serviço onde estão todos inseridos e, coletivamente, encontram as soluções desejadas pelo serviço.

Como observa CAMPOS(1992), o gerente não determina sozinho, não gerencia sozinho, não impõe a sua vontade sozinho, mas sim prevalece a vontade da maioria.

Dessa forma o gerente compartilha os sucessos e os fracassos com todos os colegas. Claro que há situações que só competem ao gerente solucionar, pois são de responsabilidade dele na qualidade de superior hierárquico.

As mudanças, como pormenorizado anteriormente, são processos difíceis e este gerenciamento para se concretizar tem que haver vontade de mudar em ambas as partes.

SUGESTÕES PONTUAIS DOS CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DA GESTÃO PÚBLICA E POLÍTICAS DE SAÚDE LOCAL

A excelência em gestão pública depende em grande parte da capacidade de gerentes e gerenciados de trabalharem de maneira integrada e harmoniosa. Esse é pré-requisito para que a organização aprenda continuamente e com sustentabilidade o seu desenvolvimento.

Pretende-se fazer aqui um recorte bibliográfico baseado em caminhos apontados pelos serviços públicos de qualidade e critérios que possam ajudar a organizar melhor o funcionamento de uma entidade.

A base legal deste recorte se encontra no programa de qualidade de serviços públicos no Brasil em 2001.

O envolvimento e o comprometimento da alta administração com a busca da excelência organizacional é um fator vigoroso para estimular e envolver as pessoas, fazendo com que se identifiquem com os desafios e resultados desejados pela organização. (BRASIL, 2001).

Para que uma administração ou gestão pública possa obter êxito é preciso levar em consideração alguns critérios. Entre outros critérios existentes abordam-se: A liderança, estratégias e planos, clientes, informação, pessoas, processo e por último, como não podia deixar de ser, os resultados que podem contribuir para melhorar o atual sistema de saúde e as políticas públicas principalmente na área de saúde em Angola.

1.4.3.1 - Liderança

A Liderança como elemento essencial dentro de uma organização, no caso o Ministério da Saúde de Angola.

A Liderança dentro do gerenciamento do Serviço Público, superiores hierárquicos de uma organização.

No país como um todo, a liderança de todas as áreas da esfera governamental está a engatinhar, pois ao longo dos 27 anos de guerra civil pouco ou nada se fez na área social. Os líderes, todos, de qualquer área, estavam preocupados em saber quando é que a guerra iria acabar, para começar a desencadear as ações tendentes, as políticas, as orientações e estratégias. A liderança, no entanto, está em fase de constituição e construção como processo. Os líderes da área da saúde também estão se movimentando neste sentido.

Segundo o programa de qualidade de serviço público, O Critério Liderança examina como está estruturado o sistema de liderança da organização, ou seja, sua composição e funcionamento. Examina como a alta administração, a partir das macro-orientações de Governo, atua pessoalmente para definir e disseminar entre os servidores ou empregados os valores, as políticas, orientações e estratégias, levando em consideração as necessidades de todas as partes interessadas, orientando-os na busca do desenvolvimento individual, estimulando a iniciativa e a criatividade.

O critério também examina como a organização aborda suas responsabilidades perante a sociedade e as comunidades diretamente afetadas pelas suas atividades e serviços ou produtos, assim como estimula a cidadania. Examina, ainda, como as práticas relativas ao sistema de liderança, a responsabilidade pública e a cidadania são avaliadas e melhoradas (BRASIL, 2001).

1.4.3.2 - Estratégias e planos do Ministério da Saúde de Angola

Estratégias e planos a serem trocadas pela equipe dos serviços públicos com base nas políticas públicas.

Dentro do país, nas diversas áreas e na saúde não é diferente. As estratégias e os planos serão desenhados, já que o grande mal que afligia o país terminou. O futuro é muito promissor neste campo. Neste processo o Ministério da Saúde de Angola está trocando várias experiências com outras nações que possuem estratégias e planos avançados neste campo.

Por intermédio deste programa de qualidade constata-se que O Critério Estratégias e Planos examina como a organização, a partir de sua visão de futuro, formula suas estratégias e as desdobram em planos de ação a curto e a longo prazos. Examina, particularmente, com a organização utiliza as informações sobre o cliente e sobre seu próprio desempenho para estabelecer as estratégias, de forma a assegurar o alinhamento e a implementação das mesmas, visando ao atendimento de sua missão e à satisfação das partes interessadas. Também examina como as práticas relativas à formulação e à operacionalização das estratégias são avaliadas e melhoradas (BRASIL, 2001).

1.4.3.3 - Clientes como alvo de qualquer instituição ou organização (no caso o Ministério da Saúde de Angola)

Os clientes que são os verdadeiros consumidores atuais dos serviços públicos sempre baseados no serviço público de qualidade.

Todos os clientes de qualquer natureza estão insatisfeitos em Angola, e na área de saúde é pior, pois como já foi dito, durante a guerra civil pouco ou nada se fez em prol da área social. Conforme dados estatísticos já mencionados neste trabalho, constata-se que não se construíram hospitais, nem centros de saúde, muito pelo contrário, os que existiam antes da guerra civil foram destruídos.

Dentro desse programa de qualidade verificou-se que o Critério Clientes examina como a organização, no cumprimento das suas competências institucionais, identifica e entende os seus clientes e suas respectivas necessidades, antecipando-se a elas. Examina também como divulga seus produtos ou serviços e ações visando reforçar a sua imagem institucional.

O critério examina como a organização estreita o relacionamento com o cliente, mede e intensifica a sua satisfação. Examina, ainda, como as práticas relativas ao conhecimento mútuo e ao relacionamento com o cliente são avaliadas e melhoradas (BRASIL,2001).

1.4.3.4 - Informações essenciais para todas as organizações (no caso o Ministério da Saúde de Angola)

Tudo que é realizado deve ser informado como forma de manter todos os integrantes da organização atualizados.

É crítica a situação no campo de dados e das informações, não existe nenhum sistema de informação que interligue as diversas áreas e os dados são todos descontrolados por razões atrás mencionadas. Está tudo começando. Com PAZ à vista, espera-se que se regularize o mais depressa possível a situação da informação, pois permitirá que as estruturas funcionem de acordo com os dados e as informações à disposição.

O Programa indica que o Critério Informação examina como a organização gerencia as informações e os indicadores de desempenho mais importantes da organização e dos seus referenciais comparativos, e como as utiliza, de maneira eficaz em seus principais processos, na análise crítica e na gestão do desempenho da organização, principalmente no alinhamento das suas atividades com as diretrizes estratégicas. Examina também como as práticas relativas à gestão das informações da organização, gestão das informações comparativas e à análise crítica do desempenho global são avaliadas e melhoradas.

1.4.3.5 - Pessoas que são peças fundamentais para todas as organizações (aqui o Ministério da Saúde de Angola)

Sem eles nada sai do lugar e merecem sempre atenção dentro de uma organização.

Estarão todos desestimulados, por falta de condições materiais e humanas para desenvolver as suas atividades, por falta de valorização do que fazem, por falta de recompensa satisfatória na sua árdua missão. Estas pessoas, não só os que trabalham na área da saúde, mas em outras áreas também, não estão a dar o melhor de si por diversas razões, entre elas, a falta de treinamento ou reciclagem, e a falta de remuneração digna para a satisfação das suas necessidades pessoais e sociais.

De acordo com o Programa, o Critério Pessoas examina como a organização prepara e estimula os servidores ou empregados para desenvolver e utilizar seu pleno potencial, em alinhamento com as estratégias da organização.

O critério também examina os esforços para criar e manter um ambiente que conduza à excelência no desempenho, à plena participação e ao crescimento individual e institucional. Examina ainda como as práticas relativas ao sistema de trabalho, educação, capacitação e desenvolvimento e qualidade de vida são avaliadas e melhoradas (BRASIL, 2001).

1.4.3.6 - Processos que são as peças bases de funcionamento da organização (aqui o Ministério da Saúde de Angola)

São determinadas dentro da organização e de acordo com as políticas públicas de qualidade e exigem definição. Estarão apenas se definindo neste momento porque até então, para se ter uma idéia, uma nova constituição está sendo elaborada para que possa atender aos anseios de todos os angolanos que, por longos 27 anos, aguardaram o fim do conflito para começar a viver uma nova vida.

Assim, com base neste Programa, o Critério Processos examina os principais aspectos do funcionamento interno da organização, incluindo a estruturação de seus processos com base em suas competências legais, a definição dos seus serviços com foco nas necessidades dos clientes, a implementação e operacionalização de seus processos finalísticos, de apoio e os relativos aos seus fornecedores.

Examina, portanto, como principais processos de organização são definidos, estruturados, implementados, gerenciados e aperfeiçoados, para obter melhor desempenho e para melhor atender às necessidades dos clientes (BRASIL, 2001).

Examina, ainda, como as práticas relativas à gestão de processos finalísticos, de apoio e relativos aos fornecedores são avaliadas e melhoradas.

1.4.3.7 - Resultados esperados de uma organização (no caso específico aqui do Ministério da Saúde de Angola)

Os Resultados de uma organização são sempre a meta final, assim como as políticas públicas.

Estes são aguardados com grande expectativa por todos os angolanos, embora se saiba que não aparecerão da noite para o dia, já que o país foi largamente castigado pela guerra civil e para organizar um processo administrativo que dê resultado não será fácil, nem a curto, nem a médio, talvez, a longo prazo.

E por último, o Programa aponta que o Critério Resultados examina a evolução do desempenho da organização relativo à satisfação de seus clientes, considerando o atendimento do universo potencial de clientes, à melhoria dos seus serviços ou produtos e dos processos organizacionais; ao desempenho relativo às pessoas, aos fornecedores; ao cumprimento das metas e aplicação dos recursos orçamentários ou financeiros.

Examina também os níveis de desempenho em relação aos referenciais comparativos pertinentes (BRASIL, 2001).

1.5 - SIDA – UM BREVE RESUMO DA HISTÓRIA E EPIDEMIA DA SIDA E A MANIFESTAÇÃO DA DOENÇA NO MUNDO

1.5.1 - Introdução

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) foi reconhecida em meados de 1981, nos EUA, a partir da identificação de um número elevado de pacientes adultos do sexo masculino, homossexuais e moradores de São Francisco ou Nova York, que apresentavam Sarcoma de Kaposi, pneumonia por *Pneumocystis carinii* e comprometimento do sistema imune, o que levou à conclusão de que se tratava de uma nova doença, ainda não classificada, de etiologia provavelmente infecciosa e transmissível. (VERONESI, 1996)

- **Aspectos epidemiológicos do mundo, África e Angola**

A estimativa global de HIV/SIDA em 1999 era de 32,4 milhões de adultos, 14,8 milhões de mulheres, 1,2 milhões de crianças num total de 33,6 milhões de seres humanos que conviviam com o HIV/SIDA no mundo (UNSIDA / OMS 1999).

Na Europa ocidental e no mundo industrializado em geral, os índices da infecção pelo HIV, aparentemente, estão decrescendo.

Novas infecções concentram-se nos usuários de drogas injetáveis, especialmente na Grécia e em Portugal. Cerca de 30.000 novos casos foram registrados em 1997. Drogas antiretrovirais foram as responsáveis pelo decréscimo nos casos de transmissão materna.

Na América do Norte foram registrados 44.000 novos casos de infecção pelo HIV e metade deste número devido ao uso de drogas injetáveis. Na Europa ocidental a transmissão materna é rara.

Apesar dos casos de infecção pelo HIV continuarem a elevar-se no mundo industrializado, os casos de SIDA têm decrescido. Esta diminuição é provavelmente devido a terapias antiretrovirais que retardam o desenvolvimento da SIDA e prolonga a vida dos doentes.

Nos Estados Unidos, em alguns setores carentes da sociedade, a SIDA continua a elevar-se principalmente devido à inacessibilidade às drogas mais caras e à carência de iniciativas de prevenção, fato que não ocorre nas comunidades homossexuais geralmente bem organizados e bem informados (UNSIDA / OMS 1999).

Até 1994, na Europa Ocidental considerava-se que os usuários de drogas injetáveis eram os responsáveis principais pela transmissão do HIV.

Os exames de sangue realizados em pessoas com comportamento de risco mostravam níveis extremamente baixos da infecção. Porém, nos últimos anos, os países do antigo bloco socialista da Europa Ocidental e Ásia Central têm vivenciado um aumento de até seis vezes no número de infecções (UNSIDA / OMS 1999).

No final de 1997, 190.000 adultos estavam infectados, sendo as drogas injetáveis os grandes responsáveis comuns pela contaminação e em uma escala menor as profissionais de sexo. O aumento dos casos de DSTs reflete um aumento dramático na prática de sexo sem preservativo e indica uma disseminação rápida da infecção pelo HIV na população da Europa Oriental.

Na Ásia os níveis ainda são considerados baixos embora se saiba que a propagação é rápida do vírus HIV neste continente.

O HIV chegou mais tarde à Ásia e chegou principalmente através do uso de drogas injetáveis e profissionais de sexo. Em 1997, o vírus já estava bem disseminado pelo continente.

Estima-se que atualmente cerca de 6,4 milhões de pessoas estejam infectadas pelo HIV na Ásia, isso é em torno de um caso em cada cinco no mundo.

No final do ano 2000, estimava-se que esta proporção elevar-se-ia para um em cada quatro. Em torno de 94.000 crianças vivem com o HIV neste continente (UNSIDA / OMS 1999).

Na América Latina e Caribe a maioria dos infectados pertence aos grupos de cidadãos marginalizados.

Neste continente o quadro é fragmentado e encontram-se vários homens que têm sexo sem proteção com outros homens, assim como os usuários de drogas injetáveis partilham agulhas e seringas. Estas são as principais fontes da disseminação da doença em vários países da região.

O aumento dos casos em mulheres mostra que a transmissão heterossexual está aumentando numa proporção de um quinto dos casos (UNSIDA / OMS 1999).

O Norte da África e o Oriente Médio são os grandes desconhecidos. Sabe-se menos a respeito da infecção pelo HIV nestas localidades do que em qualquer parte do mundo.

Estima-se que cerca de 200.000 pessoas estejam contaminadas com o vírus HIV, menos de 1% do total mundial (UNSIDA / OMS 1999).

Na região do Sub-Saara a epidemia está se deslocando para o Sul.

Mais de dois terços de todas as pessoas infectadas pelo HIV vivem na região do Sub-Saara, responsável por 83% dos óbitos por SIDA em todo o mundo (UNSIDA / OMS 1999).

Estima-se uma proporção ainda maior, em torno de 87% das crianças contaminadas pelo HIV vivendo na África e existem inúmeras razões para isso. Primeiro, há uma concentração maior de mulheres em idade fértil contaminadas pelo vírus HIV na África do que em qualquer outro lugar no mundo. Segundo, as mulheres africanas têm, em média, mais filhos do que mulheres de outros continentes e, portanto, uma mulher africana infectada pode transmitir o vírus a um número maior de crianças. Terceiro, que quase todas as crianças africanas são amamentadas. Acredita-se que o aleitamento materno seja responsável por um terço da metade dos casos de transmissão materna pelo vírus HIV.

Por último, as novas drogas capazes de reduzir a transmissão materna antes ou logo após o nascimento são menos disponíveis nos países em desenvolvimento, incluindo a África e os países industrializados.

De uma forma geral a África Ocidental tem desfrutado de uma estabilização da infecção em proporções maiores do que a África Oriental e Meridional, nas quais o vírus ainda se espalha rapidamente apesar dos níveis de infecção já serem bastante elevados.

- **A epidemia do HIV / SIDA em Angola**

O país localiza-se na região mais afetada do mundo pela epidemia da SIDA e apresenta índice de prevalência preocupante.

Até o presente momento existem notificados cerca de 7.000 casos, que quando se considera a elevada taxa de sub-notificação, estima-se que atinja hoje cerca de 43.748 casos.

Dados do Ministério da Saúde de Angola – Programa Nacional de Luta contra a SIDA(PNLS,1997) – recentemente publicados no país, demonstram que há um crescimento ascendente de curva epidêmica e que a faixa etária mais acometida está entre 20-49 anos.

A transmissão principal é pela relação sexual (52%) e, portanto, o número de casos por transmissão vertical é de 14%. Outro aspecto que chama a atenção é o fato de haver ainda altos índices de infecção por transfusão sanguínea, fato este determinado pela existência de numerosos casos de malária.

Esta questão se agrava pelo fato de ainda haver sabidamente o uso de sangue e seus derivados sem que este tenha sido triado para infecção por HIV.

Alguns dados da UNSIDA e do PNLIS são muito preocupantes, pois, estima-se que a prevalência da infecção pelo HIV na população geral seja de 3,4%, valor que pode ser considerado conservador quando se analisam os coeficientes encontrados em população de gestantes, os quais variam de 3,4% a 8%. Tomando-se estes coeficientes, poder-se-ia dizer que até o final de 1999 o país tinha no mínimo 189.000 pessoas infectadas.

- **Formas de transmissão do HIV**

As principais formas de transmissão do HIV são:

- Sexual.
- Sanguínea (em receptores de sangue ou hemoderivados e em usuários de drogas injetáveis).
- Vertical (da mãe para o filho, durante a gestação, parto, ou por aleitamento).

1.5.2 - Prevenção e controle

As principais estratégias de prevenção empregadas pelos programas controle envolvem: a promoção do uso de preservativos, a promoção do uso de agulhas e seringas esterilizadas ou descartáveis, o controle do sangue e derivados, a adoção de cuidados na exposição ocupacional e material biológico, e o manejo adequado das outras DSTs (VERONESI, 1996)

1.5.2.1 - Preservativos

Os preservativos masculinos e femininos são a única barreira comprovadamente efetiva contra o HIV e o uso correto e consistente deste método pode reduzir substancialmente o risco de transmissão do HIV e das outras DST (VERONESI, 1996)

O uso regular de preservativos pode levar ao aperfeiçoamento na sua técnica de utilização, reduzindo a frequência de ruptura e escape e, conseqüentemente, aumentando sua eficácia. Estudos recentes demonstraram que o uso correto e sistemático do preservativo masculino reduz o risco de aquisição do HIV e outras DSTS em até 95%. (HARRISON, 2002 e VERONESI, 1996)

1.5.2.2 - Espermicidas

Os produtos à base de nonoxinol-9 são capazes de inativar o HIV e agentes de outras DST *in vitro*, e poderiam ter um papel importante na redução de transmissão sexual do HIV, se usados com associação com os preservativos. Estudos recentes sugerem que a concentração de nonoxinol-9, normalmente preconizada nos preservativos, seria insuficiente para inativar o HIV, e o uso de concentrações mais elevadas poderia apresentar toxicidade. Entretanto, a segurança e eficácia dos espermicidas atualmente disponíveis, nas condições de uso corrente, não estão bem estabelecidas, e mais estudos clínicos controlados são necessários para esta determinação (VERONESI, 1996).

1.5.2.3 - Prevenção em usuários de drogas injetáveis

Desde 1986, ficou claro que os UDIs representavam um grupo focal particularmente importante, devido ao risco específico de ocorrência de epidemias de HIV nesta população, e ao potencial de representarem a interface através da qual a infecção por HIV se difundiria para a população heterossexual não usuária de drogas e conseqüentemente para as crianças (VERONESI, 1996).

A disseminação da infecção pelo HIV entre UDI em muitos países com características diferentes, levantou importantes questões sobre a natureza do comportamento dos dependentes e da possibilidade de modificá-lo mediante intervenções preventivas, de modo a reduzir a transmissão do HIV (HARRISON, 2002).

Houve ceticismo inicial acerca da eficácia de ações educativas nessa população. O temor de que a estratégia de redução de danos, baseada na facilitação do acesso a equipamento estéril de injeções, pudesse levar ao aumento da população de usuários de drogas injetáveis, não se concretizou.

Há atualmente evidências suficientes para concluir que foi possível reduzir o nível epidêmico da transmissão do HIV em locais onde programas inovadores de saúde pública foram iniciados precocemente. Os elementos desses programas de prevenção incluem orientação educativa, disponibilidade de testes sorológicos, facilitação de acesso aos serviços de tratamento da dependência de drogas, acesso a equipamento estéril de injeção, além de ações que se desenvolvem na comunidade de usuários de drogas a partir da intervenção de profissionais de saúde ou agentes comunitários, recrutados na própria comunidade (VERONESI, 1996).

Em relação às mudanças comportamentais, demonstrou-se que os UDIs podem ser sensíveis às ações preventivas e capazes de reduzir a frequência das situações de risco. Porém, se todos os estudos demonstram redução do risco, evidenciam, infelizmente, a persistência dos níveis importantes do comportamento de risco, mesmo nas cidades onde se obteve impacto com as ações preventivas (VERONESI, 1996).

1.5.2.4 - Exposição ocupacional

Embora alguns tipos de exposição acidental, como o contato de sangue ou secreções com mucosas ou pele íntegra teoricamente possam ser responsáveis por infecção pelo HIV, os seus riscos são insignificantes quando comparados com a exposição percutânea, através de instrumentos perfuro-cortantes.

Fatores como prevalência da infecção pelo HIV na população de pacientes, grau de experiência dos profissionais de saúde no cuidado desse tipo de paciente, uso de precauções universais (luvas, óculos de proteção, máscaras, aventais, etc.), bem como a frequência de utilização de procedimentos invasivos, podem também influir no risco de transmissão do HIV (VERONESI, 1996)

O meio mais eficiente para reduzir tanto a transmissão profissional-paciente quanto a paciente-profissional, baseia-se na utilização sistemática das normas de biossegurança, na determinação dos fatores de risco associados, e na sua eliminação, bem como na implantação de novas tecnologias da instrumentação usadas na rotina de procedimentos invasivos (VERONESI, 1996).

1.5.2.5 - A vacina

O desenvolvimento de uma vacina segura e eficaz contra o HIV está sendo atualmente objeto de investigação ativa. Existem extensas pesquisas em animais em andamento e já foram iniciados estudos clínicos de vacinas em seres humanos (HARRISON, 2002).

Para a OMS, até a presente data têm se revelado infrutíferas, as tentativas de criar uma vacina para combater a doença, no caso HIV-SIDA, responsável pela morte de mais de 25 milhões de homens, mulheres e crianças em todo o mundo. Ainda assim existe o consenso na comunidade científica de que essa descoberta será realidade. (UNSIDA, 1996 e VERONESI, 1996)

Citando pesquisas oficiais, que está a ser realizada por um grupo de pesquisadores localizados num dos institutos Ugandeses encarregados de investigar e posteriormente testar uma vacina contra HIV/SIDA foi que o país também é um dos mais afetados pelo vírus HIV, 20 Ugandeses foram tidos como imune ao SIDA.

Investigadores descobriram que um grupo de cerca de 20 ugandeses possuem proteção natural contra o HIV, dado que não contraíram o vírus apesar de terem mantido relações sexuais com parceiros infectados. O estudo do sistema imunitário destes indivíduos pode ajudar os cientistas a desenvolver uma vacina contra a SIDA.

A esperança em cumprir esse objetivo aumentou com a descoberta de grupos de indivíduos que apesar de terem estado expostos a várias vezes ao HIV nunca foram infectados. O primeiro caso deste gênero foi identificado no Quênia – os investigadores localizaram um grupo de prostitutas imunes ao HIV.

Depois desta descoberta, cientistas das universidades de Oxford e de Nairóbi (Quênia) desenvolveram o protótipo de uma vacina que está para ser testada na Grã-Bretanha e no Quênia.

O último caso foi identificado em Uganda, num grupo de residentes próximo ao lago Victória. Estes indivíduos parecem permanecer HIV negativos porque seu sistema imunitário é capaz de combater o HIV.

A pesquisa realizada pelo “Uganda Vírus Research Institute” deverá ser publicada até o final deste ano, 2003 portanto.

O professor Andrew McMichael da Universidade de Oxford, que lidera a equipe de investigadores que pesquisam uma vacina contra a SIDA, considerou o trabalho desenvolvido em Uganda encorajador. “Isto vem dar força à teoria de que uma resposta imunitária pode proteger contra a infecção, por isso se conseguirmos alcançar esta resposta imunitária através de uma vacina estaremos protegendo as pessoas”, disse Andrew McMichael.

“O processo de desenvolvimento de uma vacina é dolorosamente lento (...). Qualquer prova de que esta é a abordagem correta é muito útil” (VERONESI, 1996).

No entanto várias tentativas de imunização humana têm sido realizadas utilizando-se abordagens vacinais recombinantes, com vírus totais mortos e com vetores vivos (VERONESI, 1996).

Veronesi também acrescenta que os esforços mais intensos têm sido com a utilização de vacinas com subunidades recombinantes do envelope, preparadas a partir de sistemas fúngicos ou bacterianos.

1.6 - OS FATORES QUE CONTRIBUEM PARA A DISSEMINAÇÃO DO VÍRUS HIV-SIDA EM ANGOLA

1.6.1 - Imigração (refugiados e deslocados)

A imigração (refugiados e deslocados) modificou a vida na capital angolana.

Os refugiados da guerra, que representam aproximadamente 1/3 da população Angolana, constituíram a preocupação mais séria na agenda do governo e sabe-se que o destino mais concreto dessa camada atingida diretamente pela guerra civil é a cidade de Luanda e outras capitais das províncias (ANGOLA,2002).

Segundo o Ministério de Assistência e Reinserção social são milhões de homens, milhões de mulheres, jovens e crianças, renegados a condições de reféns da extrema pobreza e na maioria das vezes dependendo das instituições de caridade, que à base da verdade não supre nem um pouco todas as suas necessidades. Nesta condição está a ONU através da PAM (Programa Alimentação Mundial) e as ONGs em parceria sempre com o Governo.

Em concentração de pouco mais de 20 mil refugiados chegam a acontecer dez mortes todos os dias por desnutrição. Os corpos esqueléticos disputando heroicamente doses minúsculas de comida, distribuída pela PAM e ONGs, e no mais sugestivo e comovente testemunho de inutilidade de uma guerra civil, esta que ocorreu em Angola. (Ministério de Assistência e Reinserção Social de Angola)

Portanto, naquilo que as balas não conseguiram fazer, está a fome e a sua inseparável companheira, a doença.

A saída, principalmente para mulheres, jovens e crianças é se tornar profissional do sexo (ou comércio informal), temor sobre o HIV-SIDA e às outras DSTs, pois tanto o comércio informal como a prostituição tornaram-se uma questão de sobrevivência (ANGOLA, 2000)

1.6.2 - Prostituição e discriminação a que estão submetidas parte das mulheres dentro da sociedade angolana

Não é difícil encontrar uma profissional do sexo, principalmente nos diversos mercados que circundam a cidade de Luanda, tais como (Roque Santeiro, Prenda, Congolenses, Kwanza, São Paulo, etc.). Há muitos bordéis e “mulheres à toa” são encontradas nos inúmeros bares e mercados da cidade.

As próprias profissionais de sexo afirmam que cobram entre US\$ 0,40 e US\$ 1,30 pelos serviços, e em muitas ocasiões ou quase sempre os clientes lhes oferecem mais para poderem dispensar à uso do preservativo.

Pais há que mandam as suas filhas não só às ruas e às lixeiras, mas também a se prostituírem, com simples propósito de suprir as carências das residências. Como as mães e as filhas apenas estão aí para cumprir ordens de marido e pai, simplesmente obedecem o que foi ordenado (Ministério de Assistência e Reinserção social de Angola)

Pacientes de SIDA em todo o mundo sentem uma profunda discriminação mas talvez em nenhum lugar a discriminação seja tão grande como nos países Africanos tanto nas áreas urbanas como nas áreas rurais, pois tanto numa como na outra, o conhecimento sobre a doença e como ela é transmitida permanece relativamente baixo (OMS e UNSIDA, 1987)

A maioria das pessoas, principalmente mulheres que comprovadamente têm e confessaram serem portadoras do vírus HIV são abandonadas ou isoladas por suas famílias e amigos depois que estes tomam conhecimento da enfermidade (ANGOLA, 2000)

Os que ficam com as famílias, estes sofrem ainda mais pois, por desconhecimento das formas de transmissão da doença, às vezes são obrigados a comer e beber em pratos e xícaras separados dos demais membros da família.

Em muitas ocasiões chega-se ao cúmulo de as pessoas se recusarem a cumprimentar pensando que ao fazê-lo irá contrair o vírus HIV-SIDA.

Portanto, como se pode constatar, não é a doença em si que é maligna, é muito mais a forma como as pessoas tratam o doente é que mais mata, razão pela qual boa parte das pessoas infectadas não se pronuncia e mantém a sua profissão mesmo sabendo que se encontra infectada com o vírus HIV-SIDA (UNSIDA, 1996).

1.6.3 - Pobreza extrema em que vivem a maioria da população Angolana

Posteriormente, como se poderá observar em relação às características socioeconômicas de Angola, a população que vive como pobre (abaixo da linha da pobreza e vivendo em extrema pobreza) é assustadora, 79% (PNUD, 1998).

Sem medo de errar acredita-se que pode alcançar 90%. Diz-se em torno de 90%, porque esses dados são estimativas e devido à ausência de censo populacional há mais de 15 anos, até porque em um país em guerra fica difícil a ponto de ser impossível fazer-se um censo populacional.

Como tal, a pobreza se destacou como uma das principais razões que levam várias mulheres, menores e maiores de idade, a terem como atividade principal, profissional de sexo (ALADAY, 1995)

A grande maioria, como pode-se constatar nos locais de pesquisa, são deslocadas da guerra que não têm outra forma de sobrevivência, infelizmente; as outras são viúvas, cujos maridos perderam suas vidas na longa guerra civil que o país viveu durante quase 25 anos, ou seja, desde a independência, em 1975 (Ministério de Assistência e Reinserção social de Angola)

Sabe-se também através de estudos pontuais do Instituto Nacional de Estatística, que 60% a 70% dos lares angolanos têm, como chefe de família, uma mulher, e durante esta atual pesquisa pôde-se constatar que há um fundo de verdade, pois muitas mulheres pesquisadas disseram ser chefes de família e que a única fonte de renda do lar era a delas.

ALADAY(1995), advoga que, na luta pela sobrevivência e de acordo com as condições em que a população foi forçada a se submeter, tornou-se difícil encontrar outro emprego por parte de muitas mulheres e contra a vontade se tornaram profissionais de sexo.

Assim sendo, ao se submeter à toda precariedade e aos riscos que essa profissão representa, elas se tornaram também presas fáceis para a disseminação do vírus HIV e de todas as conseqüências por este representadas.

Quem determina aqui o ritmo dos acontecimentos é o cliente, e em muitas ocasiões, como se viu, o cliente oferece mais dinheiro para dispensar o uso de preservativo, o que é prontamente aceito pelas necessidades, representando assim um grande risco para toda a sociedade (PEN DST/HIV/SIDA, 1999).

1.6.4 - Poligamia livre que se observa na sociedade angolana em geral

Uma questão tão polêmica e sem consenso nos dias de hoje, a poligamia é tão oficial nos países árabes no Continente Africano.

Significava na antiguidade um símbolo de poder, ou seja, quanto mais mulheres o cidadão tivesse mais poderoso era, até porque ele não precisava assumir nenhuma responsabilidade diante desta (ANGOLA, 2001).

Passado que está o tempo e com o aparecimento de várias doenças sexualmente transmissíveis, cujo pico destes malfeitores está no surgimento do vírus HIV que é o causador do SIDA, a questão poligamia virou uma das principais preocupações da estrutura do Ministério da Saúde e não só, mas de todos os órgãos e organismos envolvidos na prevenção dos DST-HIV-SIDA (PEN DST/HIV/SIDA, 1999).

No Continente Africano, para além das outras causas envolvidas na transmissão do HIV-SIDA, a poligamia está no topo das principais causas da transmissão das DSTs e do HIV-SIDA, por uma razão não muito simples, pois, por mais que o homem tenha muitas mulheres, parece nunca estar satisfeito sexualmente o que gera uma frequência muito grande de homens casados nos bordéis e nos mercados onde se encontram as profissionais de sexo, para curiosamente manter relações sexuais extraconjugais com estas (ANGOLA, 2000).

Os homens casados também têm o hábito de se envolver com as meninas novas, ou seja, mais novas que suas esposas (camada social vulnerável devido a condições socioeconômicas).

O agravante e preocupante de tudo isso é que as relações são mantidas tanto com mulheres profissionais de sexo que são adultas e casadas como com as meninas da faixa etária dos 14 anos que são profissionais do sexo, sem o uso do preservativo.

Assim, tendo o homem casado se relacionado sexualmente com alguma profissional do sexo ou com a menina de 14 e sem uso do preservativo, e sendo este casado, com duas ou mais esposas, pode contaminar uma das parceiras fora do lar, este simples fato trará para o mesmo o vírus HIV-SIDA ou uma DST que conseqüentemente serão transmitidos para todas as esposas (ANGOLA, 2000).

Desta forma está iniciando um grande e grave problema de saúde pública, pois por falta do uso de preservativo várias pessoas inocentemente estarão contaminadas, ou melhor, estarão com seu estado de saúde comprometido e o estado de gerações futuras, pois são várias as crianças que correm o risco de serem órfãs e outros que nascerão já contaminados com o vírus HIV através da transmissão vertical, e, atendendo à precariedade de assistência médica e medicamentos existentes no país, estas crianças poderão morrer logo (UNSIDA / OMS, 1999).

1.6.5 - A falta de educação e informação das mulheres Angolanas em geral

O acesso limitado dos angolanos à educação e à saúde durante a guerra civil produziu conseqüências desastrosas e incalculáveis; é incrível a quantidade de analfabetos no país. Os meios informativos são bastante limitados também. São todos eles estatais e não atingem todo o território angolano.

A estratégia global formulada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1987, reforçada um ano depois na Assembléia de Saúde Mundial, todos realizados em Genebra, na Suíça, recomendou que a educação sanitária deveria enfatizar a

responsabilidade do indivíduo pelo “resultado do seu comportamento com relação a si próprio, aos outros e à sociedade”, e, a educação sexual, estimular os indivíduos a assumir a responsabilidade pela sua saúde, conscientizando-os dos riscos e benefícios inerentes a vários estilos de vida. (VENTURA, 1995).

O caminho eleito pela OMS, a partir das experiências dos vários países-membros é apostar na mudança de comportamento, por meio da implantação de programas educativos e informativos, enfatizando não só os aspectos da transmissão e prevenção da infecção pelo HIV e das DSTs, como também os direitos das pessoas infectadas em continuarem participando da vida social, estimulando o tratamento voluntário garantindo, através do acesso fácil aos serviços de saúde, a privacidade em todos os estágios do tratamento (VENTURA, 1995).

Desta forma, deve sim haver a garantia do direito à informação, aplicando o seu caráter individual para o direito coletivo, estabelecendo também os meios de controle pela sociedade e pelo estado do conteúdo dessas informações, de forma que fossem preservados os princípios éticos e sociais das pessoas, coibindo qualquer programação ou propaganda de serviços que possam ser nocivos à saúde, sem as devidas advertências.

VENTURA(1995), ressalta que a educação não deve ser a garantia de ir à escola com acesso permanente, mas sua promoção, de forma que proporcione o pleno desenvolvimento do indivíduo para o exercício da sua cidadania.

A educação não pode ser só dever do Estado, mas sim ser dever desta, da família e da sociedade. A responsabilidade coletiva tem que ser permanentemente enfatizada, obrigando a todos a promovê-la e incentivá-la.

Ainda, segundo o autor, seria de bom grado a inclusão do conteúdo pragmático nas escolas, desde o ensino primário sobre todos os aspectos de transmissão e prevenção da infecção pela HIV-SIDA, assim como a implantação de programas abrangentes, dirigidos a professores, pais, alunos, funcionários e dirigentes das escolas.

2 - OBJETIVOS

- **Geral**

Abordagem da transmissão do vírus HIV em profissionais de sexo na cidade de Luanda, capital de Angola, e subsidiar políticas públicas voltadas para a redução da disseminação do vírus HIV/SIDA em profissionais de sexo e demais segmentos da sociedade.

- **Específicos**

- a) Identificar variáveis e indicadores relevantes ao estudo sobre a transmissão e disseminação do vírus HIV/SIDA que possam ser utilizados para a prevenção desta epidemia e outras doenças, usando como parâmetro as profissionais de sexo.
- b) Levantar hipóteses quanto às causas determinantes que levam as mulheres a aderirem a essa profissão.
- c) Estimular e subsidiar a discussão técnica e política sobre o tema mobilizando e sensibilizando o governo e a sociedade civil na definição de prioridades para as políticas de saúde.

***3 - MATERIAL E
MÉTODOS***

Realizou-se um estudo baseado em pesquisa por meio de uma entrevista com as profissionais de sexo residentes em bairros da cidade de Luanda, Angola.

A entrevista cujo formulário se encontra no Anexo 1, se caracteriza como semi-estruturada e foi aplicada em 180 mulheres que assumiram ser profissionais de sexo, sendo esta sua atividade principal e talvez a única. Durante as entrevistas houve diversos comentários por parte das entrevistadas.

As entrevistas foram feitas individualmente, em um dos vários barracos montados nas praças em que foram feitas.

3.1 - COLETA DE DADOS

A coleta de dados e os resultados constatados nesta pesquisa foram resultado de três etapas (três viagens), na cidade de Luanda, todas baseadas em entrevistas simples e diretas, conforme expressa a ficha de inquérito anexa.

O grupo pesquisado, como já dito, foi de 180 mulheres profissionais do sexo com idade compreendida entre 15 e 49 anos, divididas em quatro categorias maritais (casadas, amasiadas, solteiras ou desquitadas), que de forma sucinta e direta expressaram seu grau de conhecimento sobre a transmissão do vírus HIV, responsabilidade ou não na transmissão ou disseminação do vírus HIV-SIDA.

Também foram inquiridos os antecedentes epidemiológicos, sobre história prévia, parceiro, preferência sexual e, por último, o uso ou não do preservativo; este último dado se revelou preocupante, de acordo com as respostas das profissionais de sexo inquiridas. As perguntas, portanto, foram dirigidas às mulheres entrevistadas.

Para análise destes dados foram utilizadas as estatísticas mundiais. Sobre o contágio do vírus HIV-SIDA, assim como os contidos no plano estratégico nacional para as doenças sexualmente transmissíveis – HIV-SIDA – em Angola, de 2000 a 2002.

Foi também levado em conta a superpopulação que vive em Luanda, pois, a cidade abriga mais ou menos 1/3 da população angolana, estudo esse que daria margem à discussão e apontaria caminhos para as soluções deste grave problema de saúde pública no país e no mundo.

As entrevistadas responderam o inquérito de início desconfiadas e após esse período ficaram mais à vontade nas suas respostas.

Não se pode deixar de salientar que a categoria dos profissionais de sexo é uma das mais complicadas de se trabalhar, porque primeiro é uma categoria completamente nômade, ou seja, hoje está num lugar e daqui a três meses, e como não poderia deixar de ser o humor não é o mesmo todos os dias, pois, é uma população vulnerável a todo custo.

Foi realizada análise sucinta dos dados nacionais e políticas de saúde do Governo de Angola (Ministério da Saúde).

*4 - RESULTADOS E
DISCUSSÃO*

A falta de um sistema de informação eficiente e com todos os indicadores básicos necessários (indicadores demográficos, socioeconômicos, taxa de mortalidade, de morbidade, de recurso e de cobertura) não impediu a realização das pesquisas e a chegada de conclusões pertinentes sobre as profissionais de sexo na cidade de Luanda, assim como sobre o já frágil sistema de saúde no país.

O trabalho de campo foi uma experiência inédita, pois, ao mesmo tempo em que proporcionou uma nova visão do que está acontecendo em Angola, desencadeou uma certa depressão e revolta.

Lá estavam mulheres de todas as idades, não foi fácil chegar junto delas e manter um contato, porque como se sabe, o país foi assolado por uma guerra civil e durante todo o período de independência foi governado por um partido único que deixou suas marcas que aqui não interessa citar.

Porém este período, que vai de 1975 até pelo menos 2001, fez com que todos os angolanos, não importando a idade e o sexo, desconfiassem uns dos outros.

O primeiro contato com as profissionais foi mantido na praça de Prenda em janeiro de 2000. Após uma semana de intensas negociações de esclarecimento, comandados pelo Senhor Rosa da AALSIDA (Associação Angolana de Luta contra a SIDA), que já por alguns anos vinha trabalhando com as profissionais no campo de educação em saúde, papel naquela ocasião, e fora de cogitação em ser da polícia secreta. E para não deixar nenhuma dúvida foi pedido que me identificasse, apresentando assim todas as minhas identificações, tanto angolanas quanto brasileiras, e quando anunciei que a pesquisa estava sendo realizada e que veríamos os resultados serem apresentados numa universidade Brasileira, no caso a UNICAMP, felizmente isso despertou certo interesse de colaboração por parte das profissionais de sexo e por que não dos seus aliciados (existem também em Angola).

Durante essa semana de negociações, as mesmas foram feitas simultaneamente nas duas praças (feiras Roque Santeiro e Prenda). As exigências foram as mesmas e os procedimentos de identificação também.

Após esse período iniciaram-se as entrevistas pessoalmente cuja escolha da profissional era aleatória e durante a entrevista esta ficava muito à vontade em comentar algo fora do contexto da ficha, razão pela qual na análise dos dados aparecem muitos comentários que as profissionais proferiam enquanto eram entrevistadas.

Foi um trabalho árduo, mas compensatório. Na primeira viagem foram entrevistados cerca de 70 (setenta) profissionais num período de 30 (trinta) dias de permanência em Luanda e isso foi somente na praça de Prenda. O número diário variava, pois eu dependia-semuito das líderes dos grupos, dos aliciadores e do movimento da praça, ou seja, quanto mais movimento, mais possibilidade, mais entrevistas.

Apesar de todos argumentos do Senhor Rosa e das identificações do pesquisador, a primeira semana das entrevistas foi infrutífera, pois ainda persistia uma certa dúvida, mas à medida que o tempo foi passando, conseguiu-se conquistar a confiança das líderes, dos aliciadores e das próprias profissionais que, em alguns períodos de intervalo das entrevistas se interessavam muito em ouvir histórias do Brasil. Afinal de contas, a relação entre Angola e Brasil é secular e felizmente o Brasil desperta muita atenção em Angola.

Após conquistar a confiança, as entrevistas ocorriam normalmente e geralmente num dos quiosques próximos aos locais onde se concentravam a maioria das profissionais.

Como já referido, o sucesso ou o fracasso do dia dependia do humor também.

Uma das coisas muito marcantes que ficaram foram os comentários “Olha, o Dr. já chegou. Quem ainda não conversou com ele é melhor ir lá, porque senão o nome dele não será divulgado no Brasil.”

Contudo, como no começo foi acordado entre as profissionais, o mediador e o pesquisador, os nomes não iriam ser divulgados .

Como tal, já não era necessário muito mais esforço de convencimento; elas próprias e de acordo com as possibilidades apareciam no quiosque e em seguida, como de hábito, era sempre esclarecido a elas o nome do pesquisador e os objetivos deste trabalho.

Muitas delas interrogavam “O que vamos ganhar com isso?”. E, em quase todos os momentos em que era interrogado dessa forma o pesquisador pacientemente respondia “Esses dados serão usados para se traçar planos estratégicos de luta contra a SIDA, o que beneficiará não só a vocês, mas a toda a sociedade angolana. Com base nesses dados haverá uma discussão árdua que levará as autoridades angolanas a se preocuparem com a expansibilidade do vírus HIV/SIDA não só através das profissionais, mas a sociedade como um todo”.

As entrevistas tinham os momentos mais depressivos quando, em muitas ocasiões, a entrevistada começava a chorar ao se lembrar que estava no lugar incerto na hora errada, pois em tom de desabafo muitas delas diziam que não queriam mais ficar lá e praticar o que praticavam.

Quando se olhava para a mulher ali chorando, imaginava-se muita coisa, principalmente o sofrimento daquele ser humano ali à frente e saber que ela tinha toda razão do mundo.

Automaticamente parava-se a entrevista, começava-se a conversar com a profissional algo diferente, dando-lhe esperanças de que o dia que a paz chegasse viriam com ela, o bem-estar social dos angolanos, pois muitas das mulheres que lá estavam iriam retornar às suas áreas de origem (Já que, a maioria das profissionais eram refugiadas ou deslocadas de guerra) e lá cultivariam tudo que queriam e assim não seria mais necessário se prostituírem. Em muitas ocasiões esse discurso era em vão, pois ninguém sabia quanto tempo iria durar a guerra, que felizmente já terminou.

O momento crítico de muita depressão é quando o pesquisador retornava pra casa após um longo e exausto dia de muitos acontecimentos. Ele ficava pensando durante à noite: “Será que vale a pena continuar fazendo essa pesquisa, será que vale a pena retornar naquele lugar e de novo assistir às mulheres chorando?”.

Voltando ao assunto depressão, certo dia durante a última coleta de dados, uma das entrevistadas colocou uma questão muito delicada: “Ainda bem que veio hoje, disse ela, pois quero te dizer uma coisa: Vocês que sempre vêm aqui e falam para que nós não

podemos ter relações sexuais sem preservativos, veja só o que aconteceu comigo ontem. Eu saí da minha casa determinada, que durante todo dia de ontem, qualquer relação que tivesse obrigaria o meu cliente a usar preservativo, o resultado foi de que, 7 clientes, que após o contato e lhes informar que o ato sexual só se concretizaria usando preservativo para que ele e eu possamos nos prevenir das doenças, a primeira pergunta que eles faziam era: —Você que vai pagar ou sou eu?, e em seguida dirigiam-se para contato com outras colegas. Assim, ontem voltei pra casa sem nenhum tostão e como consequência todos os cinco integrantes da minha casa dormiram com fome e também não tomaram o pequeno almoço (café da manhã) e por cima eu, para sair daqui tive que emprestar um dinheiro para uma das colegas, isso é só para tu sentires o nosso drama, concluiu”

Pouco pôde ser feito face a colocação das entrevistadas, pois apesar do acontecido há necessidade sim do uso de preservativo e elas não podiam desistir na sua investida sobre o uso de preservativos, já que essa é uma das armas que elas têm para se proteger de doenças e de gravidez indesejada.

Realizar essa pesquisa foi o primeiro passo para saber dos problemas que aquela categoria passava e ao colocá-las na mesa de discussão de qualquer natureza estava contribuindo em solucionar parte dos problemas que aflige a sociedade Angolana.

Assim, foram freqüentados os mercados para consequentemente entrevistar as profissionais de sexo.

A segunda viagem que foi realizada em maio de 2001, também permitiu a realização de mais ou menos 80 entrevistas e a rotina não mudou, o contato foi mais fácil pois a maioria das mulheres, líderes e aliciadores já conheciam o pesquisador, e aliás, quando aconteceram as primeiras entrevistas e no momento antes de regressar ao Brasil, houve despedida à todas e promessa de retorno com os mesmos objetivos, razão pela qual no segundo contato não houve problema.

Foram enfrentadas situações inusitadas, não por parte das meninas, mas dos seus aliciadores, que em muitas ocasiões pediam dinheiro para que o trabalho continuasse, pois as pessoas que lá estavam precisavam comer, isso foi constatado, principalmente nos dias de pouco movimento de homens no local. Paradoxalmente eram os dias mais proveitosos para as minhas entrevistas.

Contudo, dialogando, não foi necessária a gorjeta ou então como é vulgarmente conhecido em Angola, não foi necessário a “gasosa”.

Na última viagem realizada em agosto de 2002 foram realizadas somente 30 (trinta) entrevistas, haja vista que o grosso das profissionais que se encontravam no local já havia sido entrevistado e muitas eram novatas nos locais e não deixaram de colocar diversas preocupações entre as entrevistas. Apesar dos esclarecimentos amplamente citados neste trabalho, parte das mesmas queria saber se iria ganhar dinheiro com isso e como tal, pacientemente assegurei que esse não era o objetivo do trabalho.

Durante as entrevistas muitas mulheres confidenciaram ter medo de passar no médico e fazer os exames, porque não querem saber de forma alguma se são ou não portadoras do vírus HIV.

Sempre que terminara uma etapa das entrevistas e para cumprir um dos principais objetivos deste trabalho que é a prevenção das DST e principalmente o HIV/SIDA, convidara o Senhor Rosa para que o último dia fosse dedicado à distribuição de preservativos, assim como de aconselhamento sobre o risco que elas correm ao exercer essa profissão e em muitas ocasiões de não praticarem o sexo seguro.

Foi um trabalho e uma experiência oportuna, pois pode-se sentir o quanto o povo anda desconfiado, o quanto as pessoas estão a fazer aquilo que não gostariam, o quanto a guerra civil produziu um sofrimento profundo e interrompeu sonhos de crianças, adolescentes e adultos.

O que doeu mais foi a presença de menores que confidenciaram em muitas ocasiões que foram estimuladas a estar nesta profissão pelos próprios pais, pois o trabalho delas seria o ganha pão de casa. É triste, mas segue a vida.

A pesquisa ora relatada foi realizada na cidade de Luanda, como percebe-se é uma cidade que contempla 1/3 da população Angolana, e vive, como se sabe, todos os problemas das grandes cidades dos países subdesenvolvidos, ou melhor, em via de desenvolvimento, assim a cidade está sem saneamento básico adequado, sem esgoto para todos, sem comida suficiente para todos, sem emprego digno para todos, ou seja, está super povoada por razões já apontadas.

Esta cidade, com mais ou menos de 4 a 5 milhões de habitantes, outrora construída para acomodar, na pior das hipóteses, um milhão de habitantes, mas os sucessivos conflitos militares que atingiram o país nas últimas décadas fizeram deslocar vários cidadãos para a cidade capital em lugar supostamente seguro em relação às áreas de origem dessa imensa multidão.

Assim com todos esses problemas apontados houve crescimento da delinqüência e porque não da prostituição, diz a lenda, que essa é uma das profissões mais antigas do mundo.

A população das profissionais de sexo em Luanda é estimada em oitocentos a novecentos profissionais.

Por último, recordando que foram realizadas 180 entrevistas divididas em três etapas (viagens para Luanda) de forma direta, através de uma ficha onde constava o nome, que por razões de sigilo, foi sempre abreviado. Constaram também na ficha: a data de nascimento, dado que proporcionaria calcular a idade da profissional; o domicílio, com intuito de conhecermos os bairros onde havia a maior concentração da categoria; o grau de escolaridade; estado marital; assim como a revelação direta com os homens com os quais mantinham mais relações sexuais. Aqui se salienta a figura cidadão estrangeiro, cobiçado por todas em virtude de trazer dólares americanos no bolso, e em muitas ocasiões pagava mais e dispensava o uso de preservativo. – “Isso não é só prática de estrangeiro não”.

Foram também sugeridos, os conhecimentos sobre as formas de transmissão do vírus HIV/SIDA, o nível de consciência sobre o resultado de exame (ELISA) e caso fosse positivo, ou seja, indicando que ela fosse portadora do vírus HIV, sealaria a alguém.

Inquiriu-se também a responsabilidade profissional e humana de continuar a trabalhar como profissional de sexo sabendo estar contaminada com o vírus HIV, e saber também das entrevistadas, se tinham conhecimento das formas de transmissão da doença e se sabiam sobre a cura ou não da SIDA.

As histórias prévias de DST, transfusão sanguínea e uso de drogas, suas e de seus eventuais parceiros foram inquiridos.

Por último também foram abordados, a preferência sexual das profissionais e se usavam o preservativo durante o ato sexual como barreira, no sentido de proteger não só do vírus HIV/SIDA, como doenças sexualmente transmissíveis ou gravidez indesejada.

Na próxima etapa seguem os resultados e a análise dos dados.

As 180 mulheres entrevistadas responderam às perguntas de uma forma direta e conforme a ficha em anexo e teceram vários comentários que serão encontrados neste capítulo.

Durantes as entrevistas as profissionais ficaram à vontade para comentarem algo que quisessem como já foi colocado anteriormente. Começa aqui por apresentar o grau de escolaridade das profissionais:

Tabela 3 - Escolaridade das profissionais de sexo entrevistadas nos três deslocamentos à Luanda entre 2000 e 2002

<i>ESCOLARIDADE</i>	<i>FREQ.</i>	<i>Percentual</i>
Analfabeta	54	30.0
Ensino de base incompleto	105	58.3
Ensino de base completo	21	11.7
<i>Total</i>	<i>180</i>	<i>100.0</i>

Pode-se constatar, conforme a tabela, que a maioria das profissionais de sexo tem o ensino de base incompleto, ou seja, começaram a estudar e não terminaram, e vale ressaltar que o ensino de base vai de pré-primário à 8ª classe (série). Isso não deixa de ser uma das conseqüências do conflito militar que deixou em segundo plano as questões sociais entre 1975 e 2002, período em que o povo angolano jamais conheceu um momento de paz sequer.

Tabela 4 - Bairros de residência das profissionais de sexo entrevistadas nos três deslocamentos à Luanda entre 2000 e 2002

<i>BAIRRO</i>	<i>FREQ.</i>	<i>Percentual</i>
Angola e Cuba	1	0.6
Baixa de Luanda	2	1.1
Benfica	9	5.0
Bricanil	1	0.6
Cacuaco	4	2.2
Cassenda	6	3.3
Cassequele	8	4.4
Cazenga	14	7.8
Cimangola	8	4.4
Cuca	6	3.3
Da Polícia	1	0.6
Golfo	6	3.3
Golfo II	4	2.2
Ilha de Luanda	3	1.7
Mabor	8	4.4
Maculosso	1	0.6
Malanginho	4	2.2
Martal	2	1.1
Morro Bento	1	0.6
Nelito Soares	2	1.1
Neves Bendinha	7	3.9
Nocal	4	2.2
Palanca	10	5.6
Petragol	5	2.8
Popular	2	1.1
Praia do bispo	4	2.2
Precole	4	2.2
Prenda	12	6.7
Rocha Pinto	5	2.8
Samba	2	1.1
Sambizanga	8	4.4
São Paulo	4	2.2
Sapu	1	0.6
Terra Nova	6	3.3
Tourada	3	1.7
Viana	2	1.1
Vila da Mata	5	2.8
Zamba 1	1	0.6
Zona da Mata	2	1.1
<i>Total</i>	<i>180</i>	<i>100.0</i>

Com base nestes dados, constata-se que mesmo havendo alguns bairros com maior concentração, como Cazenga, Palanca, Prenda, etc., há uma dispersão das mesmas quase em todos os bairros da cidade de Luanda.

Tabela 5 - Estado marital das profissionais de sexo entrevistadas nos três deslocamentos à Luanda entre 2000 e 2002

<i>ESTADO MARITAL</i>	<i>FREQ.</i>	<i>Percentual</i>
Casada/Amasiada	30	16.7
Solteira	66	36.7
Viúva	43	23.9
Separada/Desquitada	41	22.8
<i>Total</i>	<i>180</i>	<i>100.0</i>

Como não podia deixar de ser a maioria das profissionais de sexo são solteiras, destacando-se também a grande quantidade de viúvas, mulheres separadas ou desquitadas e também mulheres casadas, que têm o sexo como o seu ganha-pão.

É de se destacar que entre as mulheres solteiras encontra-se grande quantidade de adolescentes entre 14 e 17 anos, que têm essa profissão pela conveniência, muitas vezes de seus pais, já que esta seria uma forma de alimentar a família.

Salienta-se que em relação às Tabs. 7, 8, 9, 10 e 11, que tratam dos homens com quem a profissional mantém mais relações sexuais, esclarece-se que a profissional não se encarrega em perguntar, mas segundo elas, “os próprios homens é que na maioria das vezes falam os seus estados maritais”, e assim, as mulheres acabam sabendo principalmente na hora de fazer os acertos do “programa”, pois antes de se consumir o ato existe uma conversa preliminar para acertar os valores a serem pagos antes da relação sexual.

As entrevistas não foram gravadas por exigência das entrevistadas, pois, temiam que a fita pudesse ter um destino diferente do combinado.

O estrangeiro facilmente era distinguido, pois geralmente não falava conveniente e corretamente a língua portuguesa e era sempre acompanhado por um cidadão angolano que servia de tradutor da língua estrangeira para o português.

A maioria de cidadãos estrangeiros eram congolezes, zambianos, senegaleses, sul africanos, botswanos e europeus em geral, segundo confidenciaram as entrevistadas.

Tabelas 6,7,8,9 e 10 – Homens com quem as profissionais de sexo entrevistadas nos três deslocamentos à Luanda entre 2000 e 2002 mais mantêm relações sexuais

Tabela 6 - Homens casados

<i>HOMENS CASADOS</i>	<i>FREQ.</i>	<i>Percentual</i>
SIM	119	66.5
NÃO	61	33.5
<i>Total</i>	<i>180</i>	<i>100.0</i>

Tabela 7 - Homens solteiros

<i>HOMENS SOLTEIROS</i>	<i>FREQ.</i>	<i>Percentual</i>
SIM	163	91.1
NÃO	17	9.9
<i>Total</i>	<i>180</i>	<i>100.0</i>

Tabela 8 - Homens viúvos

<i>HOMENS VIÚVOS</i>	<i>FREQ.</i>	<i>Percentual</i>
SIM	2	0.6
NÃO	178	99.4
<i>Total</i>	<i>180</i>	<i>100.0</i>

Tabela 9 - Homens separados

<i>HOMENS SEPARADOS</i>	<i>FREQ.</i>	<i>Percentual</i>
SIM	2	0.6
NÃO	178	99.4
<i>Total</i>	<i>180</i>	<i>100.0</i>

Tabela 10 - Homens estrangeiros

<i>HOMENS ESTRANGEIROS</i>	<i>FREQ.</i>	<i>Percentual</i>
SIM	151	84.4
NÃO	29	15.6
<i>Total</i>	<i>180</i>	<i>100.0</i>

Analisando-se tabelas em bloco, pode-se observar que a maioria das mulheres tem a preferência pelos estrangeiros, por uma questão muito simples, são eles que têm bastante dinheiro e ainda em dólar americano. Esse fator é o grande atrativo e, infelizmente, o que também gera muita preocupação, pois vários cidadãos estrangeiros são provenientes de países com alto índice de contaminação, tais como: República Democrática do Congo, República da Zâmbia, República de Botswana, República da África do Sul, etc., países cuja taxa de contaminação seria entre os 15% e 40% e também europeus em geral.

Aqui também se verifica que os homens casados têm uma certa preferência, pois apesar das dificuldades socioeconômicas estes pagam melhor também, segundo informações das próprias profissionais.

Os homens solteiros também não deixariam de ter a sua vez. Somente os viúvos é que foram pouco mencionados neste caso.

Tabelas 11,12,13,14,15 e 16 – As formas de transmissão do vírus HIV-SIDA de que as profissionais de sexo tinham conhecimento.

Tabela 11 - Relações sexuais como forma de transmissão do vírus HIV

<i>RELAÇÕES SEXUAIS</i>	<i>FREQ.</i>	<i>Percentual</i>
SIM	179	99.4
NÃO	1	0.6
<i>Total</i>	<i>180</i>	<i>100.0</i>

Tabela 12 - Transfusão de sangue como forma de transmissão do vírus HIV

<i>TRANSFUSÃO DE SANGUE</i>	<i>FREQ.</i>	<i>Percentual</i>
SIM	179	99.4
NÃO	1	0.6
<i>Total</i>	<i>180</i>	<i>100.0</i>

Tabela 13 - Forma vertical como forma de transmissão do vírus HIV

<i>FORMA VERTICAL</i>	<i>FREQ.</i>	<i>Percentual</i>
NÃO	180	100.0
<i>Total</i>	<i>180</i>	<i>100.0</i>

Tabela 14 - Uso de drogas injetáveis como forma de transmissão do vírus HIV

<i>USO DE DROGA</i>	<i>FREQ.</i>	<i>Percentual</i>
SIM	19	10.0
NÃO	61	89.4
<i>Total</i>	<i>180</i>	<i>100.0</i>

Tabela 15 - Acidente de trabalho com agulhas ou outros materiais perfuro-cortantes como forma de transmissão do vírus HIV

<i>ACIDENTE DE TRABALHO</i>	<i>FREQ.</i>	<i>Percentual</i>
NÃO	180	100.0
<i>Total</i>	<i>180</i>	<i>100.0</i>

Vale salientar que, feliz ou infelizmente, a maioria das mulheres sabia que o contágio poderia se dar através das relações sexuais e algumas poucas mencionaram o uso de drogas como outras formas de transmissão; as formas verticais e acidentais não foram mencionadas por serem até então desconhecidas. Assim também a transfusão sanguínea e outras formas, que a maioria desconhecia.

Ora, também , infelizmente, a maioria sabe que é através das relações sexuais, porque isso desperta ou despertaria o interesse pela prevenção da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis. Infelizmente não é o que acontece por várias justificativas anteriormente mencionadas e volta-se a citá-las: inibição na hora de utilização, redução do erotismo e do prazer, o desejo acontece e não há preservativo à mão, desinformação quanto ao comportamento de risco e as formas de prevenção e o pensamento mágico de que “a doença não vai me pegar” ou “isso nunca vai acontecer comigo”.

Tabela 16 - Caso a profissional entrevistada na ocasião fizesse exames e fosse confirmado que tem HIV/SIDA falaria a alguém?

<i>FALARIA</i>	<i>FREQ.</i>	<i>Percentual</i>
NÃO	180	100.0
<i>Total</i>	<i>180</i>	<i>100.0</i>

Este é um dado alarmante, pois se pode constatar, nenhuma das mulheres entrevistadas falaria a alguém. Lógico que teve uma justificativa para isso e a maioria apontou o preconceito ou discriminação dentro da sociedade e da família, assim como o abandono, que seriam as verdadeiras razões por detrás desta atitude.

Como se vê, é realmente preocupante a situação de SIDA em Angola, requer neste momento um certo dinamismo por parte das autoridades, no sentido de se trocar melhores políticas de saúde, para que este comportamento não se mantenha por muito tempo, pois coloca em risco a vida de milhares, se não mesmo, milhões de angolanos.

Tabela 17 - Mesmo assim sabendo que a profissional entrevistada na ocasião tivesse o vírus HIV continuaria trabalhando como profissional de sexo da mesma forma como antes do resultado dos exames?

<i>CONTINUA TRABALHANDO</i>	<i>FREQ.</i>	<i>Percentual</i>
SIM	178	98.9
NÃO	2	1.1
<i>Total</i>	<i>180</i>	<i>100.0</i>

É outra situação preocupante, pois como mostra a Tab. 17, das 180 profissionais entrevistadas, apenas 2 (duas) deixariam de trabalhar como profissionais do sexo. A grande maioria afirmou que continuaria sim, pois tem esta profissão como o seu único ganha-pão, o que é lamentável, mas real. "Se eu deixar de fazer isso eu vou fazer o quê?", indagaram algumas.

Tabela 18 - Teste de conhecimento das profissionais de sexo sobre a doença causada pelo HIV - Sabe que SIDA é uma doença que não tem cura?

<i>SABE QUE NÃO TEM CURA</i>	<i>FREQ.</i>	<i>Percentual</i>
SIM	47	26.1
NÃO	133	73.9
<i>Total</i>	<i>180</i>	<i>100.0</i>

Verifica-se que a grande maioria das entrevistadas (73,9%) não sabia que a SIDA não tem cura, o que é muito preocupante. Isso é um indicativo da falta de informação sobre a epidemia do HIV-SIDA, e é uma falha gritante das autoridades competentes, que deve ser corrigida com maior brevidade possível.

Por outro lado, ressalta-se que 26,1% tinham conhecimento de que a SIDA é uma doença que não tem cura.

Tabelas 19,20 e 21 – História prévia sobre exposição à DST, transfusão sanguínea e uso de drogas da profissional de sexo entrevistadas

Tabela 19 - A profissional já teve DST?

<i>A profissional já teve DST</i>	<i>FREQ.</i>	<i>Percentual</i>
SIM	32	17.8
NÃO	148	82.2
<i>Total</i>	<i>180</i>	<i>100.0</i>

Tabela 20 - A profissional já sofreu alguma transfusão de sangue ou derivados?

<i>A profissional já sofreu TRANSFUÇÃO</i>	<i>FREQ.</i>	<i>Percentual</i>
SIM	4	8.2
NÃO	176	97.8
<i>Total</i>	<i>180</i>	<i>100.0</i>

Tabela 21 - A profissional já usou drogas?

<i>A profissional já usou DROGAS</i>	<i>FREQ.</i>	<i>Percentual</i>
SIM	1	0.6
NÃO	179	99.4
<i>Total</i>	<i>180</i>	<i>100.0</i>

Constata-se que 17,8% das entrevistadas tinham história de DSTs e 2,2% de transfusão sanguínea e somente 0,6% de uso de drogas.

Com esses dados pode-se afirmar que o contato sexual continua a ser a forma mais contundente de transmissão do HIV-SIDA, embora a transfusão sanguínea não possa ser ignorada em virtude da pouca confiabilidade existente no controle de qualidade de sangue, que normalmente se usa nos centros clínicos e hospitais locais. É urgente sim implantar o quanto antes mecanismos de controle de qualidade de sangue para evitar que o contágio por essa via se alastre de uma forma assustadora.

As campanhas de mobilização sobre os efeitos nefastos do uso de drogas devem se intensificar, não só como forma de prevenção ao uso de drogas, mas também prevenir o contágio do vírus HIV-SIDA por esta via.

Tabelas 22,23,24 e 25 – História de parceiros com DST, com quem a profissional manteve relações sexuais, transfusão sanguínea, uso de drogas e HIV-SIDA

Tabela 22 - A profissional sabia se o parceiro tinha DST?

<i>Os parceiros tinham DST</i>	<i>FREQ.</i>	<i>Percentual</i>
SIM	23	12.8
NÃO	157	87.2
<i>Total</i>	<i>180</i>	<i>100.0</i>

Tabela 23 - A profissional sabia se o parceiro já sofreu alguma transfusão de sangue ou derivados?

<i>Os parceiros já fizeram TRANSFUSÃO</i>	<i>FREQ.</i>	<i>Percentual</i>
SIM	6	3.3
NÃO	174	96.7
<i>Total</i>	<i>180</i>	<i>100.0</i>

Tabela 24 - A profissional sabia se o parceiro já usou drogas?

<i>Os parceiros já usaram DROGAS</i>	<i>FREQ.</i>	<i>Percentual</i>
SIM	3	1.7
NÃO	177	98.3
<i>Total</i>	<i>180</i>	<i>100.0</i>

Tabela 25 - A profissional sabia se o parceiro era portador do HIV?

<i>Os parceiros estavam com HIV</i>	<i>FREQ.</i>	<i>Percentual</i>
NÃO	180	100
<i>Total</i>	<i>180</i>	<i>100.0</i>

Sobre os parceiros com quem as mulheres profissionais de sexo mantêm as relações e para o conhecimento dos antecedentes epidemiológicos contidos nas Tabs. 22, 23, 24 e 25 não são, portanto, as mulheres que fazem as perguntas diretas, são os próprios homens que em muitas ocasiões ou quase sempre fazem os comentários desses antecedentes.

Verifica-se nestas tabelas que 12,8% das entrevistadas mantiveram contato com parceiros que já tiveram doenças sexualmente transmissíveis, 3,3% tiveram parceiros transfundidos e 1,7% usuários de drogas e por último, nenhuma das entrevistadas afirmou ter tido parceiro com HIV-SIDA. Esse último item chama a atenção, pois como já se colocou anteriormente, impera a lei de silêncio e mesmo que alguém já tivesse contato com parceiro HIV+ não falaria, com medo de discriminação e muito mais de exclusão social e rejeição completa, tanto na sociedade em geral, como no seio familiar, o que é cruel, porque todos sabem que no momento que alguém revela ser portador do HIV é o momento em que a pessoa necessita muito de apoio, tanto por parte da sociedade, das estruturas de saúde e principalmente da família em geral.

Tabela 26 - Preferência sexual da profissional entrevistada em Luanda

<i>PREF. SEX.</i>	<i>FREQ.</i>	<i>Percentual</i>
Heterossexual	180	180
<i>Total</i>	<i>180</i>	<i>100.0</i>

Aqui, todas foram unânimes em afirmar que a preferência é heterossexual. Trata-se de um fato cultural, pois as outras preferências causaram certo espanto nas entrevistadas, pois muitas delas declararam não ter conhecimento da existência de outras preferências sexuais.

Tabela 27 - Sobre a prevenção nas profissionais de sexo entrevistadas nos três deslocamentos para Luana de 2000 a 2003

<i>PRESERVATIVOS</i>	<i>FREQ.</i>	<i>Percentual</i>
Às vezes usa	180	180
<i>Total</i>	<i>180</i>	<i>100.0</i>

É um dado preocupante, pois todas foram unânimes em afirmar que somente às vezes usam o preservativo, não porque querem, é porque as circunstâncias exigem. Todas imputaram a responsabilidade desse comportamento aos parceiros-clientes, que em muitas ocasiões se recusam a fazer uso do preservativo, alegando inibição do ato sexual, redução do erotismo e do prazer, a desinformação quanto ao comportamento de risco e as formas de prevenção e, como não podia deixar de ser aquele pensamento de que a doença não vai me pegar e isso não vai acontecer comigo.

Outrossim em muitas ocasiões também há a falta gritante de preservativos e muitas vezes o desejo acontece e não há preservativo à mão e se concretiza o ato sexual de alto risco entre a profissional e seu cliente.

A outra façanha que acontece, às quais às vezes os clientes oferecem um valor acima do estipulado, é dispensar o uso de preservativos, disseram as entrevistadas, o que é lamentável, mas em certas circunstâncias compreensível, infelizmente.

5 - CONCLUSÃO

Pode-se concluir que após inquérito e uma análise minuciosa do trabalho, a maioria das profissionais de sexo tinham sim conhecimento da existência da SIDA, doença esta que se desenvolve após a contaminação pelo vírus HIV, cujos meios de contágio foram amplamente colocados neste trabalho, porém neste caso e em quase todo o território angolano, a maioria das pessoas foi contaminada por intermédio de relações heterossexuais.

Porém, mesmo sabendo do risco que as profissionais correm, assim como toda a população em geral, arrisca a vida por razões de carência (alimentação principalmente), pois se trata de uma questão de sobrevivência.

Contudo tem-se que acreditar que o futuro é promissor e deve-se acreditar também que as ações de prevenção, educativas e de erradicação da pobreza a serem implementadas pelos governantes, sociedade civil e ONGs diminuirão drasticamente o comportamento de risco de todos os cidadãos angolanos.

Pese embora ser de conhecimento público que o uso de preservativo diminui o risco e até evita a transmissão do vírus HIV/SIDA e DST, assim como evita a gravidez indesejada, o seu uso ainda não convenceu o indivíduo de que o sexo será seguro e que não alterará o prazer.

É lamentável que se encontre ainda muita resistência principalmente por parte dos homens e ainda mais por aqueles que freqüentam os locais onde se concentram as profissionais de sexo.

Conclui-se também e isso talvez até seja o óbvio, que a maioria das profissionais são refugiadas ou deslocadas de guerra e que lá estavam simplesmente para o ganha-pão, ou seja, as questões de carência socioeconômicas se sobrepuseram à vontade de se proteger das DSTs, assim como do HIV/SIDA. É uma profissão humilhante e que a maioria como tal não gostaria de exercer, mas...

A destruturação dos lares, causada pelas atrocidades da guerra civil cujas conseqüências nefastas são de conhecimento público, ajudou a empurrar muitas mulheres à única escolha naquele momento, pois se viram encurraladas pelas necessidades cotidianas que garantissem a continuação da vida.

Outrossim, estando mulheres (profissionais de sexo, que seja bem claro aqui) em desvantagem de poder econômico (em relação aos homens que as procuram), este fala mais alto, pois como já se frizou ao longo deste trabalho, boa parte destes homens paga valores acima dos estipulados simplesmente para dispensar o uso do preservativo, colocando em risco tanto a vida das profissionais quanto a dos homens casados e poligâmicos, assim como toda a clientela. É um desastre, pois este corre o risco de se contaminar e posteriormente contaminar todas as suas parceiras “oficiais”, acarretando conseqüências no mínimo desastrosas.

Tudo isso que acontece tanto com as profissionais de sexo e seus “clientes”, assim como com todo cidadão angolano tem um pano de fundo, e, como aconteceu com todas as áreas sociais desde a independência até os dias de hoje, faltam políticas claras na área de saúde.

Falta o governo dizer o que pretende e vai fazer, como vai fazer, onde vai fazer, e quando vai fazer, e também a sociedade civil pouco se movimentou para que isso fosse possível pois o seu espaço e os seus passos estavam limitados.

Como não há nenhum sistema de informação capaz de interligar os diversos setores que se esforçam em combater a SIDA e muito menos um sistema que interligue o país, esperam-se que sejam criadas condições e que não haja atraso, para a montagem do mesmo.

Por último, faltam quadros com qualidade técnica e profissional adequados não só na área da saúde como em outras áreas também.

Houve portanto uma fuga brusca de quadros para o exterior após a independência e de lá até os dias de hoje não houve reposição suficiente dos mesmos.

É imprescindível portanto, uma política de saúde que contemple como tarefas principais a formação de quadros, educação sanitária, medidas preventivas práticas e funcionais – “Isso era para ontem”, pois caso contrário o futuro é simplesmente sombrio para as próximas gerações.

Concluindo, se não se estimular a auto-proteção, a auto-estima e a responsabilidade de todos sobre a disseminação das doenças, garantindo direitos individuais básicos dos infectados e optar-se por leis restritas e coercivas que não garantam a privacidade e o respeito ao portador, o resultado será o afastamento de grande parte da população das medidas de vigilâncias, com prejuízo para o controle e prevenção das doenças.

Assim, a ampliação desses projetos educativos, incluindo a educação sexual, prevenção a doenças sexualmente transmissíveis e ao uso de drogas, é medida necessária e urgente para a formação de uma geração sem medo e preconceitos, mas conscientizados dos riscos e benefícios decorrentes de determinados comportamentos.

A integração interministerial (educação, saúde, comunicação, juventude e esporte, promoção social, etc.) é um caminho viável a seguir.

6 - RECOMENDAÇÕES

1. É Preciso com urgência atacar as causas que provocam a miséria e a pobreza extrema em que se encontram 90% da população angolana, pois se sabe que é um dos grandes contribuintes para a disseminação do vírus HIV/SIDA.

Acredita-se que o fim da guerra civil, ou seja, foi o ponto de partida para que finalmente comece a reduzir a níveis mais baixos a pobreza e a miséria. É uma longa luta cujos resultados não são esperados em curto, mas sim a médio e longo prazos. As pessoas deslocadas e refugiadas que neste momento regressam às suas áreas de origem, assim como o reassentamento dos ex-combatentes desmobilizados contribuiu para o esvaziamento das grandes cidades (onde a população se amontoa sem as mínimas condições de vida).

Espera-se, portanto, a retomada da produção agrícola que permitirá o reabastecimento de bens essenciais e de primeira necessidade à população faminta.

2. Promover a educação, prevenção e cuidados assistenciais no seio dos profissionais direta ou indiretamente ligados ao combate à SIDA, assim como no seio da população em geral.

É verdade que durante o período em que as atenções do governo se viraram quase que na sua totalidade sobre a guerra civil, a maioria das atividades das áreas sociais quase foi entregue à sua própria sorte. A educação sanitária também é um problema, porque como não houve a construção de novas infra-estruturas após a independência, houve a sobrecarga e a destruição das já existentes, o que dificultou em promover campanhas educativas e de prevenção de qualquer natureza. Faltou e continua a faltar estímulo aos trabalhadores, tanto da área de saúde como em outras áreas. Isso é inegável, e assim urge a necessidade de resgatar o estímulo para que se desenvolva um trabalho de educação e prevenção à altura das necessidades ou exigências.

3. É preciso criar novos elementos na sociedade que contribuam grandemente na mudança de comportamento do cidadão em geral.

A PAZ: Este é o mais célebre novo elemento que surgiu em Angola e era o mais esperado de todos, porque as estruturas públicas e privadas praticamente andavam paradas devido à guerra civil. Com a paz acredita-se que começou uma nova era que

certamente contribuirá para o bem-estar social de todos os angolanos e que tirará muitas crianças dessa profissão, a de profissional de sexo, as levando para escolas e outras localidades onde deveriam estar antes de aderirem a essa profissão.

4. Envolver as igrejas nesta luta e os “SOBAS” significa atingir quase que 90% da população, principalmente nas áreas urbanas de maior concentração populacional.

Sabe-se que algumas igrejas são contra o uso de preservativos, controle da natalidade, etc, mas pela dimensão dos problemas (o vírus da SIDA no mundo, na África) principalmente na região Austral do continente e depois em Angola, não há mais como fugir dessa responsabilidade, pois é de todos os cidadãos independentemente do que fazem, porque se não o futuro torna-se sombrio.

Os “SOBAS” como chefes tradicionais são ouvidos constantemente pela população, pois são eles os elos de ligação entre as esferas governamentais e a população, sendo assim são elementos válidos para promover campanhas educativas e preventivas diante da população ao seu alcance.

5. Deixar a luta contra a SIDA somente sob responsabilidade do Ministério da Saúde, todos já sabem não dar certo; é preciso sim envolver todos os segmentos da sociedade e outros ministérios e secretarias do estado. Como aqui aos Ministérios da Educação, Cultura e desportos, aliás em todos os lugares onde os programas de combate à SIDA deram certo, foi e continuará a ser dessa forma. Trabalhar de forma integrada, coerente é preciso, pois dessa forma aparecem os resultados, o contrário daquele velho ditado não será aplicado, o que diz: “A união faz a força”.

Portanto é uma grande oportunidade de todos trabalharem em conjunto para que a prevenção do HIV/SIDA tenha resultados palpáveis e que obviamente sejam benefícios para a sociedade angolana.

6. Devem ser envolvidos todos os meios de comunicação existentes na promoção de campanhas, embora as campanhas da mídia tendam a aumentar o tom de alerta. Ora, apesar da taxa assustadora do analfabetismo, a redução

drástica do poder de compra, etc, existe uma solidariedade geral nas grandes cidades onde pelo menos é notória a presença das emissoras de rádio e recentemente da televisão pública. Por exemplo, na hora do noticiário televisivo, todos os vizinhos que não possuem nenhum aparelho de TV vão até a casa de algum vizinho e lá assistem ao noticiário e aos programas subsequentes (novelas, etc..) e isso é de conhecimento público.

Assim, o Ministério da Saúde, e todos envolvidos na luta contra o HIV/SIDA poderiam aproveitar esse espaço para lançarem as campanhas de prevenção e esclarecimento sobre essa epidemia mundial, porque o vizinho e a vizinha não se importam com a quantidade de pessoas que estarão em sua casa, pois sabem da dificuldade de todos. É incrível, mas uma nação em sofrimento é assim: uma mão lava a outra.

7. Aumentar o número de informações e melhorar a qualidade da mesma sobre as formas de transmissão do HIV/SIDA é importantíssimo não só no ambiente de trabalho mas em todas as localidades possíveis. A taxa de desemprego é muito grande, mas pelo menos a parte dos angolanos que está desempregada deve ser inundada com informações constantes sobre a moléstia, assim como a sua forma de transmissão, pois assim se ganha mais um informante também que possa expandir essa informação.

As empresas, estatais ou privadas devem ter a audácia de convidar profissionais da área da saúde ou não que trabalham com grupos de risco ou portadores do vírus HIV com intuito destes administrarem palestras, promover conversas harmoniosas e provocarem discussões entre os trabalhadores acerca da epidemia da SIDA e outros males que possam vir junto com a doença.

É fundamental sim sensibilizar essa fatia da sociedade para que não se perca o controle na evolução do HIV/SIDA.

8. É fundamental e de suma importância a organização de um sistema de informação montando um banco de dados capaz de acolher informações nacionais e internacionais relacionadas com a propagação do vírus HIV, colocando em alerta todos os envolvidos nesta luta.

É através dele que se poderá saber quantas pessoas estão contaminadas de fato, qual a faixa etária “pese embora isso ser já de domínio público”, qual a forma de transmissão mais freqüente, qual a região do país mais afetada pela epidemia e quais são as estratégias a serem adotadas para combater e travar a progressão da doença.

Talvez seja esse o meio mais importante da luta contra a SIDA em que um país possa se dispor.

Vale salientar que não é fácil montar um banco de dados e interligar o país como um todo face às dificuldades já apontadas e além do mais precisa-se treinar técnicos e outros profissionais de base para fazer isso.

Acredita-se que países como Brasil onde o programa de prevenção e tratamento da SIDA está dando certo se valeram muito dos bancos de dados, motivo pelo qual é uma questão inadiável a organização do banco de dados porque o sucesso da luta contra o HIV e outros males que assolam o país como um todo, dependem muito disso.

Promover uma saúde pública de verdade e de qualidade é primordial.

Essa área tão nobre da medicina que em conjunto com os outros foi duramente golpeada ao longo da guerra civil; isto quer dizer que após a independência pouco se fez nesta área.

Aliás, após a independência em 1975 o país mergulhou numa guerra civil sem precedentes, e como repetidas vezes foi enfatizado neste trabalho é difícil falar em uma saúde pública neste período.

Talvez agora existam mais condições de se criar uma saúde pública de qualidade, organizada e que possa oferecer um bom acolhimento e uma humanização dos serviços de saúde e que possa permitir com que ações concretas sejam implementadas.

A construção planejada de uma rede básica de saúde, assim como a descentralização dos serviços de saúde trará uma nova forma de execução e tratamento da situação relacionada à saúde da população em geral.

***7 - REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS***

A SAÚDE Fluxograma para a detecção de anticorpos anti-HIV em indivíduos com idade acima de 2 anos, 1998.

ABRAMS, D.I. • Medical marijuana: tribulations and trials. **J Psychoactive Drugs**, 30(suppl.2):163-9, 1998.

ALADAY, N. • Assistência e Assistência • **Central dos pobres ou erradicação da pobreza**. 2. ed., 1995.

ALVAREZ, V.; LOPEZ-LARREA, C.; COTO, E. • Mutational analysis of the CCR5 and CXCR4 genes (HIV-1 co-receptors) in resistance to HIV-1 infection and SIDA development among intravenous drug users. **Hum Genet**. 102(suppl.4):483-6, 1998.

ANDERSON, K.H.; MITCHELL, J.M. • Differential access in the receipt of antiretroviral drugs for the treatment of SIDA and its implications for survival. **Arch Intern Med**, 160:3114-20, 2000.

BALLINGER, A. • Manual de Clínica Médica. 1. ed., 1997.

BARBARA, J.C.; MUR, C.B.; MAYANS, M.V. *et al.* • Premature mortality related to SIDA among men and women in Catalonia. **SIDA**, 7:1099-103, 1993.

BARBOSA, M.T.S.; STRUCHINER, C.J. • Estimativas do número de casos de SIDA: Comparação de métodos que corrigem o atraso da notificação. In: A Epidemia de SIDA no Brasil: Situação e Tendências, pp. 15-26. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BAREMBLITT G.F. • Compêndio de Análise Institucional e outras correntes. Teoria e prática, 3. ed., ed. Rosa dos Tempos, 1996.

BINDELS, P.J.E.; REEUNEVELD, S.A.; MULDER-FOLKERTS, D.K.F. *et al.* • Impact of SIDA on premature mortality in Amsterdam, 1982-1992, 8:233-37, 1994.

CATALAN, J.; BURGESS, A.; KLIMMES, I. • Psychological medicine of HIV infection. **Oxford Medical Publications**. 300p., 1995.

CDC • HIV/SIDA surveillance report. Atlanta, Georgia: US Department of Health and Human Services, **CDC**,9(suppl.12):19, 1997.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION • 1993 revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for SIDA among adolescents and adults. **MMWR**, n.41, p. 11-19, 1992.

CHANG, S.W.; KATZ, M.H.; HERNANDEZ, S.R. • The new SIDA case definition - implications for San Francisco. **JAMA**, n.267(suppl.7), p. 937-5, 1992.

COHEN, M. • Natural history of HIV infection in women. **Obstet. Ginecol. North Ann.**, **24**:743-58, 1997.

CONTI, S.; MASOCCO, M.; PEZZOTTI, P.; TOCCACELI, V.; *et al.* • Differential impact of combined antiretroviral therapy on the survival of Italian patients with specific SIDA - defining illness. **J. Acquir. Immune Defic. Synd.**, **25**(suppl.5):451-8, 2000.

DE WOLF, F.; ROSS, M.; LANGE, J.M.A. *et al.* • Decline in CD4+ cell numbers reflects increase in HIV-1 replication. **SIDA Res. Human Retroviruses**, n.4, p. 433-40, 1998.

DI FRANCO, M.J.; SHEPPARD, H.W.; HUNTER, D.J.; TOSTESON, T.D.; ASCHER, M.S. • The lack of association of marijuana and other recreational drugs with progression to SIDA in the San Francisco Men's Health Study. **Ann. Epidemiol.**, **6**(suppl.4):283-9, 1996.

DUARTE, E.C. • Epidemiologia das desigualdades em Saúde no Brasil • Um Estudo Exploratório., Brasília, 2002. (OMS - FUNASA)

FAHEY, J.L.; TAYLOR, J.M.G.; DETELS, R. *et al.* • The prognostic value of cellular and serologic markers in infection with human immunodeficiency virus type 1. **N. Engl. J. Med.**, n.1190, v. 322, p. 223•31.

FAIRFIELD, K.M.; EISENBERG, D.M.; DAVIS, R.B.; LIBMAN H.; PHILLIPS, R.S. • Patterns of use, expenditures, and perceived efficacy of complementary and alternative therapies in HIV-infected patients. **Arch. Intern. Med.**, **158**(suppl.20):2257•64, 1998.

FERRANDO, S.J. • Substance use disorders and HIV illness. **The SIDA Reader**, 7(suppl.2):57-64, 1997.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE • Centro Nacional de Epidemiologia - Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde, cap. 5-30, 1998.

GALLO, E. (Org) • Razão e Planejamento. Reflexão sobre política, estratégia e liberdade, ed. HUC/TEC, 1995.

GRANT, I.; ATKINSON, H. • Psychiatric aspects of acquired immunodeficiency syndrome. In: KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J. **Comprehensive textbook of psychiatry.**, 6 ed. v.2, Baltimore: Williams and Wilkins, 1995.

HADDAD, N. & SILVA, M.B. • Mortalidade feminina em idade reprodutiva no Estado de São Paulo, Brasil, 1991-1995: causas básicas de óbito e mortalidade materna. **Ver Saúde Pública**, 34(suppl.1):64-70, 2000.

HICKMAN, M.; BARDSLEY, M.; DE ANGELIS, D.; WARD, H. • Impact of HIV on adult (15-54) mortality in London: 1979-96. **Sex Transm. Infect.**, 75(suppl.6):385-8, 1999.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J. • Compêndio ou tratado de psiquiatria. **Artes Médicas**, 1998.

KEIPER, M.D.; BEUMONT, M.; ELSHRAF, A.; LANGLOTZ, C.P.; MILLER Jr, W.T. • CD4+ lymphocyte count and the radiographic presentation of pulmonary tuberculosis - A study of the relationship between these factors in patients with human immunodeficiency virus infection. **Chest**, n.107(suppl.1):74-80, 1995.

KING, E. • Recreational Dangers. **SIDA Treatment Update**, issue 51. <http://www.nam.org.uk/atu/atu51.txt>, 1997

LABRA, M.E. • Mulher, saúde e sociedade no Brasil, ed. Vozes, 1984.

LAGA, M.A. & ICENOGLE, J.P. *et al.* • Genital papilomavirus infection and cervical displasia - opportunistic complications of HIV infection. **Inf. J. Cancer**, n. 50, p. 45-8, 1992.

LOWNDES, C.M.; BASTOS, F.I.; GIFFIN, K.M.; VAZ DOS REIS, A.C.; *et al.* • Differential trends in mortality from SIDA in men and women in Brazil (1984-1995). **SIDA**, **14**(suppl.9):1269-73, 2000.

LUZ, M.T. • O lugar da mulher. Estudos sobre a condição feminina na sociedade atual, ed. Graal, 1982.

MAIMAN, M.; FRUCHTER, R. *et al.* • Cervical cancer as an SIDA - defining illness. **Am. J. Obstet. & Ginecol.**, n. 89, p. 76-80, 1997.

MALBERGIER, A. • Transtornos psiquiátricos em indivíduos infectados pelo HIV: Revisão da literatura. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, **48**(suppl.6):253-262, 1999.

MANDELL, L.G.; BENNETT, E.J.; DOLIN, R. • Principles and practice of infection diseases, 4 ed., New York: Churchill Livingstone, 1995.

MATTOS, P. • Os distúrbios mentais e orgânicos e a síndrome de imunodeficiência adquirida. Parte I. **J. Brás. Psiq.**, v.40, n.6, p. 311-325, 1991.

MASUR, H.; OGNIBENE, F.P.; UARCHOAN, R. *et al.* • CD4+ counts as predictors of opportunistic pneumonias in human immunodeficiency virus (HIV) infection. **Ann. Int. Med.**, n. 111, p. 223-31, 1989.

MELLORS, J.W.; MUNÕZ, A.; GIORGI, J.V.; MARGOLICK, J.B.; TASSONI, C.J.; GUPTA, P.; KINGSLEY, L.A.; TODD, J.A.; SAAH, A.J.; DETELS, R.; PHAIR, J.P.; RINALDO Jr, C.R. • Plasma viral load and CD4+ lymphocytes as prognostic markers of HIV-1 infection. **Ann. Int. Med.**, n.126(suppl.12), p. 946-54, 1997.

MICHELINE, G. • Sócio-economic and demographic impacts os SIDA in Angola (1999-2009) , junho, 1999.

MOFENSON, L.M.; KORELITZ, J.; MEYER III, W.A.M.; BETHEL, J.; RICH, K.; PAHWA, S.; MOYE 1-DE WOLF, F.; ROOS, M.; LANGE, J.M.A. *et al.* • Decline in CD4+ cell numbers reflects increase in HIV-1 replication. **SIDA Res. Human Retroviruses**, n.4, p. 433-40, 1998.

NAVIA, B.A.; JORDAN, B.D.; PRICE, R.W. • The SIDA dementia complex: I. Clinical features. **Ann. Neurol.**, **19**:517-524, 1986.

NAVIA, B.A.; Cho E•S; PETITO, C.K.; PRICE, R.W. • The SIDA dementia complex: II. Neuropathology. **Ann. Neurol.**, **19**:525-535, 1986.

NUNES Filho, E.P.; BUENO, J.R.; NARDI, A.E. • *Psiquiatria e saúde mental*. Rio de / Janeiro: Atheneu, 1996.

O'BRIAN, W.A.; HARTIGAN, P.M.; DAAR, E.S.; SIMBERKOFF, M.S.; HAMILTON, J.D. • Changes in plasma HIV RNA levels CD4+ lymphocyte counts predict both response to antiretroviral therapy and therapeutic failure. **Ann. Int. Med.**, n.126(suppl.12):939-54, 1997.

O'BRIEN, L.W. • Interactions and toxicities of drugs for HIV disease. **The SIDA Reader**, **8**(suppl.1):28-36, 1998.

O'CONNOR, P.G.; SELWYN, P.A.; SCHOTTENFELD, R.S. • Medical progress: medical care for injection-drug users with human immunodeficiency virus infection. **The NEJM**, **331**(suppl.7), 1998.

O'DOWD, M. & MCKEGNEY, F.P. • SIDA Patients compared with others seen in psychiatric consultation. **General Hospital Psychiatry**, **12**:50-55, 1990.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (Coord.) • **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-14: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Trad. Dorival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

OSMAND, D.; CHARLEBOIS, E.; LANG, W.; SHIBOSKI, S.; MOSS, A. • Changes in SIDA survival time in two San Francisco cohorts of homosexual men, 1983 to 1993. **JAMA**, n.271, p.1083-7, 1994.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION • Classification system for human immunodeficiency virus (HIV) infection in children under 13 years of age. **MMWR**, n. 36(suppl.15), p. 225-30, 235, 1987.

PAXTON, W.B.; COOMBS, R.W.; McELRATH, M.J.; KEEFER, M.C.; HUGUES, J.; SINANGIL, F.; CHERNOFF, D.; DEMETER, L.; WILLIAMS, B.; COREY, L. • Longitudinal analysis measures in human immunodeficiency virus•infected subjects with ≥ 400 CD4+ lymphocytes: implications for applying measurements to individual patients. **J. Infect. Dis.**, n.175, p.247-54, 1997.

PERELSON, A.S.; NEUMANN, A.U.; MARKOWITZ, M.; LEONARD, J.M.; HO, D.D. • HIV-1 dynamics in vivo: virion clearance rate, infected cell life-span, and viral generation time. **Science**, n.271, p. 1582-6, 1996.

PERRY, P.J.; ALEXANDER, B.; LISKOW, B.I. • Psychotropic drug handbook. Washington: American Psychiatric, Inc, 1997.

PRICE, R.W. • In Text book of SIDA medicine, 2 ed.:477-97. Org.: Merigan, T.E.; Bartlett, J.G.; Bolognesi merigan, T.E.; Bartlett, J.G.; Bolognesi, D. Baltimore: Willians & Wilkins, 1989.

RACHID, M. & SCHECHTER, M. • Manual de HIV/SIDA, 3 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1998.

SAFFIOTI, H.I.B. & MUNÕZ-VARGAS, M. • Mulher brasileira é assim, ed. Rosa dos Tempos, RJ, 1994.

SANDE, A.M.; GILBERT, N.D.; MOELLERING, C.R. • The Sanford - Guia para o tratamento da SIDA/HIV., 7 ed. Rio de Janeiro: EPUC - Editora de Publicações Médicas, 1998.

SANTO, A.H.; PINHEIRO, C.E.; JORDANI, M.S. • Causas básicas e associadas de morte por SIDA, Estado de São Paulo, Brasil, 1998. **Ver Saúde Pública**, **34**(suppl.6):581-88, 2000.

SANTOS, B.S. • A crítica da razão indolente, contra o desperdício da experiência, vol. I, ed. Cortez, 2001.

SÃO PAULO • Centro de Vigilância Epidemiológica-CVE. Manual de vigilância epidemiológica - SIDA - normas e instruções, São Paulo, 1995.

SELIK, R.M.; CHU, S.Y.; BUEHLER, J.W. • HIV infection as leading cause of death among Young adults in US cities and states. **JAMA**, **269**:2991•94, 1993.

SELNES, O.A. & MILLER, E.N. • Development of a screening battery for HIV related cognitive impairment: the MACS experience. In: GRANT, I.; MARTIN, A. (org). **Neuropsychology of HIV infection: current research and direction**. New York: Oxford University Press, 1993.

SETH, R.; GRANVILLE•GROSSMAN, K.; GOLDMEIER, D.; LYINCH, S. • Psychiatric illness in patients with HIV infection and SIDA referred to the liaison psychiatrist. **British Journal of Psychiatry**, **159**:347•350, 1991.

SNIDER, W.D.; SIMPSON, D.M.; NIELSEN, S.; GOLD, J.W.M.; METROKA, C.E. • Posner JB • Neurological complications of acquired immune deficiency syndrome: analysis of 50 patients. **Ann. Neurol.**, **14**:403•18, 1983.

SZWARCWALD, C.L.; BASTOS, F.I.; CASTILHO, E.A. • The dynamics of the SIDA epidemic in Brazil: a space•time analysis in the period 1987•1995. **Brazilian J. Infect. Dis.**, **2**(suppl.4):175•86, 1998.

TREISMAN, G.; FISHMAN, M.; LYKETSOS, K. • Mental health. In: BARTLETT, J.G., 1998. Medical management of HIV infection. Baltimore: Port City Press, 1998.

United Nations • HIV/SIDA and Human Rights, International Guidelines, 1998.

U.S. Department of Health and Human Services. Impact of the expanded SIDA surveillance case definition on SIDA case reporting. **MMWR**, n.42(suppl.16), p.308-11, 1993.

VITTINGHOFF, E.; SCHEER, S.; O'MALEY, P.; COLFAX, G.; HOLMBERG, S.D.; BUCHBINDER, S.P. • Combination antiretroviral therapy and recent declines in SIDA incidence and mortality. **The Journal of Infections Diseases**, **179**:717-20, 1999.

WANG, M.Q.; COLLINS, C.B.; DICLEMENTE, R.J.; WINGOOD, G.; KOHLER C.L. • Depressive symptoms as correlates of polydrug use for blacks in high-risk community. **South Med. J**, **90**(suppl.11):1123-8, 1997.

WENIGER, B.G.; QUINHÕES, E.P.; SERENO, A.B.; PEREZ, M.A.; KREBS, J.W.; ISMAEL, C.; SION, F.S.; RAMOS Filho, C.F.; SÁ, C.A.M.; BYERS, R.H.; RAYFIELD, M.A.; RODRIGUES, L.G.M.; ZACARIAS, F.; HEYWARD, W.L. • The clinical SIDA study group, and the working group on SIDA case definition - a simplified surveillance case definition of SIDA derived from empirical clinical data. **J. Acq. Imm. Def. Synd.**, n.5, p. 1212-23, 1992.

WHO • Conclou promotion for SIDA prevention. Aguide for policy-makers managers and communication, 1995.

WHO • Strategic plan for HIV/SIDA and sexually transmitted diseases (1997•2001).

WONG, T.; CHIASSON, W.T.; REGGY, A.; SIMONDS, R.J., *et al.* • Antiretroviral therapy and declining SIDA mortality in New York City. **Urban Health**, **77**(suppl.3): 492-500, 2000.

***8 - OBRAS
CONSULTADAS***

ANGOLA • ARQUIVO DO MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO DO TERRITÓRIO - Governo de Angola 2002.

ANGOLA • ARQUIVO DO MINISTÉRIO DA ASSISTÊNCIA E REINserÇÃO SOCIAL - Governo de Angola 2002.

ANGOLA • ARQUIVO DO MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL - Governo de Angola 2002.

ANGOLA • ARQUIVO DO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA - Governo de Angola 2001.

ANGOLA • ARQUIVO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE - Governo de Angola 2000.

ANGOLA • ARQUIVO DO MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES - Governo de Angola 2002.

ANGOLA • SECRETARIA ESTADUAL DA CULTURA - Governo de Angola 2002.

BRASIL • Ministério de Planejamento • **Programa de Qualidade no Serviço Público**, 2001.

BRASIL • Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico da SIDA**, ano XII, n. 2. Brasília, 2000.

BRASIL • Ministério da Saúde. **Consenso de terapia anti-retroviral**, 1999.

BRASIL • Ministério da Saúde. Otero M.R.G. - Mortalidade por SIDA no Brasil. Atualização até 1997., Brasília. Boletim epidemiológico. **SIDA**, ano XII, n. 1, 1999.

Boletim Internacional sobre a prevenção e cuidados da SIDA. 1996, 1994, 1992.

CAMPOS, G.W.S. • **Reforma da Reforma, Repensando a Saúde**. São Paulo: HUC/TEC, 1992.

CAMPOS, G.W.S. • **Planejamento sem normas**. 2. ed., São Paulo: HUC/TEC, 1994.

CECÍLIO, L.C.O. • **Inventando a mudança na saúde**. 2. ed. São Paulo: HUC/TEC, 1997.

HARRISON • Manual de Medicina., p. 408-419, 15 ed., Mc Graw Hill, 2003.

MERHY, E.E. & Col. • Agir em Saúde, um desafio para o público., ed. HUC/TEC, São Paulo, 1997.

VENTURA DA SILVA • MINISTÉRIO DA SAÚDE – Legislação sobre DST e SIDA no Brasil, Ventura da Silva, M., 1995.

PNUD • Strategie de la Communication de plaidoryer, 1998.

PLNS • Plano Estratégico Nacional para as Doenças Sexualmente Transmissíveis, HIV e contra a SIDA, em Angola, julho de 1999.

Programa Nacional de Luta contra a SIDA e Programa conjunto das Nações Unidas para HIV/SIDA: DST/HIV/SIDA • Perfil do País e Resposta Nacional, setembro, 1997.

UNAIDS • Guide to the strategic planning process for a national response to HIV/SIDA (modules 1, 2 e 3), 1996.

UNAIDS • **NGO perspectives on access to HIV-related drugs in 13 Latin American and Caribbean countries**. Geneva: UNAIDS, 1996.

UNAIDS • **AIDS Epidemic Update December**. Geneva: UNAIDS, 1999.

UNICEF • El progreso de las naciones, 1999.

VERONESI, R. • **Tratado Infectologia**. São Paulo: Atheneu, 1996, v.1.

9 - ANEXOS



**FICHA SÓCIO-EPIDEMIOLÓGICA SOBRE A SAÚDE SEXUAL DOS
PROFISSIONAIS DE SEXO NA PROVÍNCIA (CIDADE) DE LUANDA**

NOME: _____

Domicílio da Profissional – Bairro: _____

Data Nascimento ____/____/____

- Escolaridade:
- | | |
|---|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Analfabeto | 4. <input type="checkbox"/> Ensino Médio Incompleto |
| 2. <input type="checkbox"/> Ensino de base incompleto | 5. <input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo |
| 3. <input type="checkbox"/> Ensino de base completo | 6. <input type="checkbox"/> Superior |

- Estado Marital:
- | | |
|---|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Casado/amasiado | 3. <input type="checkbox"/> Viúvo |
| 2. <input type="checkbox"/> Solteiro | 4. <input type="checkbox"/> Separado/Desquitado |

- Os homens com quem mais manteve relações sexuais são:

- | | |
|---------------------------------------|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Cônjuges | |
| 2. <input type="checkbox"/> Solteiros | 5. <input type="checkbox"/> Separados/Desquitados |
| 3. <input type="checkbox"/> Viúvos | 6. <input type="checkbox"/> Estrangeiros |

- Como se pode pegar/transmitir a SIDA?

- | | |
|---|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Relações sexuais | 4. <input type="checkbox"/> Uso de drogas |
| 2. <input type="checkbox"/> Transusão de sangue | 5. <input type="checkbox"/> Acidente |
| 3. <input type="checkbox"/> Forma vertical | |

- Caso fizesse exame e fosse confirmado que tem SIDA, falaria à alguém?

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> Sim | 2. <input type="checkbox"/> Não |
|---------------------------------|---------------------------------|

- Mesmo assim continuaria trabalhando como profissional de sexo da mesma forma que antes do resultado do exame?

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> Sim | 2. <input type="checkbox"/> Não |
|---------------------------------|---------------------------------|

- Sabe que a SIDA é uma doença que não tem cura?

1. Sim

2. Não

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

- Tem história prévia de:

DST

Sim

Não

Transfusão sangüínea

Sim

Não

Uso de drogas

Sim

Não

- Parceiros com:

DST

Sim

Não

Transfusão sangüínea

Sim

Não

Uso de drogas

Sim

Não

HIV

Sim

Não

- Preferência sexual:

1. Homossexual

2. Heterossexual

3. Bissexual

- Preservativo:

1. Sempre usa

2. Nunca usa

3. Às vezes usa

MAPA MUNDI



Fonte: <http://www.netangola.com>

MAPA DA ÁFRICA



Fonte: <http://www.netangola.com>

MAPA DE ANGOLA



Fonte: <http://www.netangola.com>

MAPA DE LUANDA



Fonte: <http://www.netangola.com>