

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA  
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

**BÁRBARA CRUZ DOS REIS**

**O ATENDIMENTO ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM O VÍRUS HIV/AIDS NO  
MUNICÍPIO DE SÃO BORJA**

**SÃO BORJA**

**2015**

**BÁRBARA CRUZ DOS REIS**

**O ATENDIMENTO ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM O VÍRUS HIV/AIDS NO  
MUNICÍPIO DE SÃO BORJA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social, da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof<sup>o</sup> Me. Jocenir de Oliveira Silva

**SÃO BORJA**

**2015**

**BÁRBARA CRUZ DOS REIS**

**O ATENDIMENTO ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM O VÍRUS HIV/AIDS NO  
MUNICÍPIO DE SÃO BORJA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da, Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.

Trabalho de Conclusão de Curso defendido e aprovado em: 28/01/2015.

Banca Examinadora:

---

Profº Me. Jocenir de Oliveira Silva  
Orientador  
Serviço Social – UNIPAMPA

---

Profª Drª Jaqueline Carvalho Quadrado  
Serviço Social – UNIPAMPA

---

Profª Me. Solange Emile Berwig  
Serviço Social - UNIPAMPA

Dedico este trabalho à minha amada mãe e meu fiel companheiro que foram os meus maiores incentivadores e, além de apoio, deram-me amor e toda compreensão nessa intensa fase de minha vida.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, e, acima de todas as coisas, agradeço a Deus por toda força e coragem que me destes nesses quatro anos intensos de minha vida e, principalmente, nesses dois últimos semestres de curso.

Agradeço a minha família, em especial a minha querida mãe, Marizete, minha rainha, a pessoa que eu mais admiro nessa vida, a qual me incentivou, orientou e me guiou. Você é minha fonte de inspiração, meu orgulho e meu maior exemplo. Obrigada pela confiança que depositaste em mim.

Agradeço ao meu eterno pai Enir (*in memoriam*), que acabou deixando-me na metade da minha graduação. A ti meu querido, dedico-te este trabalho, pois não há um dia que não me lembre de você, está guardado em meu coração para sempre. Tenho a certeza de que “o homem mais bonito da terra, hoje é o anjo mais lindo do céu”. Continue iluminando os meus passos. Te amo profundo e imensamente.

À minha amada tia Melba, obrigada por tudo e, principalmente, por ser uma pessoa inesquecível.

Ao meu amado e fiel companheiro Éverton, obrigada por poder compartilhar contigo todos nossos sonhos, tem sido incrível. Obrigada por me apoiar nessa reta final e por todo amor e carinho que tens por mim. Pessoas maravilhosas existem e você é uma delas.

Agradeço a todos os professores do curso de Serviço Social da UNIPAMPA, em especial ao meu orientador Jocenir, pelo qual tenho profunda admiração profissional. Às professoras Solange e Jaqueline, pelo carinho e atenção. Ao professor Jairo, por sempre ser tão atencioso e querido, foi uma honra ter sido sua aluna. Aos professores Jaina e Jorge, a vocês meus queridos, muito obrigada, pois vocês me deram todo o apoio e suporte para seguir em frente, não me deixando desistir no momento mais difícil de minha vida.

A todos os técnicos administrativos e funcionários terceirizados, meu muito obrigada.

Aos meus amigos da UNIPAMPA, por sempre estarem presentes, alegrando meus dias. Em especial à Sandrine e à Emanuelle, grandes amigas que a UNIPAMPA me deu de presente, agradeço pelo companheirismo, pelas conversas, pelas muitas risadas compartilhadas, confidencias e até pelos choros.

Agradeço a todas minhas colegas e amigas de trabalho do PAM, que compreenderam a importância da construção deste trabalho e me ajudaram de diversas formas para a sua concretização. Em especial à Marilise e à Jocelaine, “passamos por poucas e boas juntas, viu meninas”! Quero agradecer-las pela relação de amizade, cumplicidade, apoio, companheirismo que foi construída, também agradecer-las pelas risadas, mates e por todos os momentos que vivenciamos no PAM. Meninas vocês foram demais! Quem tem vocês na vida tem muita sorte.

Agradeço a todos os meus amigos que conheci nesses intensos quatro anos, a vocês minha eterna gratidão e meu muito obrigada.

## RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso versa sobre o “O Atendimento às pessoas que vivem com HIV/AIDS no município de São Borja”. Visa apresentar como está configurada a elaboração de ações de atendimento do poder público local às pessoas que vivem com o vírus HIV/AIDS no município de São Borja. Nesse sentido, será utilizado como instrumento de pesquisa o levantamento de dados documental. A pesquisa faz-se necessária, pois a temática (HIV/AIDS) vem sendo pouco abordada pelo Serviço Social, tornando-se um campo fértil para a análise. Entende-se ser de extrema importância este estudo, pois as pessoas que vivem com o vírus sofrem preconceitos e discriminação perante a sociedade, refletindo, assim, em um processo de exclusão social pela sua doença. Dentro do processo de análise buscou-se como objetivo geral verificar quais as ações de atendimento estão sendo desenvolvidas para pessoas que vivem com o vírus HIV/AIDS no município de São Borja, e, como objetivos específicos, identificar quais os profissionais fazem parte na equipe da Rede de Atendimento às pessoas que vivem com o vírus HIV/AIDS no município de São Borja, verificar quais programas e projetos estão sendo desenvolvidos no atendimento às demandas às pessoas que vivem com o vírus HIV/AIDS no município de São Borja de 2011 a 2013 e pesquisar como o tema da rede de proteção das pessoas que vivem com o vírus HIV/AIDS é contemplado nas 12<sup>a</sup>, 13<sup>a</sup> e 14<sup>a</sup> Conferências Nacional da Saúde. A metodologia do processo de pesquisa tem em seu norte no Método Dialético Crítico que subsidiará com as categorias centrais: totalidade, historicidade e contradição. A natureza desse trabalho será baseada através da pesquisa qualitativa, objetivando entender as ações de atendimentos às pessoas portadoras do vírus HIV/AIDS no município de São Borja. Para a análise dos dados utilizou-se a análise de conteúdo, abordando as categorias de amostra e universo, a fim de demonstrar a importância desse tema.

**Palavras-chave:** HIV/AIDS, Serviço Social, Políticas Públicas.

## ABSTRACT

This of course work Conclusion deals with " The Call of people living with HIV / AIDS in São Borja. "Aims to present as configured the development of actions to local authorities in the care of people living with HIV / AIDS in São Borja. In this sense, will be used as a research tool raising documentary and bibliographic data. Research is needed because the issue (HIV/AIDS) has been little addressed by Social Services, becoming fertile ground for analysis. It is understood this very important study, because people living with the virus suffer prejudice and discrimination in society, reflecting a process of social exclusion by gender and by their disease. Within the review process will be sought as a general objective to verify that the actions of care is being developed for people living with HIV / AIDS in São Borja and specific objectives Identify which professionals are part of the team Calls Network people living with HIV / AIDS in São Borja ; Also, check which programs and projects are being developed in meeting the demands of people living with HIV / AIDS in São Borja 2011 to 2013 to investigate how the theme of the protection network of people living with HIV / AIDS is covered in the 12th, 13th and 14th National Health Conference the methodology of the research process has on its north the Dialectical method Critical to subsidize with the central categories. Totality, Historicity and Contradiction . The nature of this work will be based through qualitative research , aiming to understand the care actions to people living with HIV / AIDS in São Borja . For data analysis we used the content analysis, addressing the sample universe and categories in order to demonstrate the importance of this issue.

**Keywords:** HIV/AIDS, Social Services, Public Policy.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ART – Antirretroviral

AZT – Azidotimidina

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CFSS – Conselho Federal de Serviço Social

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CRESS – Conselho Regional de Serviço Social

DST – Doença Sexualmente Transmissível

ESF – Estratégia de Saúde da Família

INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social

LGBTs – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Simpatizantes

NASF – Núcleo de Atendimento da Saúde da Família

PEP – Pré-exposição Sexual

SAE – Serviço de Atendimento Especializado

SICLOM – Sistema de Informatizado de Controle Logístico de Medicamentos

SUS – Sistema Único de Saúde

UDI – Usuários de Drogas Injetáveis

UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2. METODOLOGIA DA PESQUISA.....</b>	<b>13</b>
<b>3. HISTÓRIA DA AIDS.....</b>	<b>20</b>
<b>3.1 História da Aids no Mundo .....</b>	<b>20</b>
<b>3.2 O percurso da Aids no Brasil .....</b>	<b>28</b>
<b>4. Rede de atendimento às pessoas com HIV/Aids.....</b>	<b>35</b>
<b>4.1 Política Nacional de DST/AIDS.....</b>	<b>35</b>
<b>4.2 Como está organizada a rede de atendimento em São Borja .....</b>	<b>45</b>
<b>5. Conferências Nacionais de Saúde.....</b>	<b>52</b>
<b>5.1 Analisando a 12ª Conferência Nacional de Saúde .....</b>	<b>53</b>
<b>5.2 Analisando a 13ª Conferência Nacional de Saúde.....</b>	<b>64</b>
<b>5.3 Analisando a 14ª Conferência Nacional de Saúde.....</b>	<b>70</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>74</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>78</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), do curso de Serviço Social, da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA), tem como tema de pesquisa “O atendimento às pessoas que vivem com HIV/AIDS no município de São Borja”, e busca-se mostrar quais ações de atendimento estão sendo desenvolvidas para as pessoas que vivem com o HIV/AIDS no município de São Borja.

Vários casos de infecção do vírus HIV surgiram, alastrando-se por todo o mundo. Devido a essa disseminação, é de responsabilidade do Ministério da Saúde desenvolver estratégias e ações para o enfrentamento dessa doença a partir da implementação de programas e políticas com medidas preventivas e de atendimento à população.

A presente pesquisa, através de seu referencial teórico, apresentará e explicitará aspectos relevantes para as discussões pertinentes acerca da temática HIV/AIDS, os quais serão desenvolvidos ao longo deste trabalho, estando dividido em cinco capítulos que foram estruturados da seguinte forma. Primeiramente, uma breve introdução acerca de como este trabalho está estruturado. O segundo capítulo demonstra a metodologia da pesquisa, apresentando o caminho metodológico que se constitui no processo de análise e interpretação dos dados, destacando-se o método de análise, o tipo de pesquisa, a coleta de dados, a técnica de análise e a interpretação dos dados. Ainda, foi evidenciada a forma de socialização dos resultados do estudo. Prevendo a utilização como fontes de informação da pesquisa, documentos do Município, do Estado e do Ministério da Saúde sobre HIV/AIDS, tanto da organização da política, quanto da sua execução no município de São Borja.

O terceiro capítulo, intitulado como “História da AIDS”, apresenta um breve contexto sobre o percurso histórico do surgimento da AIDS no mundo, no Brasil, no Rio Grande do Sul e em São Borja, a partir de dois tópicos. Neles, foi realizada uma reflexão teórica acerca do surgimento da AIDS, problematizando entre as pessoas mais atingidas pelo vírus HIV/AIDS.

Já no quarto capítulo, “Rede de atendimento às pessoas que vivem com HIV/AIDS”, constituído por dois itens, busca-se compreender se as pessoas

que vivem com HIV/AIDS estão tendo acesso integral e qualificado aos serviços de saúde a partir da implementação da política da rede. O primeiro item deste capítulo destina-se a explicar acerca da Política Nacional de DST/AIDS, que surgiu no sentido de ampliar as ações e estratégias de prevenção de programas e projetos realizados no enfrentamento desses problemas em razão do grande número de pessoas infectadas pelo mundo. Desse modo, buscando explicar quais são essas ações que a política trata, possibilitando, assim, uma melhor compreensão da organização dessa política na abordagem aos direitos dos usuários.

Já o segundo item reflete sobre o atendimento às pessoas que vivem com HIV/AIDS no município de São Borja, o qual conta com um Serviço Especializado (SAE), enquanto espaço necessário para o atendimento às pessoas soropositivas. Reconhecendo, assim, a importância desses serviços e de como se efetivam seus programas e projetos proporcionados aos usuários, permitindo a eles a garantia de seus direitos e o acesso às políticas públicas. A pesquisa, em sua gênese, teve a necessidade de identificar quais profissionais fazem parte da equipe de atendimento em saúde às pessoas portadoras do vírus HIV/AIDS no município de São Borja e quais programas e projetos estão sendo desenvolvidos pelo SAE.

E, o quinto capítulo, Conferências Nacionais de Saúde, está dividido em três tópicos, onde foi verificado, a partir da realidade brasileira, se o tema da rede de proteção das pessoas portadoras do vírus HIV/AIDS é contemplado na 12<sup>a</sup>, 13<sup>a</sup> e 14<sup>a</sup> Conferência Nacional da Saúde. Este capítulo busca sustentar se as propostas aprovadas pelas Conferências estão conseguindo dar conta da garantia do atendimento às demandas às pessoas que vivem com HIV/AIDS de forma integral.

No sentido de minimizar as consequências e o reatamento que a doença causa nas pessoas com HIV/AIDS, o presente estudo fez-se relevante para elucidar a necessidade das Políticas, Conferências e da Rede tratar do tema HIV/AIDS, esclarecendo a necessidade dessas ações para a saúde, visando discutir e fundamentar essas propostas no decorrer do texto.

## 2 METODOLOGIA DO TRABALHO

Neste capítulo será abordado o processo metodológico percorrido neste trabalho, especificando o que é método e qual será utilizado, assim como suas categorias, a natureza da pesquisa, a amostragem dos dados, os instrumentos de coleta de dados e os processos de análise de conteúdo.

Para a construção da realidade deste trabalho, é necessário que a pesquisadora saiba onde queira chegar, e, para tanto, é fundamental que se tenha um real entendimento da temática a ser tratada, frisando que foi mantido total sigilo dos documentos que foram pesquisados.

Para tanto, é preciso estabelecer como será a condução deste trabalho. Sendo que para melhor compreendermos, o facilitador da pesquisa é o método, que é um processo investigativo, e, a partir dele, torna-se visível o desvendamento da realidade, orientando e conduzindo o pesquisador.

Assim sendo, torna-se necessário conceituar a importância do método a ser seguido em um trabalho científico, sendo que as autoras Marconi e Lakatos (2007) definem método como:

(...) o conjunto das atividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permite alcançar o objetivo – conhecimentos válidos e verdadeiros -, traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões do cientista (MARCONI; LAKATOS, 2007, p. 83).

O método utilizado nesta pesquisa será o método dialético crítico. Para discorrer sobre esse método, foi tomado como referência Gil (2007), que assim o define:

O conceito de dialética é bastante antigo. Platão utilizou-o no sentido de arte do diálogo. Na Antiguidade e na Idade Média o termo era utilizado para significar simplesmente lógica. A concepção moderna de dialética, no entanto, fundamenta-se em Hegel. Para esse filósofo, a lógica e a história da humanidade seguem uma trajetória dialética, nas quais as contradições se transcendem, mas dão origem a novas contradições que passam a requerer solução (GIL, 2007, p. 31).

O método dialético crítico utilizado tem como categorias centrais a totalidade, a historicidade e a contradição que são de extrema importância para poder compreender a realidade dos fatos sociais em sua totalidade. Gil (2007) define que:

A dialética fornece as bases para uma interpretação dinâmica e totalizante da realidade, já que estabelece que os fatos sociais não podem ser entendidos quando considerados isoladamente, abstraídos de suas influências políticas, econômicas, culturais etc. (GIL, 2007, p.32).

Além disso, com a dialética procurou-se verificar quais as ações de atendimento estão sendo desenvolvidas para pessoas que vivem com HIV/AIDS no município de São Borja. Nessa perspectiva, este trabalho colaborou na totalidade da realidade dessas pessoas.

Assim, ressalta-se que buscar a totalidade dos fenômenos significa perceber as sensações e representações do estudo. É buscar a singularidade que existe. Também é necessário buscar os elementos sócio-históricos, através de juízos, conceitos e raciocínios. E por fim, visualizar a realidade concreta dos sujeitos estabelecendo os aspectos fundamentais como conteúdo, formas, possibilidades. (HENRICH, 2008, p. 72).

Na categoria totalidade, a situação da realidade em que se encontra o sujeito não é apenas um fato isolado. O sujeito está inserido numa grande estrutura mundial, a qual está em processo de constantes mudanças, desse modo não foi levada em consideração a particularidade do sujeito, mas, sim, foi analisada toda a questão estrutural em que se encontra o sujeito no contexto sobre o tema da AIDS.

A partir da categoria historicidade pode-se compreender a historicidade do sujeito pesquisado a partir do movimento da realidade dos fatos. A construção de conhecimento deu-se através da realidade vivida pelo sujeito.

Assim, a categoria historicidade estabelece a necessidade de analisar-se a realidade como um processo, construído por todos os elementos que condicionam a vida dos sujeitos em sociedade, o que fica muito forte na discussão do mundo da Aids. Nesse contexto, o movimento total dos fenômenos diz respeito a tudo aquilo que fez

parte desse movimento e que não é do presente, mas que possui uma história que nos remete a pensar e indagar a respeito (HENRICH, 2008, p. 73).

A categoria contradição está em um processo de movimento, e se podem compreender os lados contraditórios do fenômeno que foi pesquisado.

A contradição, enquanto categoria, é vislumbrada na realidade objetiva da sociedade: nos conflitos humanos, da natureza, do espírito humano. No real e no pensamento. Assim, a contradição está presente também na identidade das pessoas e, portanto, está viva, em processo, em movimento. Desse modo, encara-se uma discussão acerca do que é real, e do que é considerado ideal por todos, nessa sociedade contraditória (HENRICH, 2008, p. 74).

Para desvendar como ocorreram as ações de atendimento às pessoas portadoras de HIV/AIDS no município de São Borja, e, para a compreensão dos aspectos que constituem determinado fenômeno, foi realizada uma pesquisa qualitativa, permitindo à pesquisadora compreender e desvendar a real essência do objeto por ela pesquisado, tendo como objeto analisar a realidade em sua totalidade, não se contentando com o imediato aparente, indo além do aparente. A mesma dimensionou os problemas que foram trabalhados, buscando interpretações e informações, entendendo e desvendando os fatos pesquisados.

Para melhor compreensão da pesquisa qualitativa, foram tomadas como referências as autoras Martinelli (1999) e Minayo (2007).

Martinelli (1999) define pesquisa qualitativa:

No que se refere às pesquisas qualitativas, é indispensável ter presente que, muito mais do que descrever um objeto, buscam conhecer trajetórias de vida, experiências sociais dos sujeitos, o que exige uma grande disponibilidade do pesquisador e um real interesse em vivenciar a experiência da pesquisa. Uma consideração importante nesse sentido é que a pesquisa qualitativa é, de modo geral, participante, nós também somos sujeitos da pesquisa (MARTINELLI, 1999, p. 25).

O ciclo da pesquisa do processo de trabalho em pesquisa qualitativa foi ilustrado a partir de Minayo (2007), sendo esse processo dividido em três etapas:

A *fase exploratória* consiste na produção do projeto de pesquisa e de todos os procedimentos necessários para preparar a entrada de campo. É o tempo dedicado – e que merece empenho e investimento – a definir e delimitar o objeto, a desenvolvê-lo teórica e metodologicamente, a colocar hipóteses ou alguns pressupostos para seu encaminhamento, a escolher e a descrever os instrumentos de operacionalização do trabalho, a pensar o cronograma de ação e a fazer os procedimentos exploratórios para escolha do espaço e da amostra qualitativa.

O *trabalho de Campo* consiste em levar para a prática empírica a construção teórica elaborada na primeira etapa. Essa fase combina instrumentos de observação, entrevistas e outras modalidades de comunicação e interlocução com os pesquisadores, levantamento de material documental e outros. Ela realiza um momento relacional e prático de fundamental importância exploratória, de confirmação e refutação de hipóteses e de construção da teoria. O trabalho de campo é uma fase tão central para o conhecimento da realidade que Levy – Strauss (1975) o denomina “*ama de leite*” de toda a pesquisa social.

A terceira etapa, resumida no título *Análise e tratamento do material empírico e documental*, diz respeito ao conjunto de procedimentos para valorizar, compreender, interpretar os dados empíricos, articulá-los com a teoria que fundamentou o projeto ou com outras leituras teóricas e interpretativas cuja necessidade foi dada pelo trabalho de campo (MINAYO, 2007, p. 26-7).

Trabalhando com esses significados de vivências através da pesquisa qualitativa, foi adotada como técnica de pesquisa a análise de conteúdo, pois através dela puderam-se encontrar respostas para as questões formuladas e também se pode confirmar ou não as afirmações estabelecidas antes do trabalho de investigação. Outra função diz respeito à descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado (MINAYO, 1994).

Para a formulação deste trabalho, foi utilizado como instrumento de coleta de dados a pesquisa documental. As autoras Markoni e Lakatos (2007) definem a pesquisa documental:

A característica da pesquisa documental é que a fonte de coletas de dados está restrita a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias. Estas podem ser feitas no momento

em que o fato ou fenômeno ocorre, ou depois (MARCONI; LAKATOS, 2007, p. 176).

Gil (2007) define a pesquisa documental como:

A pesquisa documental assemelha-se muito à pesquisa bibliográfica. A única diferença entre ambas está na natureza das fontes. Enquanto a pesquisa bibliográfica se utiliza fundamentalmente das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa (GIL, 2007, p. 66)

Neste caso, a coleta de dados partiu da pesquisa documental. Através da pesquisa documental, foram pesquisadas as informações necessárias para alcançar os objetivos deste trabalho, a partir das análises de documentos de arquivo público, como a Política Nacional de DST/AIDS, Conferência Nacional da Saúde, Projetos de Lei e em Relatórios.

Segundo Marconi e Lakatos (2007):

Sua finalidade é colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto, inclusive conferências seguidas de debates que tenham sido transcritos por alguma forma, quer publicadas, quer gravadas (MARCONI; LAKATOS, 2007, p. 185).

Também foi realizada a coleta de dados a partir dos documentos das Conferências Nacional de Saúde, os quais foram analisados seguindo as análises de conteúdos de Bardin (2009). A organização da análise de conteúdo foi utilizada a partir de três pólos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Bardin (2009) define seus pólos cronológicos em cinco etapas, sendo a primeira a pré-análise:

A *pré-análise* é a fase de organização propriamente dita. Corresponde a um período de instituições, mas, tem por objetivo tornar operacionais a sistematizar as ideias iniciais, de maneira a

conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise (BARDIN, 2009, p. 121).

Nessa primeira etapa envolveu a verificação e a escolha de livros e documentos dos relatórios das Conferências que foram analisados.

Quando se deseja colher informações sobre um ou mais aspectos de um grupo grande ou numeroso, verifica-se, muitas vezes, ser praticamente impossível fazer um levantamento do todo. Daí a necessidade de investigar apenas uma parte dessa população ou universo. O problema da amostragem é, portanto, escolher uma parte (ou amostra), de tal forma que ela seja a mais representativa possível do todo e, a partir dos resultados obtidos, relativos a essa parte, poder inferir, o mais legitimamente possível, os resultados da população total, se esta fosse verificada (pesquisa censitária) (MARCONI; LAKATOS, 2007 p. 41).

Dessa forma, conforme Marconi e Lakatos (2007, p.41), “o universo ou população de uma pesquisa depende do assunto a ser investigado (...)”. O universo é o espaço amplo em que se define a amostra para coleta de dados. “(...) e a amostra, porção ou parcela do universo, que realmente será submetida à verificação, é obtida ou determinada por uma técnica específica de amostragem” (MARCONI; LAKATOS, 2007, p.41-2). Nesta pesquisa, a amostra serão os documentos que estão em torno desse universo, pois o número de pessoas infectadas pelo HIV tem crescido constantemente.

Quanto aos critérios de amostra desta pesquisa, foram analisados os documentos da 12<sup>a</sup>, 13<sup>a</sup> e 14<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, visando verificar se o tema da rede de proteção das pessoas portadoras do vírus HIV/AIDS foi contemplado nessas conferências. Foi a partir desse universo e de documentos de amostra que foram analisados como é contemplado o tema da rede de proteção das pessoas portadoras do vírus HIV/AIDS.

A segunda etapa, conforme Bardin (2009), é a exploração do material, na qual envolveu leituras e anotações das palavras que chamaram atenção.

A *exploração do material* se as diferentes operações da pré-análise foram convenientemente concluídas, a fase de análise propriamente dita não é mais do que a administração sistemática das decisões tomadas. Quer se trate de procedimentos aplicados manualmente ou

de operações efectuadas pelo ordenador, o decorrer do programa completa-se mecanicamente (BARDIN, 2009, p. 127).

Já nas outras três etapas, tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação, onde foi definido as categorias e as inferências sobre eles.

Por outro lado, os resultados obtidos, a confrontação sistemática com o material e o tipo de inferências alcançadas, podem servir de base a uma outra análise disposta em torno de novas dimensões teóricas, ou praticada graças a técnicas diferentes (BARDIN, 2009, p. 101).

Nesse sentido, no decorrer dos capítulos deste trabalho, serão explorados a partir da predominância de pessoas que vivem com o vírus HIV/AIDS no Município de São Borja, a inferência das fontes bibliográficas e documentais utilizadas para o movimento de construção do tema.

Com relação à devolução dos dados, os mesmos serão demonstrados na apresentação pública de TCC II, e, em seguida, com a entrega de uma cópia para a disponibilização na biblioteca da instituição, que será realizada na UNIPAMPA, campus São Borja, possibilitando uma consulta ao acervo dessa produção de conhecimento. Também será entregue uma cópia para o Serviço de Atendimento Especializado (SAE), da Prefeitura Municipal de São Borja.

### 3 HISTÓRIA DA AIDS

Neste capítulo, será discorrido acerca do percurso histórico do surgimento da AIDS, contextualizando historicamente a trajetória da evolução da epidemia da AIDS no mundo, iniciando na década de 1980, do século XX, no Brasil, no Rio Grande do Sul e em São Borja.

#### 3.1 História da AIDS no Mundo

Os estudos da AIDS<sup>1</sup> eram apresentados nos anos de 1980 como uma “doença misteriosa”, chegando a ser considerado como um câncer raro da “peste gay”. Conforme Bastos (2006):

(...) a síndrome seria uma afecção exclusiva de homens *gays*, no que viria a ser popularmente conhecido como ‘câncer *gay*’ ou, ainda, numa vertente aparentemente mais sofisticada, a então denominada GRID (*gay-related immunodeficiency* ou ‘imunodeficiência relacionada aos *gays*’, ou ainda, numa tradução ao pé-da-letra, [relacionada a] ‘ser *gay*’) (BASTOS, 2006, p. 32).

Atualmente, sabe-se que, cientificamente, não se tem nada comprovado de como o vírus HIV surgiu, mas, muitos pesquisadores e formadores de opinião pública, afirmam que o vírus era mantido na época somente entre os homens.

Como se não bastasse, enquanto entrevistava os pacientes e redigia minha dissertação de mestrado, comecei a ver os primeiros indivíduos acometidos por uma doença misteriosa, que, à época, diziam ser uma ‘peste *gay*’(...) (BASTOS, 2006, p. 12).

Em 1977 e 1978, ocorreram os primeiros casos da epidemia de AIDS no mundo, nos países dos Estados Unidos e Haiti e na parte central da África. Nessa época, num caráter histórico, foi identificado um elevado número dessa doença direcionada a indivíduos adultos do sexo masculino e homossexuais,

---

<sup>1</sup> A AIDS é uma doença que abala o sistema imunológico em um estágio mais avançado.

vindos das grandes cidades norte-americanas. Porém, com o passar dos anos este vírus foi se espalhando por todo o mundo, atingindo toda a população de forma geral. Na época, os altos números de óbitos que ocorreram deram-se devido ao comprometimento do sistema imune do organismo afetado, dando oportunidades a doenças oportunistas como tuberculose, pneumonia e vários tipos de câncer (BRASIL, 2014m).

E, com o passar dos anos, essa doença passou a ser considerada uma epidemia global, com características de grandes cidades, espalhando-se de forma rápida e crescente pelo mundo. Atingindo de forma geral os indivíduos, pois AIDS não escolhe “cara”, atinge qualquer pessoa que não se previna, de qualquer classe social, religião, cor, gênero ou até mesmo idade.

As primeiras vítimas que foram infectadas foram os homossexuais. Atualmente ocorreu uma enorme mudança no perfil dos casos identificados de contaminação do vírus HIV, pois vem ocorrendo entre os heterossexuais, idosos, gestantes e nas crianças recém-nascidas. Nesse caso, cabe salientar que nos heterossexuais ocorre a transmissão do vírus HIV/AIDS através da relação sexual desprotegida com a predominância de aumento de infecção nas mulheres e também pelo uso de drogas injetáveis (BRASIL, 2014k).

A principal forma de contágio do vírus HIV, e que vem apresentando um crescente aumento, é na relação sexual desprotegida. Segundo dados do Ministério da Saúde, o modo de transmissão que é responsável pelos altos números de infecção é a via sexual, pois, nos últimos 14 anos, foram infectados 47,9% da população e, em 1993, 50,7%, com tendência de aumento de casos entre mulheres (BUCHER, 1995). Portanto, a recusa do uso do preservativo pela parte masculina é um dos fatores de infecção do vírus HIV entre as mulheres.

Dessa forma, enquanto estratégia no enfrentamento do controle dessa doença, é necessário que o Ministério da Saúde garanta a execução de práticas seguras e preventivas para a população, com ações de controle e prevenção e com ampla distribuição de insumos preventivos com a finalidade de reduzir as taxas de infecção.

As pessoas idosas que vivem com HIV/AIDS, devido ao seu sistema mais debilitado, desenvolvem mais facilmente a doença, pois em seu estágio

de envelhecimento estão mais expostos às doenças que fazem parte do seu processo biológico. Como estratégia, no que tange a prevenção, tratamento e a inclusão social dos idosos, é necessário que se pense intervenções que venham a contribuir e fortalecer essas ações, bem como na construção e elaboração de políticas públicas voltadas para a pessoa idosa que vive com HIV/AIDS, visando à participação ativa desses idosos na sociedade. Lembrando que com o aumento da expectativa de vida, o idoso que adota práticas de saúde saudável e que realize o tratamento medicamentoso corretamente, pode levar uma vida “normal”.

Conforme vem ocorrendo o aumento do número de casos de infecção nas mulheres e pela transmissão vertical, o Ministério da Saúde (2000) reforça, em suas ações, estratégias para diminuir as chances de transmissão.

Devido à importância do crescimento do número de casos de AIDS, entre as mulheres e o conseqüente aumento do risco de transmissão vertical do HIV, as estratégias de prevenção destinadas a esse grupo têm sido cada vez mais reforçadas. Tendo em vista os recursos terapêuticos disponíveis para a redução das chances de transmissão do HIV para o feto ou recém nascido, tem-se recomendado que também os serviços de pré-natal ofereçam aconselhamento e teste anti-HIV para as gestantes (BRASIL, 2000, p. 9).

Diante desse aumento de infecção nas mulheres gestantes, além das estratégias de prevenção já mencionadas, é necessário que a gestante esteja ciente das conseqüências que ocasiona em seu bebê, caso não realizar o tratamento medicamentoso corretamente.

Segundo dados do Ministério da Saúde (2014), a gestante soropositiva que não realiza o tratamento medicamentoso passa o vírus com uma taxa de 20% para o recém-nascido. Como recomendação médica, na hora do parto é indicada a cesariana, e, após o parto, não se deve amamentar o filho, pois o vírus está presente no leite da mãe, havendo assim risco de transmissão (BRASIL, 2014j).

Por isso, é muito importante as gestantes seguirem todas as recomendações médicas e preventivas de tratamento, para que, assim, seja reduzida a possibilidade de infecção na transmissão vertical.

O recém-nascido, além de fazer o tratamento medicamentoso de AZT xarope, também deve realizar um acompanhamento com exames e ser levado nas consultas agendadas pelo SAE<sup>2</sup>. Segundo a UNAIDS (2012), no ano de 2011, havia 1,5 milhão de gestantes soropositivas, sendo 57% delas tratadas com o medicamento para a prevenção da transmissão para o filho (BRASIL, 2012o).

Para um melhor entendimento sobre a AIDS e o vírus HIV, cabe mencionar a definição de AIDS, segundo Bucher (1995):

A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA; AIDS em inglês) é uma doença relativamente recente, surgida no início dos anos 80. É chamada de pandemia por tratar-se de uma epidemia muito ampla. Por causar elevada mortalidade, ela apavora a população, o que leva, amiúde, à discriminação dos doentes de AIDS.

A doença afeta o sistema imunológico da pessoa e a deixa vulnerável, ao debilitar progressivamente suas defesas naturais. Logo, estas não conseguem proteger o organismo contra os diversos agentes invasores (micróbios, bactérias, fungos, vírus). Enfraquecida, a pessoa corre graves riscos pelo alastramento de doenças que se infiltram, as chamadas “infecções oportunistas” (BUCHER, 1995, p. 17).

A pessoa infectada pelo vírus desenvolve a AIDS a partir de seu sistema imunológico debilitado, não podendo seu organismo defender-se de infecções e doenças como pneumonia, tuberculose e câncer. Já o vírus da Imunodeficiência Humana, o HIV<sup>3</sup>, utiliza-se do que necessita do organismo humano como parasita. Dessa forma, Bucher (1995) define o vírus HIV:

A AIDS é causada por um vírus chamado HIV (Vírus a Imunodeficiência Humana, sigla em inglês). Este penetra no corpo e ataca os glóbulos brancos (linfócitos T4), responsáveis pela defesa do sistema imunológico. O vírus pode permanecer no organismo por meses ou anos, sem sinal aparente da doença. Nestes casos, o corpo já está infectado pelo HIV, mas a doença não chegou a manifestar-se (BUCHER, 1995, p. 17).

---

<sup>2</sup> Serviço de Assistência Especializado ambulatoriais que realizam atendimento as pessoas que vivem com HIV/AIDS E DST's.

<sup>3</sup> O HIV (Sigla em inglês) é um vírus da imunodeficiência humana. A pessoa com HIV é um soropositivo que vive anos sem manifestar e progredir com a doença. O HIV é o causador da AIDS.

No mundo, milhões de pessoas convivem com essa doença que, nos anos 1980, era considerada tão misteriosa. Bastos (2006, p. 26) destaca que “mais de 30 milhões de pessoas vivem com o HIV e a AIDS, em todo o mundo, onde essa doença é uma das maiores pandemias<sup>4</sup> da história”.

Segundo o autor, diversos casos de infecção surgiram nesses longos anos, afetando milhares de pessoas. Nessa época, ainda não se tinha descoberto o tratamento medicamentoso, e, em virtude disso, o vírus ocasionava diversas infecções em seu organismo debilitado, levando a sua morte. Atualmente, o alto número de pessoas que vivem com HIV no mundo é o reflexo da ampliação do acesso aos medicamentos destinados a essas pessoas. Entende-se que a ampliação ao acesso dos medicamentos contribuiu de maneira positiva na vida das pessoas que vivem com HIV/AIDS.

De acordo com o Relatório Global do UNAIDS<sup>5</sup>, em 2011, havia 34,2 milhões de pessoas infectadas, e 2,5 milhões de pessoas contraíram a doença no mesmo ano, sendo a região mais afetada a África Subsaariana, onde 23,5 milhões de pessoas vivem com AIDS, na faixa dos 15 a 24 anos (BRASIL, 2012). E, em 2010, o vírus causou a morte de 1,7 milhão de pessoas e novas infecções no mundo chegaram a 2,6 milhões, sendo 2,2 milhões em adultos e 33 mil em crianças. No auge da epidemia, 570 mil crianças foram infectadas. Em 2011, diminuiu o número de crianças infectadas pelo vírus HIV, em menores de 15 anos no mundo, teve uma queda de 24% comparando com 2009, no total teve 330 mil crianças infectadas. No ano de 2010, no mundo, havia 3,4 milhões de crianças infectadas, com um total de 230 mil mortos no mesmo ano. Já nos países de baixa e média renda, em 2011, cerca de 8 milhões de pessoas receberam tratamento contra a AIDS (BRASIL, 2012o).

O número de mortes por AIDS vem caindo no mundo, pois com a universalização da adesão ao tratamento medicamentoso a pessoa infectada tem uma sobrevivência prolongada, melhorando, assim, a sua qualidade de vida.

Para alguns autores, o vírus surgiu do contato do homem com o macaco. Cabe salientar que não se tem nada evidenciado a respeito do surgimento do vírus HIV, porém, para Bastos (2006), essa questão ainda está

---

<sup>4</sup> A Pandemia é de grande proporção da epidemia; é considerado um surto de doença que atinge milhares ou milhões de pessoas.

<sup>5</sup> Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids.

em aberto, pois há rumores que o vírus pode ter sido passado nas relações sexuais com macacos pelas tribos africanas:

Muita tinta (e tonner) foi gasta com detalhes bizarros acerca da 'passagem' dos retrovírus dos macacos para os humanos, questão que permanece em aberto, a despeito de publicações de natureza voyeurística, quando não racista, que descrevem em supostos detalhes as relações sexuais entre macacos diversos e tribos africanas (BASTOS, 2006, p. 23).

A causa da origem do vírus HIV ainda é desconhecida, segundo o Ministério da Saúde (2006), uma equipe de pesquisadores de diversos países vem trabalhando há 10 anos para descobrir a origem dessa doença para, então, poder desenvolver uma vacina para combater o vírus HIV (BRASIL, 2006i).

Com o passar dos anos, essa epidemia<sup>6</sup> foi se expandindo rapidamente pelo país, e, para melhor compreender como essa transmissão de curso de infecção foi se evoluindo para várias pessoas no mundo, o Ministério da Saúde (1999) dividiu o curso da epidemia em três fases:

Historicamente, poderíamos dizer que o curso da epidemia no País pode ser dividido em três grandes fases:

1- uma fase inicial – que restringia o olhar apenas ao infectado, impedindo a adoção de ações mais amplas no campo da saúde -, caracterizada por transmissão, principalmente em homens que fazem sexo com homens, e por um nível de escolaridade alto, perpassando um conceito de “grupo de risco” (BRASIL, 1999, p. 10).

Nessa fase inicial, em 1980, o vírus expandiu-se rapidamente entre as pessoas, onde, inicialmente, afirmavam que essa doença era exclusiva dos homossexuais. “Ou seja, a humanidade se subdividiria daí em diante em duas supostas metades: *gays*, sob risco absoluto de contrair o HIV/AIDS, e não-*gays*, a salvo do misterioso mal” (BASTOS, 2006, p. 33). A doença, como mencionado anteriormente, ainda tinha uma causa desconhecida, sendo considerada como um “câncer gay”, e, em diversos contextos, acreditavam que

---

<sup>6</sup> Doença que se alastra rapidamente entre a população

somente era afetado pelo vírus os homossexuais, as prostitutas e os dependentes químicos.

Inicialmente, no começo da epidemia, eram considerados “grupo de risco” os homossexuais, os usuários de drogas injetáveis e as prostitutas. Sabe-se que o vírus espalhou-se rapidamente de forma geral, não ficando concentrado apenas nos “grupo de risco”, como antigamente era chamado. Atualmente, o “grupo de risco” está sendo banido, sendo hoje chamado de situação de risco. Por exemplo, as pessoas que estão em risco de serem infectadas pelo vírus HIV são as que passaram por situações de desproteção na relação sexual ou por compartilhamento de seringas.

O segundo grupo em situação de risco, mais vulnerável a contrair o vírus HIV/AIDS, ocorre entre os usuários de drogas injetáveis (UDI), que vem crescendo absurdamente no Brasil. Essa é a segunda fase que o Ministério da Saúde (1999) determina ser o causador de transmitir o vírus HIV.

2- uma segunda fase – que ampliava o olhar sobre a exposição do vírus -, caracterizando pelo incremento da transmissão em usuários de drogas injetáveis e por uma maior disseminação entre as pessoas que tem prática heterossexual, perpassando um conceito de “comportamento de risco” (BRASIL, 1999, p. 10).

E como medida de Redução de Danos, o Ministério da Saúde, desenvolveu o Projeto de “Prevenção ao abuso de drogas, com ênfase especial na prevenção do HIV entre usuários de drogas intravenosas no Brasil”. Esse projeto tem como objetivo prevenir, reduzir e estabilizar a transmissão do vírus HIV através do uso de drogas em grupos em situações de risco, através dos serviços para as pessoas que vivem com HIV/AIDS (BUCHER, 1995).

Os usuários de drogas injetáveis, hoje, representam o segundo grupo de risco, e, como meta para reduzir os casos de infecções no mundo, é adotada a prática de Redução de Danos pelo Ministério da Saúde. Tal medida é uma forma de pensar em prática de saúde e qualidade de vida para reduzir as consequências que ocorrem com os usuários de droga, como, por exemplo, no caso do uso de drogas injetáveis, o não compartilhamento das seringas. Quando os usuários de drogas injetáveis adotarem essas práticas seguras,

então, serão alcançados os objetivos da Redução de Danos, que é o da não propagação do vírus HIV.

Dessa forma, os profissionais da saúde devem orientar e aconselhar, juntamente com os UDI, com o objetivo de reduzir e minimizar as pessoas que se encontram em situação de risco, disponibilizando na rede pública insumos de prevenção, como a distribuição de seringas e agulhas.

Segundo o Ministério da Saúde (1999), em sua terceira fase, com o aumento da mudança de perfil das pessoas infectadas, atualmente, houve um grande aumento da propagação do vírus nos heterossexuais e mulheres. Passando de ser uma doença de grandes metrópoles, expandindo-se para os municípios, atingindo, assim, pessoas de todas as faixas de renda.

3- uma terceira fase – que caracteriza a suscetibilidade das pessoas ao vírus -, quando se acentua uma maior disseminação entre os heterossexuais, principalmente mulheres, um aumento percentual entre as pessoas de baixa escolaridade e a interiorização para municípios de médio e pequeno porte, exigindo, aqui, um conceito de “vulnerabilidade” (BRASIL, 1999, p. 10).

Sendo assim, a terceira fase de transmissão de curso é atribuída não somente aos heterossexuais e mulheres das grandes metrópoles, mas, também, mas também à população de municípios interiores. Como mencionado anteriormente, as taxas de infecção têm aumentado entre os heterossexuais, mais em mulheres devido ao não uso de insumos de prevenção. Diante da forma rápida que o vírus espalhou-se, atingiu pessoas de cidades interioranas e pessoas de baixa escolaridade. Isso ocorreu devido à dificuldade do acesso a informações dessa população, que se encontra distante dos grandes centros urbanos. E, como medida de estratégia de prevenção, é primordial que os Serviços Especializados e a Atenção Básica criem estratégias de melhorias no atendimento a essas pessoas que se encontram em situações de vulnerabilidade.

Conforme a AIDS foi disseminando-se pelo mundo, as preocupações no cenário brasileiro foram aumentando quanto ao atendimento das pessoas que contraíram o vírus HIV/AIDS. Desse modo, no próximo item serão

apresentadas algumas características do percurso da AIDS no Brasil, no Rio Grande do Sul e em São Borja.

### 3.2 O percurso da AIDS no Brasil

No Brasil, em 1982, foi identificado o primeiro caso de AIDS, em São Paulo (BRASIL, 2014m). E, com o passar dos anos, essa doença foi se expandindo para diferentes perfis de pessoas, incidindo na feminização, em crianças, na transmissão vertical e em idosos:

A epidemia da AIDS, nos últimos anos, vem apresentando mudanças no perfil epidemiológico, tanto em âmbito mundial como nacional. A tendência atual no Brasil é caracterizada pela feminização, pauperização, heterossexualização e interiorização (BRASIL, 1999, p. 7).

Com relação à epidemia nos últimos anos, verificou-se, no capítulo anterior, que, anteriormente, a AIDS era uma doença que predominava essencialmente entre os homens e, com passar dos anos, verifica-se que muitas mulheres contraíram o HIV. Segundo dados do Ministério da Saúde (2014l), existem ainda mais casos de homens infectados do que mulheres, mas, ao longo dos anos, vem diminuindo essa diferença. Em 1989, era de seis casos de AIDS no sexo masculino para um no sexo feminino. Já, em 2011, é 1,7 de homens para um de mulher. Seja pela relação sexual desprotegida ou pelo uso de perfurocortante<sup>7</sup>. Uma pesquisa do Ministério da Saúde (2014), em parceria com a Fiocruz, constatou que a infecção pelo vírus tem maior incidência entre os homens e que nas mulheres está declinando (BRASIL, 2014h).

A feminização da AIDS vem crescendo aceleradamente pela transmissão através da prática heterossexual e, a partir disso, com a transmissão vertical. Com o estigma de preconceito que a mulher sofre, é necessário que a mulher que vive com HIV/AIDS seja amparada pela rede de apoio às pessoas que vivem com AIDS por uma equipe multidisciplinar

---

<sup>7</sup> Os profissionais da área da saúde devem ter total cuidado ao manusearem estes tipos de materiais que perfuram ou cortam.

treinada. Nos dias atuais, sabe-se que qualquer pessoa que não se previna está exposta ao risco de contrair o vírus, dessa forma para combater novas infecções é fundamental que os Programas direcionados à população promovam medidas preventivas de um comportamento sexual seguro.

Antigamente, a AIDS era relacionada diretamente aos homossexuais, já atualmente fala-se em heterossexualização, pois, como se sabe, qualquer sujeito que não se proteja está disposto a contrair o vírus HIV.

Já o aumento de infectados na interiorização é no sentido de que ela já foi uma doença de grandes centros urbanos, e que, devido à expansão do vírus, qualquer lugar do mundo está exposto ao vírus, principalmente nas cidades interioranas do Brasil. “A Aids deixou de ser uma doença das grandes metrópoles, como no início de seu surgimento, expandindo-se para as cidades interioranas, atingindo a população de baixa renda e escolaridade” (MORAIS, 2010). Os municípios de pequeno porte, em diferentes regiões geográficas, tiveram uma incidência de aumento de AIDS.

Os principais desafios são a redução da incidência da AIDS nos diferentes segmentos populacionais em situação de risco e vulnerabilidade; a garantia dos direitos de cidadania e de uma melhor qualidade de vida para as pessoas que vivem com o HIV e AIDS; a priorização das ações voltadas para as DST no País. (BRASIL, 1999, p. 7).

Nessa perspectiva, ao contrário do que aconteceu nos anos 80, que somente as populações de grandes metrópoles eram infectadas, em alguns anos, o vírus começou a espalhar-se pelo mundo. Hoje, devido ao crescimento de pessoas infectadas nas cidades interioranas do Brasil, aumentou o risco em que se encontra o sujeito, pois quanto maior o risco existente, maior será o contexto de vulnerabilidade em que o sujeito encontra-se.

Da análise do conceito de risco e vulnerabilidade pode-se chegar a algumas conclusões. Uma delas se refere ao fato de o risco não poder ser identificado como vulnerabilidade, embora se possa estabelecer uma relação estreita entre eles. O primeiro conceito se refere à situação dos grupos, e o segundo deve ser usado para a situação fragilizada de indivíduos. Essa parece ser uma boa distinção (JANCZURA, 2012, p. 307).

E, com o agravamento da disseminação da AIDS pelo mundo, as autoridades de saúde pública começaram a preocupar-se com essa nova epidemia. Para solucionar o intenso aumento de pessoas infectadas pelo vírus HIV no Brasil, em 1986, o governo brasileiro usou como medida e estratégia de enfrentamento de muitas demandas, a implementação da Política Nacional de DST/AIDS pelo ministro da Saúde Roberto Santos, que tem como objetivos:

Três grandes objetivos norteiam essas ações:

1. reduzir a incidência de infecção pelo HIV/aids e por outras DST;
2. ampliar o acesso ao diagnóstico, ao tratamento e à assistência – melhorando sua qualidade -, no que se refere ao HIV/aids;
3. fortalecer as instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle das DST e da aids.

Os objetivos específicos que se desdobram são:

1. promover a adoção de práticas seguras em relação às DST;
2. promover a garantia dos direitos fundamentais das pessoas atingidas direta ou indiretamente pelo HIV/aids;
3. aprimorar o sistema de vigilância epidemiológica das DST e do HIV/aids;
4. promover o acesso das pessoas com infecção pelo HIV e portadores de DST à assistência de qualidade;
5. reduzir a morbi-mortalidade decorrente das DST e da infecção pelo HIV;
6. assegurar a qualidade do sistema de diagnóstico laboratorial das DST e infecção pelo HIV;
7. promover a adoção de práticas seguras relacionadas à transmissão sexual e parenteral do HIV;
8. promover a articulação com outros setores governamentais e da sociedade civil para o estabelecimento e fortalecimento de políticas públicas nas áreas de DST/aids e de prevenção do uso indevido de drogas (BRASIL, 1999, p. 13).

Essa política tem como finalidade ampliar os serviços de assistência ao tratamento das pessoas portadoras do vírus, serviços de promoção e prevenção aos atendimentos para a população portadora do vírus e para informações e orientações para a população em geral.

Ainda no ano de 1986, aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde, que contou com ampla participação da população, e que teve o intuito de garantir a luta da Universalização da Saúde no Brasil e o Direito à Saúde, aprovando as diretrizes para a criação de um Sistema Único de Saúde. A partir da reforma sanitária, que teve um forte impulsionamento nessa Conferência,

tendo sua legitimação em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, marcou a redemocratização do país (MORAIS, 2010).

O Brasil foi um dos pioneiros em distribuir o medicamento gratuitamente e com acesso universal do tratamento dos antirretrovirais às pessoas que vivem com o vírus HIV. Adotou como política de Estado pelo Sistema Único de Saúde a Lei Federal nº 9.313, decretada em 13 de novembro de 1996, com a distribuição de medicamentos gratuitos para as pessoas portadoras do vírus, sendo que o medicamento passou a ser fornecido pelo Ministério da Saúde, garantindo, assim, o tratamento antirretroviral (ARV) no Brasil (BRASIL, 2010).

Segundo a UNAIDS (2012), no Brasil, cerca de 650 mil pessoas registradas vivem com HIV. Segundo o relatório, o Brasil é um modelo de prevenção e assistência às pessoas portadoras do vírus. Porém, as regiões Norte e Nordeste registram dados de grande aumento da mortalidade e de números novos de infecções, também tendo aumentando na Região Sul. Em tratamento, estão 200 mil pessoas. No ano de 2011, 12 mil pessoas morreram, e, a cada ano, 30 mil novas pessoas são infectadas. Cerca de 250 mil brasileiros não sabem que contraíram o vírus ou nunca fizeram o teste. Para reduzir esse número é necessário ampliar o número de diagnósticos e tratamentos às pessoas nos atendimentos Especializados (BRASIL, 2012o).

Para diminuir essas taxas de mortalidade é necessário que o usuário que vive com o vírus HIV/AIDS faça adesão ao tratamento medicamentoso ARV, para que este possa ter uma boa qualidade de vida. O usuário que faz adesão ao tratamento medicamentoso deve receber orientações da equipe de Assistência Farmacêutica.

Um dos desafios da grande maioria da população brasileira infectada é a realização do tratamento ART, diante disso o Ministério da Saúde (2008) disponibiliza um “Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e a AIDS”, visando à conscientização, por parte dos infectados, acerca da realização do tratamento e da melhoria da qualidade de vida e sobrevivência. O objetivo do tratamento antirretroviral é de retardar ou evitar o surgimento da imunodeficiência, assim objetivando uma perspectiva de vida longa e com qualidade.

E para que os infectados que aderem ao tratamento é necessário que a equipe multidisciplinar inclua em suas orientações diárias:

Isso incluiu orientações individuais aos pacientes sobre o uso do medicamento, supervisão e orientação sobre a adequação dos esquemas antirretrovirais, doses, posologias e interações, participação em grupos de adesão e controle de faltosos, além de aspectos clínicos envolvidos com o manejo, informação e notificação de efeitos adversos (BRASIL, 2010, p. 17).

Ao dar o diagnóstico ao sujeito, a equipe de saúde deve disponibilizar de apoio social, avaliação médica, atendimento psicossocial e psicológico. Cabe ao usuário, também, participar de grupos de ajuda mútua, para que possa, a partir disso, trocar com outros usuários experiências, adquirindo maiores conhecimentos sobre HIV/AIDS, propiciando, assim, uma melhor adesão ao tratamento.

Há, também, aqueles que abandonam o tratamento, os chamados “faltosos<sup>8</sup>”, onde se pode entender que a desmotivação do tratamento se dá, na maioria das vezes, pelos efeitos adversos do medicamento ou por todo o preconceito que a pessoa que vive com HIV/AIDS passa, criando, desse modo, expectativas negativas em relação ao seu tratamento.

Recomenda-se que sejam considerados casos de abandono aqueles em que o paciente não comparecer ao estabelecimento em que retira seus medicamentos por um período igual ou superior a 90 dias após o período de cobertura referente à última dispensação. Para uma completa avaliação de cada caso, é necessário associar essa situação a outros fatores de monitoramento, como, por ex., as faltas a consultas médicas agendadas e o não retorno do paciente em seis meses, além dos já citados (BRASIL, 2010, p. 18).

E, para que isso não ocorra, é necessário que a equipe de saúde dê uma maior atenção ao atendimento às pessoas que vivem com o vírus HIV, entrando em contato com o usuário para entender por qual motivo ele deixou de retornar as suas consultas médicas. É relevante que o usuário saiba da importância de realizar seu tratamento medicamentoso. Dessa forma, o

---

<sup>8</sup> Usuário que abandona o tratamento medicamentoso de antirretrovirais.

Ministério da Saúde (2010), em seu Protocolo, dá ao Farmacêutico a responsabilidade de orientar sobre a importância do uso do medicamento, informando sobre os efeitos adversos que causam (BRASIL, 2010). Pois, com o uso correto do tratamento medicamentoso, é possível viver com o vírus sem desenvolver a doença, podendo levar uma vida “normal”.

Dessa forma, é de extrema importância o usuário realizar a adesão ao tratamento, pois, em caso de abandono, acabam causando várias consequências de transtornos, cabendo à equipe multidisciplinar de saúde realizar orientações, prevenções, atendimentos qualificados e acolhimentos para um melhor esclarecimento da irregularidade que ocorre caso houver abandono de tratamento.

O Estado do Rio Grande do Sul está entre os estados com as maiores taxas de detecção de casos de AIDS, após Amazonas e Santa Catarina. Nos anos de 1983 a 2012, foram detectados 65.852 casos de AIDS. (BRASIL, 2013g). Segundo o boletim de epidemiológicos do Ministério da Saúde (2013), em 2013, 74.572 casos de AIDS foram notificados. Das cinco regiões, o maior índice de taxa encontrada foi na Região Sul, onde, em 2012, 8.500 casos foram notificados, e, em 2013, 8.451. A capital que lidera em número de HIV é em Porto Alegre (POA).

Segundo dados do Ministério da Saúde (2014), na Região Sul, em 2012, foram notificados na população masculina 5.032 casos e na população feminina 3.660. Já em 2013, foram notificados 5.067 do sexo masculino e 3.384 do sexo feminino. Percebe-se que, na Região Sul, o vírus HIV apresenta-se mais na população masculina e na população feminina houve uma redução na taxa de infecção do vírus (BRASIL, 2014f).

Em jovens entre 15 e 24 anos, a taxa de detecção de casos de AIDS na Região Sul foi de 832 casos, em 2012, e, em 2013, 841 novos casos. Sendo possível identificar que na Região Sul 61,3% dos casos em heterossexuais, 31,2% em HSH (homossexuais e bissexuais) e 6,8% em UDI, com idade de 13 anos ou mais. No caso dos HSH, houve um aumento de 8,7%, no ano de 2005 22,5%, e, em 2013, 31,2% e nos heterossexuais também houve um aumento de percentual, em 2003, 52,5%, e, em 2008, 60,9%. Já nos casos UDI, houve uma redução em 2002, 27,4% (BRASIL, 2014f).

Nos últimos anos, houve um aumento de pessoas infectadas pelo vírus HIV, o que está voltando a assustar e preocupar. Nesse sentido, o Brasil está vindo à contramão de outros países, sendo o principal motivo de contaminação o comportamento sexual.

O município de São Borja possui 264 casos de pessoas com HIV/AIDS, onde, em 2013, 21 casos novos de infecção do vírus HIV foram detectados, e, em 2014, 11 novos casos de pessoas infectadas (SÃO BORJA, 2014).

O diagnóstico em São Borja é realizado através de um teste gratuito de extremo sigilo, independente do resultado. É realizado por profissionais da saúde, e, quando for positivo o resultado, o usuário é encaminhado para o Serviço de Atendimento Especializado (SAE), para a inicialização do tratamento medicamentoso, onde também é disponibilizado aconselhamento.

Entretanto, mesmo diante dessas adversidades, obtivemos conquistas nas políticas públicas relativas à epidemia de AIDS no Brasil. Podemos enumerar algumas de maior destaque, como a adoção de um referencial ético consensual; o acesso universal aos medicamentos (Decreto Presidencial de 13/11/96); a criação de serviços específicos, como Hospital Dia, Serviços de Assistência Especializada, Centros de Testagem e Aconselhamento e Atendimento Domiciliar Terapêutico; instrumentos legais de proteção aos direitos dos afetados, tais como a Lei nº9,313/96 (distribuição gratuita de medicamentos aos portadores de HIV e doentes de AIDS); um melhor controle da transmissão por transfusão de sangue e hemoderivados; e a parceria com estados, municípios e sociedade civil (BRASIL, 1999, p. 9).

Através do teste rápido é possível saber se a pessoa está ou não infectada pelo vírus HIV em menos de 15 minutos. O teste pode ser feito de graça na rede pública, sendo mantido total sigilo pelos profissionais capacitados.

Atualmente, ainda vem ocorrendo um grande número de infecções entre as pessoas e, muitas, ainda estão desinformadas sobre esta temática. A AIDS é considerada uma doença crônica e a pessoa que vive com HIV/AIDS passa por diversas situações de constrangimento.

Nesse capítulo, buscou-se focar sobre a trajetória da AIDS no mundo, Brasil, Rio Grande do Sul e em São Borja, além de se trabalhar com algumas

políticas, programas e planos, bem como as estratégias às pessoas que vivem com HIV/AIDS. Nessa perspectiva, no próximo capítulo, far-se-á a apresentação da Política Nacional de DST/AIDS e será analisada como está organizada a rede de atendimento em São Borja. Ainda no capítulo seguinte, far-se-á a descrição sobre as políticas que são de direito às pessoas que vivem com HIV/AIDS e a problematização do profissional inserido nos Programas de DST/AIDS, apresentando-se a avaliação produtiva em seu processo de trabalho.

## **4 Rede de atendimento às pessoas com HIV/Aids**

Neste capítulo será abordado como está previsto na Política Nacional de DST/AIDS a na rede de atendimento a partir do SUS às pessoas que vivem com HIV/AIDS. Para tanto, serão apresentadas as ações que a Política Nacional de DST/AIDS garante no atendimento às pessoas que vivem com HIV/AIDS, com a intenção de garantir o acesso a esses serviços. E, após, será problematizada a rede de atendimentos no município de São Borja.

### **4.1 Política Nacional de DST/AIDS**

Para a compreensão da Política Nacional de DST/AIDS é de grande importância apresentar como essa Política surgiu, para um melhor conhecimento da sua trajetória histórica, a qual contribuiu para a elaboração de políticas que correspondem ao direito das pessoas que vivem com AIDS. A partir disso, será possível identificar as ações que serão abordadas neste capítulo.

A fim de enfrentar a epidemia da AIDS no Brasil, foi criada a Política Nacional de DST/AIDS que veio para promover e garantir um maior acesso à saúde para as pessoas que vivem com AIDS. Dessa forma, essa política visa à prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a assistência com o intuito de garantir aos usuários uma melhor qualidade de vida (BRASIL, 1999).

A Política Nacional de DST/AIDS foi criada pelo Ministério da Saúde em 1999 e tem como marco os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), gerando princípios, diretrizes e estratégias para as pessoas que vivem com DST/AIDS. Segundo a Política Nacional de DST/AIDS (1999), o SUS tem como marco fundamental no processo de implementação da Política seus princípios de integralidade, universalidade, equidade, descentralização e o controle social (BRASIL, 1999).

O Sistema Único de Saúde garante acesso universal à saúde, como dispõe no artigo 196, da Constituição Federal de 1988:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, p. 129, 1988).

Dessa forma, o Sistema Único de Saúde tem a finalidade de desenvolver suas ações para toda a população, respeitando o direito de todo o cidadão; ficando a dever do Estado garantir que a saúde seja um direito de todos, com atendimento integral, também tem como principal objetivo a atuação em serviços assistenciais em ações de prevenção.

A Constituição Federal de 1988 é um marco fundamental para a garantia de direitos às pessoas que vivem com DST/AIDS, pois reconhece as pessoas que vivem com AIDS, garantindo, assim, o direito ao benefício e a outras providências. Segundo a Lei nº 7.670, de 8 de setembro de 1988, que sanciona em seu artigo 1º:

Art. 1º A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - SIDA/AIDS fica considerada, para os efeitos legais, causa que justifica:

I - a concessão de:

a) licença para tratamento de saúde prevista nos artigos 104 e 105 da Lei nº 1.711, de 28 de outubro de 1952;

b) aposentadoria, nos termos do art. 178, inciso I, alínea b, da Lei nº 1.711, de 28 de outubro de 1952;

c) reforma militar, na forma do disposto no art. 108, inciso V, da Lei nº 6.880, de 9 de dezembro de 1980;

d) pensão especial nos termos do art. 1º da Lei nº 3.738, de 4 de abril de 1960;

e) auxílio-doença ou aposentadoria, independentemente do período de carência, para o segurado que, após filiação à Previdência Social, vier a manifestá-la, bem como a pensão por morte aos seus dependentes;

II - levantamento dos valores correspondentes ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS, independentemente de rescisão do contrato individual de trabalho ou de qualquer outro tipo de pecúlio a que o paciente tenha direito.

Parágrafo único. O exame pericial para os fins deste artigo será realizado no local em que se encontre a pessoa, desde que impossibilitada de se locomover. (BRASIL, 1988).

A referida lei é aplicada para as pessoas que vivem com o vírus HIV/AIDS, onde, segundo a Política Nacional DST/AIDS (1999,) no campo do trabalho, a pessoa soropositiva tem direito a licença para tratamento de saúde

e a aposentadoria, previstos na Lei nº 1.711. Também tem direito a isenção do imposto de renda, prevista na Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988. Além de possuir direito na concessão de benefício de prestação continuada (BPC), prevista na Lei nº 8.742, artigo 20 (BRASIL, 1999).

A pessoa soropositiva, quando se encontra com sua doença em estágio avançado, acaba por ter a sua saúde afetada e comprometida. Ficando, assim, impossibilitado de realizar suas funções diárias, principalmente trabalhar, pois devido ao enfraquecimento e ao abalo de sua saúde, o soropositivo necessita tomar devidos cuidados.

Devido a isso, a pessoa soropositiva que se encontra com sua saúde afetada acaba ficando impossibilitada de trabalhar, desse modo tendo direito a receber um benefício do INSS. Esse benefício é chamado de Benefício de Prestação Continuada (BPC), e, segundo o Ministério da Saúde (2014), a pessoa com AIDS impossibilitada de trabalhar e que tenha renda familiar inferior a  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo tem acesso ao benefício (BRASIL, 2014d).

O auxílio-doença é concedido à pessoa que vive com HIV/AIDS sem a necessidade de cumprir o prazo mínimo de contribuição, desde que seja assegurado. Quando a pessoa que vive com HIV/AIDS recupera sua capacidade de retornar ao trabalho, o auxílio-doença deixa de ser pago. A concessão do auxílio-doença só ocorre após o médico pericial da Previdência Social comprovar a incapacidade de trabalhar (BRASIL, 2014e).

É importante ressaltar que a pessoa que vive com AIDS não se torna incapaz de trabalhar, mas, devido ao abalamento do seu sistema imunológico, a mesma fica incapacitada de realizar suas funções diárias. Portanto, é de seu direito o recebimento do BPC e do auxílio-doença, quando houver necessidade.

Sabemos que, atualmente, as pessoas que vivem com AIDS sofrem muita discriminação no trabalho devido a sua doença. É considerado crime a exigência de exames adicionais e a testagem de HIV, além de configurar discriminação às pessoas soropositivas, definido na Lei nº 12.984, a qual entrou em vigor em dois de junho de 2014, com o intuito de punir práticas de discriminação.

Art. 1º Constitui crime punível com reclusão, de 1 (um) a 4 (quatro) anos, e multa, as seguintes condutas discriminatórias contra o portador do HIV e o doente de Aids, em razão da sua condição de portador ou de doente:

I - recusar, procrastinar, cancelar ou segregar a inscrição ou impedir que permaneça como aluno em creche ou estabelecimento de ensino de qualquer curso ou grau, público ou privado;

II - negar emprego ou trabalho;

III - exonerar ou demitir de seu cargo ou emprego;

IV - segregar no ambiente de trabalho ou escolar;

V - divulgar a condição do portador do HIV ou de doente de AIDS, com intuito de ofender-lhe a dignidade;

VI - recusar ou retardar atendimento de saúde (BRASIL, 2014ii).

No que tange a análise da referida Lei, da Constituição Federal, do artigo primeiro, onde afirma que qualquer tipo de discriminação à pessoa soropositiva é considerado crime. Acima de tudo, a discriminação ainda ocorre devido à falta de informação por parte da sociedade que acaba ferindo a dignidade da pessoa humana.

A pessoa que vive com HIV/AIDS sofre muito preconceito e discriminação em relação a sua doença, dificultando, assim, a sua inserção no mercado de trabalho. E, com o intuito de diminuir o estigma das pessoas que vivem com HIV/AIDS e promover a inserção delas no mercado de trabalho, o Instituto Nacional do Seguro Nacional (INSS) lançou um documento intitulado “Diretrizes de Apoio à Decisão Médica Pericial”, que tem como finalidade trazer informações, contemplando as dúvidas e contribuindo na diminuição do estigma que persegue as pessoas com HIV/AIDS, para promover, assim, a sua inserção na sociedade (BRASIL, 2014c).

Uma das principais ações que a Política Nacional de DST/AIDS realiza é a universalidade da atenção e a descentralização das ações de DST/AIDS para as Unidades Básicas de Saúde (UBS)/Estratégia da Família (ESF) (BRASIL, 1999). A universalização e a descentralização das ações em saúde são voltadas para o atendimento das pessoas que vivem com AIDS, ampliando os direitos das pessoas, para que essas possam melhor acessar os serviços de saúde, com a finalidade de aumentar a oferta local desse serviço.

Como foi mencionado anteriormente, o SUS é um sistema público de saúde não contributivo, descentralizado, que garante o acesso universal a todos os serviços de saúde, sendo marcado devido a Reforma Sanitária

Brasileira, e tem como princípios a Universalidade, Equidade e Integralidade a toda população.

Conforme dispõe a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, em seu artigo 7º:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
  - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
  - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1988n).

Cabe salientar que a Política Nacional foi formulada a partir dessas concepções. Desse modo, para que haja redução na taxa de incidência de novas infecções no Brasil, foram criados Serviços Específicos para as pessoas que vivem com HIV/AIDS, como o Hospital Dia, Serviços de Assistência Especializada (SAE) e os Centros de Testagem e Aconselhamento. Nesses serviços, são realizadas ações de medidas e estratégias de garantia de

direitos, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a assistência às pessoas que vivem com AIDS (BRASIL, 1999).

Esses serviços são realizados através de uma equipe multidisciplinar, a qual, segundo o Ministério da Saúde (2014), é composta por médico, enfermeiro, farmacêuticos, psicólogos, assistente social, nutricionista e educadores.

Esses profissionais têm como objetivo propiciar atendimento de qualidade e integral aos usuários. No local, são realizados cuidados de enfermagem, orientação e apoio de todos os profissionais, distribuição de medicamentos. No decorrer deste capítulo, será explicado como são realizadas essas ações de medidas e estratégias (BRASIL, 1999).

Cabe ressaltar que é de suma importância a inserção do Serviço Social nos Serviços Especializados, pois, de acordo com Martinelli (2011, p. 500), "(...) o Serviço Social deve mobilizar-se, cada vez mais intensamente, na perspectiva da assistência integral à saúde da população atendida". É válido frisar a importância da equipe multidisciplinar estar completa para que o usuário tenha garantia de um atendimento qualificado e de acesso à assistência integral.

É através das unidades de prevenção que são realizadas e executadas as linhas de ação para o enfrentamento e combate à DST/AIDS, por meio de ações de programas e projetos. Sendo que esses têm como finalidade informar e orientar a população em geral sobre quais são os meios de transmissão do vírus HIV e também têm como finalidade a ampliação das ações de prevenção, tanto para não contrair o vírus, quanto para não transmitir o vírus de HIV/AIDS. (BRASIL, 1999).

Como apresentado anteriormente, o preconceito e a discriminação existem na sociedade há muito tempo, pois, devido à desinformação da sociedade, a AIDS ainda está ligada à morte. Assim, a pessoa que vive com AIDS é excluída da sociedade, por isso é de extrema importância que as campanhas e os programas de prevenção estejam relacionados à discriminação, prevenção e tratamento, podendo, assim, intensificar o efeito negativo que a discriminação causa nas pessoas soropositivas, reforçando que

as pessoas que vivem com AIDS podem ter uma qualidade de vida, sem preconceitos.

É necessário que toda a população tenha consciência das formas de contaminação, que são por relações sexuais, seringas compartilhadas, transmissão da mãe para o filho durante a gestação, parto ou aleitamento materno e também em acidentes de trabalho, chamado de transmissão ocupacional, por profissionais da área da saúde que sofrem acidentes por ferimentos com perfurocortantes que estejam contaminadas com sangue de pacientes com o vírus HIV (BRASIL, 1999).

O profissional da área da saúde, em um acidente de trabalho, quando perfura o dedo com a agulha contaminada, o risco de contrair o HIV é de 0,5%. Como medida de prevenção, o Ministério da Saúde recomenda usar luvas, óculos de proteção e aventais impermeáveis, a fim de não entrar em contato com o sangue (BRASIL, 2007cc).

Segundo a Política Nacional de DST/AIDS (1999), as Unidades Básicas de Saúde (UBS)/Estratégia da Família (ESF) devem preocupar-se com o grande aumento de casos de transmissão do vírus HIV/AIDS através de relações sexuais heterossexuais. A dificuldade de acesso à saúde e a desinformação acerca dessa doença, que ainda é uma realidade no mundo, favorece a expansão dos grandes números de pessoas infectadas pelo vírus HIV, que vem crescendo absurdamente pelo mundo. Porém, atualmente, ainda existe no mundo uma falsa sensação de que a AIDS está controlada.

E, como medida de estratégia e prevenção, é essencial que se desenvolva uma grande divulgação no combate de novas infecções, como campanhas educativas, programas e projetos que possam instigar a população acerca da conscientização dos riscos quando se contrai o vírus. Para tanto, os Serviços Especializados devem dar apoio e suporte aos projetos de intervenção com o objetivo de estimular a população a adotar práticas seguras, para que, assim, possa diminuir a taxa de incidência de HIV/AIDS ao ano (BRASIL, 1999).

E, para a realização dessas ações com serviços de prevenções, são necessários espaços que garantam a população acesso à realização do diagnóstico, como os Centros de Testagem e Aconselhamento, os quais têm

como objetivo realizar o atendimento através de aconselhamentos e ao acesso ao diagnóstico de HIV/AIDS, divulgando esses serviços através de campanhas. (BRASIL, 1999).

Para que se trabalhe com a testagem, é necessário que toda a equipe técnica seja capacitada, principalmente os profissionais que trabalham diretamente com tal procedimento, a fim de que o diagnóstico seja mantido de forma ética e confidencial, acompanhado de aconselhamentos.

Dessa forma, com o intuito de oferecer o diagnóstico a toda população é necessário que se consolide a rede, ou seja, que haja a ampliação da descentralização de serviços de saúde como em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Serviços de Referências.

A Política Nacional de DST/AIDS tem como centralidade a descentralização dos atendimentos para as Unidades Básicas de Saúde (UBS), estando diretamente vinculadas aos serviços de especialidades. Dispondo de profissionais qualificados (médicos e enfermeiros) para poder estar detectando casos assintomáticos, além de estarem capacitados para acolher os usuários através de aconselhamentos, assistência, diagnósticos e tratamento imediato. O exame laboratorial, o teste rápido e o acesso aos medicamentos também devem ser disponibilizados nas UBS. Além disso, é preciso que estimulem a adesão ao tratamento e que haja o incentivo ao uso de preservativos (BRASIL, 1999).

Como porta de entrada de referência do usuário tem a Atenção Básica de Saúde, dessa forma é muito importante que ocorra a descentralização da rede, para que todos tenham acesso às ações de saúde.

Os testes rápidos também devem ser executados nas UBS e no SAE, por meio de profissionais capacitados. A implantação dos testes rápidos em UBS/ESF está ocorrendo de forma gradativa, pois os profissionais devem capacitar-se para poder atender facilmente o usuário, aconselhando, realizando a testagem e o acompanhando adequadamente (BRASIL, 1999).

É importante ressaltar que cabe ao Ministério da Saúde, juntamente com os estados e municípios, a implantação dos testes rápidos nos serviços de saúde de acordo com um cronograma de implantação a ser definido conjuntamente. Além disso, são de responsabilidade

desse órgão governamental a aquisição e distribuição dos insumos. (BRASIL, 2012, p. 5).

Durante o diagnóstico, é primordial que haja o aconselhamento no pré e pós-teste, garantindo a qualidade no atendimento, o sigilo profissional e as ações assistenciais em HIV/AIDS, sendo que o diagnóstico pode ser realizado em laboratórios ou por meio de testes rápidos. Ao ser diagnosticado com o vírus HIV, o indivíduo deve ser encaminhado para uma UBS ou para o SAE.

Devem realizar os testes rápidos indivíduos que passaram por alguma situação de risco, como a relação sexual desprotegida ou o compartilhamento de perfurocortantes. O teste rápido é de suma importância para saber o quanto antes o diagnóstico, trazendo uma melhor qualidade de vida com a iniciação precoce do tratamento e, no caso de gravidez, que se inicie o tratamento medicamentoso para que não haja a transmissão vertical.

Após o diagnóstico, quando constatado positivo, é preciso iniciar o tratamento medicamentoso imediatamente, pois, conforme regula a Lei Federal nº 9.313, promulgada em novembro de 1996, o acesso aos medicamentos antirretrovirais deve ser universal e gratuito. Para facilitar o controle logístico de distribuição de medicamentos, segundo a Política Nacional de DST/AIDS (1999), foi implementado um Sistema Logístico de Medicamentos de AIDS, conhecido como SICLOM (Sistema Informatizado de Controle Logístico de Medicamentos), que resulta no controle de fornecimento de medicamentos aos indivíduos. Os indivíduos que necessitam de tratamento medicamentoso devem apresentar um formulário preenchido pelo médico, com indicação ao tratamento e estar cadastrado no sistema SICLOM.

Antigamente, a pessoa que tinha HIV tinha pouco tempo de vida, devido ao fato de na época não terem acesso ao medicamento, porém hoje a pessoa soropositiva possui acesso gratuito aos medicamentos que têm como ação o combate de doenças oportunistas, podendo, assim, ter uma sobrevida para poder realizar suas atividades diárias. Por isso, é de extrema importância o uso de medicamento para o combate de doenças oportunistas, pois o não uso dos medicamentos tem como consequência o abalamento do sistema imunológico.

É de suma relevância que os soropositivos façam adesão ao tratamento medicamentoso, sendo necessário que o indivíduo receba orientações específicas quanto ao tratamento, sendo que toda a equipe multidisciplinar de saúde deve realizar um acompanhamento com o indivíduo, acolhendo-o, aconselhando-o, permitindo o esclarecimento da importância da adesão ao tratamento.

Cabe ressaltar que ainda o principal material de prevenção no controle da transmissão sexual de HIV é o uso de preservativos, os quais têm distribuição gratuita, conforme prevê a Política Nacional de DST/AIDS (1999). É necessário, também, que as campanhas de promoção ao uso de preservativo sejam realizadas como estratégias de redução de risco por infecção do vírus HIV, promovendo, como principal objetivo, a mudança de comportamento de risco para práticas mais seguras de prevenção (BRASIL, 1999).

Essa política é de extrema importância no setor da saúde, contribuindo para a diminuição de pessoas infectadas pelo vírus HIV e para a garantia de seus direitos. Como sabemos, o surgimento da AIDS e a expansão do vírus deram-se de forma rápida e contínua, havendo, assim, a necessidade da implementação de uma política que garanta o direito e a diminuição de pessoas infectadas. E, para tanto, o Ministério da Saúde, preocupado com essa expansão, implementou a Política Nacional de DST/AIDS (BRASIL, 1999).

É relevante destacar que os Serviços Especializados têm papel fundamental na prevenção e informação a toda população, devendo esclarecer para as pessoas que vivem com HIV/AIDS que elas estão legalmente amparadas no direito à saúde.

Diante disso, no próximo item será explanado acerca de como ocorre o atendimento às pessoas que vivem com HIV/AIDS no município de São Borja, reforçando sobre a importância da inserção do profissional Assistente Social nos Serviços Especializados.

## 4.2 Como está organizada a rede de atendimento em São Borja

Em São Borja, o atendimento às pessoas que vivem com HIV/AIDS, DST, hepatites virais e tuberculose é realizado pelos serviços do SAE<sup>9</sup>, que contam com uma equipe multidisciplinar composta por um médico, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, um redutor de danos, um farmacêutico e uma agente operacional. Com a falta de alguns profissionais no SAE, eles têm apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que conta com assistente social, psicóloga e nutricionista.

Sobre o trabalho em conjunto, Iamamoto (2007) ressalta:

Importa ressaltar que o Assistente Social não realiza seu trabalho isoladamente, mas como parte de um trabalho combinado ou de um trabalhador coletivo que forma uma grande equipe de trabalho. Sua inserção na esfera do trabalho é parte de um conjunto de especialidades que são acionadas conjuntamente para a realização dos fins das instituições empregadoras, sejam empresas ou instituições governamentais (IAMAMOTO, 2007, p. 63).

Para atender a finalidade do atendimento às pessoas que vivem com HIV/AIDS, os profissionais realizam seu trabalho em conjunto com outros profissionais, formando uma equipe multidisciplinar. Cabe ressaltar, que a condição de reaproveitamento dos profissionais do NASF é precária, pois os serviços disponibilizados pelo NASF encontram-se em outro setor, onde os mesmos não dão conta das reais demandas de serviços que são prestados às pessoas com HIV, como: acolhimento e assistência momentânea necessária que o usuário deve receber no momento do seu diagnóstico.

E, para que isso não ocorra, é necessário que a equipe multidisciplinar do SAE de São Borja esteja completa, como mencionado anteriormente pelo Ministério da Saúde (2014), para, então, haver um melhor atendimento à demanda do usuário.

Os serviços prestados em São Borja pelo SAE são a serviço da saúde, destinados para as pessoas que têm o vírus HIV/AIDS, DST, hepatites e

---

<sup>9</sup> Em São Borja, O SAE – Serviço de Atendimento Especializado localiza-se na Rua Presidente Vargas nº 2389. Telefone para contato (55)3430-3748.

tuberculose, e para a prevenção de toda a população são-borjense. No local, é prestado todo o suporte de assistência, prevenção e tratamento por meio da equipe multidisciplinar, a qual se encontra incompleta, como já mencionado anteriormente (BORGES, 2014).

O SAE do município de São Borja efetiva suas ações de atendimento a partir de um documento da Secretaria Estadual de Saúde, da Coordenação Estadual de Atenção Básica de DST/AIDS (2014), sobre a Resolução CIB RS nº 235/14, com orientações referentes à utilização dos recursos transferidos aos municípios. Esse documento tem como principal objetivo a descentralização dos serviços de saúde e a ampliação do cuidado às pessoas que vivem com AIDS na rede de Atenção Básica à Saúde (BRASIL, 2014).

A Atenção Básica, como coordenadora do cuidado e ordenadora das redes de atenção à saúde, tem dentre suas responsabilidades as ações de promoção à saúde, prevenção, realização de diagnóstico e tratamento das DST, HIV/AIDS e Hepatites Virais (BRASIL, 2014).

A Atenção Básica de Saúde é a porta de entrada na prevenção, diagnóstico e assistência de várias patologias e também HIV/AIDS e hepatites. Desse modo, com o intuito da descentralização dos serviços do SAE para as UBS/ESF, devem ser realizados serviços de ações nas Unidades, como atividades educativas com promoção e prevenção à saúde, aconselhamentos, diagnósticos de HIV e sífilis, com direito a tratamento e encaminhamento (BRASIL, 2006p).

A descentralização do serviço SAE para todas as redes no município de São Borja é destinada para a Atenção Básica de Saúde/Estratégia da Família (ESF), com o intuito de fortalecer as ações de prevenções à saúde e a realização do diagnóstico e tratamento medicamentoso já de imediato na unidade. Segundo o documento de Resolução CIB/RS nº 235/14, poderão ser desenvolvidas ações na Atenção Básica (ESF's) no município de São Borja, com disponibilização de insumos de matérias (preservativos masculinos e femininos e gel lubrificantes), divulgação do Teste Rápido (TR) de HIV, Sífilis e Hepatites Virais e tratamento imediato nas unidades, além de formação de grupo de apoio (convivência) (BRASIL, 2014).

Para que ocorra a descentralização do SAE para todas as Unidades Básicas de Saúde (ESF's), é necessário que cada enfermeiro e médico dos postos de saúde sejam capacitados para a realização do teste rápido, além disso, toda equipe multidisciplinar também devem ser capacitada para possíveis orientações e aconselhamentos à população. A medicação também está sendo descentralizada para as unidades básicas, pois como está sendo padronizada a ação de todas as unidades disporem do teste rápido, o usuário consulta e já sai realizando o tratamento, com a primeira dose já efetuada.

Para superar os problemas estruturais de acesso à saúde pública, foi destinada a realização do teste rápido que permite o acesso ao diagnóstico do HIV e sífilis. Durante o atendimento, o usuário deve receber aconselhamento pré e pós-teste, num tempo inferior ou igual a 30 minutos (CFESS, 2006).

Para que todas as unidades possam aplicar a penicilina no tratamento de sífilis, caso diagnosticado o vírus HIV, é muito importante à adequação das unidades com todos os equipamentos necessários. Para a aplicação da benzatril deve-se ter nos ESF's oxigênio e recursos imediatos, pois o mesmo é um medicamento muito forte, podendo dar um choque anafilático na pessoa que realiza o tratamento.

Em São Borja, os testes rápidos podem ser realizados no SAE (Serviços de Atendimento Especializados) e funcionam em alguns ESF's. Dos 15 ESF's existentes, apenas quatro realizam teste rápido, ESF's do bairro Itacherê (ESF 4), Vila Goulart (ESF 8), Bairro do Passo (ESF 5) e Vila Boa Vista (ESF 6) (SÃO BORJA, 2014).

O serviço é totalmente gratuito e é fundamental a capacitação de toda a equipe multidisciplinar. Segundo o Ministério da Saúde (2013), os profissionais da saúde de nível superior podem realizar o teste rápido, desde que seja aprovado pelo seu respectivo Conselho Federal de classe. Nesse caso, os profissionais habilitados pós-capacitação podem realizar o teste rápido, exceto os assistentes sociais. No parecer jurídico nº 39/06 que o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) (2006) solicitou para o Conselho Regional de Serviço Social (CRESS), o mesmo manifestou-se contra a proposta da Nota Técnica em relação ao profissional assistente social realizar o teste rápido.

[...] o Assistente Social não está qualificado nem tão pouco habilitado para cumprir tal função, eis que sua formação acadêmica não lhe fornece elementos técnicos ou teóricos, para atuar com tais procedimentos relativos a coleta de amostra por punção da polpa digital do indivíduo [...]. (CFESS, 2006, s/p).

Diante disso, o profissional assistente social não pode ser capacitado para realizar o teste rápido, pois não é habilitado por lei a desempenhar essas funções. Ficando de atribuição aos profissionais da área da saúde que possuem preparo técnico e teórico para realizarem os testes rápidos a partir da capacitação (CFESS, 2006). Dessa forma, cabe aos profissionais de saúde realizar o teste rápido, pois não é competência do profissional assistente social a coleta desses materiais.

A não informação sobre as formas de contágio e de como se dá o diagnóstico ainda é uma realidade em São Borja, já que as pessoas ainda têm dúvidas pertinentes sobre DST/AIDS. E, como medidas de estratégias, o SAE do município de São Borja realiza campanhas de prevenção lançadas pelo Ministério da Saúde, entre elas a campanha “Fique Sabendo, Faça o Teste de AIDS, Sífilis e Hepatite”. Essa campanha tem o intuito de divulgar o teste rápido, que é uma nova tecnologia que o Ministério de Saúde está facilitando para o diagnóstico precoce, além disso, tem o objetivo de abordar a população são-borjense com a distribuição e insumo de prevenção (BORGES, 2014).

Outras campanhas também foram feitas como a campanha do dia do caminhoneiro, na qual foi realizada a verificação da pressão arterial, testes de glicose, distribuição de preservativos e insumos e oferecidos os testes rápidos. Também foram realizadas campanhas no Dia Mundial do Combate à AIDS, no Dia Mundial de Combate à Sífilis, no Dia Mundial de Combate às Hepatites Virais e campanhas na praça da cidade (SÃO BORJA, 2014).

Em 2011, em São Borja, foi realizada a campanha “A AIDS não tem preconceito. Previna-se”, reforçando a necessidade de discutir sobre os jovens que vivem com HIV/AIDS entre 15 a 24 anos e sobre questões relacionadas à vulnerabilidade da AIDS entre eles, buscando através dessa campanha uma sociedade mais solidária, sem preconceito e tolerante a diversidade sexual (SÃO BORJA, 2014).

Na participação em grupos que são realizadas pelos ESF's, como grupo de gestantes, e nas salas de espera onde as pessoas estão aguardando para consulta médica das unidades, também são ofertados o teste rápido, sendo que a divulgação realizada através dos Agentes Comunitários de Saúde, os quais levam o conhecimento para a população (SÃO BORJA, 2014).

Dessa forma, percebe-se que na rede do município de São Borja está ocorrendo ações de atendimento por parte do poder público local às pessoas portadoras do vírus HIV/AIDS. Configurando-se a partir de campanhas como estratégia de divulgação do Serviço Especializado, e em campanhas de ampla divulgação, contendo informações pertinentes à população em geral a cerca do HIV/AIDS e DST's.

Quanto à promoção e proteção da pessoa que vive com HIV/AIDS, a Nota Técnica do Estado do Rio Grande do Sul preocupa-se com os usuários de drogas:

Execução de ações de Redução de Danos no cuidado às pessoas que usam álcool e outras drogas (vide Resolução CIB RS nº 234/2014 e Portaria SES RS nº 503/2014 que institui a Política Estadual de Redução para o cuidado em álcool e outras drogas) (BRASIL, 2014).

Os redutores de danos atuam no sentido de disseminar informação às pessoas que usam álcool e outras drogas, trabalhando com educação e saúde, consistindo em visitar escolas, mercados, empresas, casas noturnas. O atendimento a essas pessoas é realizado pelo SAE de São Borja, a partir de rodas de conversas, palestras com temas relacionados ao uso de drogas, doenças sexualmente transmissíveis e métodos contraceptivos, além da distribuição de materiais e realização da testagem.

Para Bravo (2012) falar em redução de danos num contexto contemporâneo e crítico em que vivemos é respeitar as diferenças, garantindo direitos de cidadania e alternativas àquelas pessoas que não querem parar com o uso de drogas, na perspectiva de melhorar a qualidade de vida do sujeito.

Além de focar-se na prevenção, o SAE de São Borja aposta na divulgação e informações acerca dos serviços prestados, enfatizando a nova tecnologia que está disponível gratuitamente, que são os testes rápidos para

peessoas que passaram por alguma situação de risco. Essas campanhas que são realizadas pelo SAE, em São Borja, são de extrema importância, pois ainda tem muita gente que não sabe o que é o serviço de DST/AIDS e é uma forma de trabalhar educação em saúde e de aproximar a população do serviço.

Segundo informações que constam no SICLOM (2014), no município de São Borja, foram analisados os registros de pessoas que vivem com AIDS. Os casos de HIV/AIDS são notificados através dos registros realizados pela Secretaria de Saúde, efetivados por uma enfermeira responsável pela notificação no Sistema de Informação de Agravos e Notificações. E, através das informações constadas no sistema, foi possível ter acesso, segundo os dados do SICLOM, a 219 casos de pessoas infectadas que foram registrados e notificados no ano de 2000 a 2014. Desses 219 casos, 120 pessoas são do sexo masculino e 99 pessoas do sexo feminino, 2 idosos e 6 crianças foram expostas pelo vírus HIV. No pré-natal, realizado nas Unidades Básicas de Saúde/Estratégia da Família, foram notificadas 27 gestantes. E, no ano de 2014, até o momento, 15 pessoas foram diagnosticadas com o vírus e 1 gestante foi identificada no pré-natal.

Percebe-se que em São Borja o número de pessoas infectadas é maior nas pessoas do sexo masculino, mas, mesmo assim, os casos de mulheres também estão quase alcançando os do sexo masculino. Entre o número de gestantes, percebe-se que houve uma grande redução de infecção pelo vírus HIV. É relevante destacar que os postos de saúde devem fazer o mapeamento de sua respectiva área, levantando o número de gestantes, para, assim, poder orientá-las à realização do pré-natal, pois, caso ela apresente o vírus, o cuidado deve ser redobrado.

As UBS têm papel fundamental no acompanhamento das gestantes:

É importante ressaltar que as atribuições dos profissionais são de grande valia em todo o processo: territorialização, mapeamento da área de atuação da equipe, identificação das gestantes, atualização contínua de informações, realização do cuidado em saúde prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, do domicílio e dos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros). Os profissionais devem realizar ações de atenção integral e de promoção da saúde, prevenção de agravos e escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo.

É importante realizar a busca ativa e a notificação de doenças e agravos (BRASIL, 2012b).

O acompanhamento do pré-natal das gestantes em São Borja é realizado nos ESF's, os quais seguem a estratégia de redução do número de óbitos de mulheres e crianças no país através da Rede Cegonha, lançada pelo governo federal no dia 28 de março de 2011, que tem como objetivo ações de atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, fundamental para a redução da taxa de transmissão vertical de HIV (BRASIL, 2013s).

Segundo dados do Ministério da Saúde (2014), o procedimento adequado para a gestante soropositiva é iniciar o pré-natal e já começar a terapia antirretroviral, seguindo as orientações médicas. Segundo dados do Ministério da Saúde (2014), o tempo de sobrevivência de uma pessoa que tem o vírus HIV aumenta com o uso correto do tratamento do coquetel (BRASIL, 2014k).

Caso alguma pessoa passe por alguma situação de risco, é importante procurar imediatamente a rede pública para receber o tratamento preventivo, para que os remédios que irão impedir que o HIV penetre no organismo ajam a tempo. Porém, entende-se que não se deve fazer isso sempre, “todo fim de semana”, mas apenas como medida preventiva que deve ser tomada em até 72 horas após o contato sexual, passou das 72 horas é tarde demais. O tratamento dura um mês e o remédio deve ser tomado todos os dias rigorosamente, não podendo ser esquecido nenhum dia, falhou, perdeu o efeito. Esses remédios são chamados de Profilaxia Pós-exposição (PEP) e estão disponíveis na rede pública (BRASIL, 2014q).

A PEP sexual deve estar disponível nos Serviços de Atenção Especializada. Em São Borja, este medicamento está disponível, porém, para as pessoas que passaram por alguma situação de risco, é indicado solicitar o atendimento no SAE, para a avaliação da equipe de risco e, então, ser indicado o uso do PEP. Durante 24 semanas, é realizado um acompanhamento com o indivíduo para investigar se o organismo adquiriu o vírus (BRASIL, 2014k).

A AIDS não tem cura e é uma doença grave, por isso as pessoas infectadas devem tomar o medicamento todos os dias, pelo resto de suas

vidas, lembrando que esses remédios provocam efeitos colaterais, mas o tratamento pode controlar a doença. No caso de não realizar o tratamento corretamente, a AIDS provoca a morte em poucos meses, pois os remédios fazem o vírus parar de se multiplicar, fazendo com que a pessoa não desenvolva mais a AIDS. Com o uso do medicamento, o número de mortes diminuiu drasticamente, e permitiu às pessoas que vivem com AIDS levar uma vida quase normal.

## **5 CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**

Neste capítulo, será apresentada a análise das discussões lideradas pelo Ministério da Saúde, a qual foi realizada a partir dos documentos das principais propostas sobre HIV/AIDS apresentadas na Conferência Nacional de Saúde (CNS). Como sabemos, ainda se aponta como desafio a integralidade no atendimento às pessoas que vivem com HIV/AIDS, a qual cabe ao assistente social e aos demais profissionais que trabalham em rede na área da saúde promover a efetivação das ações que serão tratadas no decorrer do texto.

Este trabalho tem o intuito de verificar se nas Conferências Nacionais de Saúde estão ocorrendo os avanços realizados no atendimento às pessoas que vivem com HIV/AIDS, refletidos sobre as 12ª, 13ª e 14ª Conferência Nacional de Saúde. Será analisado se a Conferência Nacional de Saúde está conseguindo contemplar, em suas propostas aprovadas, os avanços dessa temática para as pessoas que vivem com HIV/AIDS.

Desse modo, a partir do que é proposto e aprovado nas Conferências, ficam como órgãos responsáveis o Sistema Único de Saúde, juntamente com o Ministério da Saúde, pela implementação de políticas como estratégias de ações no atendimento às pessoas que vivem com HIV/AIDS. Posteriormente, serão apresentadas as interpretações das propostas realizadas às pessoas que vivem com HIV/AIDS, a partir dos documentos das Conferências Nacionais de Saúde.

### **5.1 Analisando a 12ª Conferência Nacional de Saúde**

A 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) ocorreu no ano de 2003, tendo sido aprovado em 2004 o seu Relatório Final, e teve como tema de discussão “Saúde um direito de todos e um dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos”. Essa Conferência ocorreu em Brasília e foi desenvolvida pelo Ministério da Saúde, contando com a presença de 4.000

peças, entre cidadãos e delegados que aprovaram 10 eixos temáticos, 723 diretrizes e 90 moções (BRASIL, 2004).

Os 10 eixos temáticos tratados na 12ª CNS são: 1) Direito à saúde; 2) A Seguridade Social e a saúde; 3) A intersetorialidade das ações de saúde; 4) As três esferas de governo e a construção do SUS; 5) A organização da atenção à saúde; 6) Controle social e gestão participativa; 7) O trabalho na saúde; 8) Ciência e tecnologia e a saúde; 9) O financiamento da saúde; 10) Comunicação e informação em saúde (BRASIL, 2004). Lembrando que apenas serão delineados os eixos temáticos que contenham assuntos destinados ao atendimento às pessoas que vivem com HIV/AIDS.

Como mencionado no capítulo anterior, pode-se considerar que a sociedade contemporânea vem mantendo comportamentos inadequados para sua saúde em relação à prevenção do vírus HIV. E, como consequência disso, um dos elementos mais agravantes que vem ocorrendo de forma crescente e em nível mundial é a relação sexual desprotegida, a qual vem se alastrando pelo mundo, dia após dia. Esse processo de altas taxas de infecção que permeia a sociedade decorre por diversos fatores, dentre eles, a não informação e o não acesso aos serviços de saúde.

Cabe ao poder público local cumprir com seu papel diante do grande número de pessoas que vivem com HIV/AIDS, as quais vivenciam cotidianamente situações de exclusão social, tornando-se cada vez mais relevante pensar novas estratégias que contemplem a garantia dos seus direitos.

No sentido de dar relevância a essa temática, ao analisar a 12ª CNS, percebeu-se, em suas discussões, que este documento vem contribuindo no sentido de fortalecer as ações de saúde para as pessoas que vivem com AIDS no que tange a prevenção, o tratamento e a inclusão social, visando à participação ativa na sociedade atual.

Ao analisar o documento da 12ª CNS, percebe-se que está havendo uma dificuldade de acesso aos serviços de saúde. E, que, segundo a 12ª CNS, para garantir um serviço de qualidade, devem ser enfrentados esses problemas sem ignorá-los (BRASIL, 2004).

Como espaço de debate, as Conferências Nacionais de Saúde, juntamente com o SUS, têm suas ações voltadas para a atenção à saúde. E, como garantia de qualidade dos serviços, é preciso que esses problemas de acesso a serviços de saúde sejam solucionados.

Para equacionar alguns problemas que vêm ocorrendo na área da saúde, é preciso que todos os sujeitos que se utilizam deste sistema tenham amplo acesso aos serviços disponibilizados para a população. A Constituição Federal de 1988 trouxe avanços significativos no que se refere à saúde como direito e a universalização do acesso a esses serviços, bem como da responsabilidade do Estado no atendimento a essas políticas. Como está previsto na Constituição de 1988, que determina em seu artigo 196:

Art. 196 A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, s/p).

Dessa forma, o poder público deve preocupar-se com essa situação, visto que há pessoas que necessitam de acesso a serviços de saúde que lhe são garantidos por direito e devem ser assegurados pelo Estado. Nesse caso, para garantir a qualidade de serviço e superar a dificuldade que atualmente ainda é uma realidade, deve focar-se em campanhas mais atrativas, abrangendo todos os cidadãos de modo que possa divulgar como funciona o tratamento, a prevenção e o acesso a esses serviços.

Ficou definido na 12ª CNS que a pessoa que vive com HIV/AIDS deve ter garantia a assistência e ao tratamento, com atendimento de forma integral, além da ampliação da distribuição de medicamentos e exames com o propósito de preservar a sua qualidade de vida (BRASIL, 2004). Segue a proposta que a 12ª CNS (2004), em seu documento, determina às pessoas que vivem com HIV/AIDS:

Garantir a assistência e o tratamento para as pessoas vivendo com HIV/aids e HCV com qualidade, de forma integral, humanizada e contínua, com a ampliação da distribuição de medicamentos para as infecções oportunistas visando ao uso racional e a uma melhor

adesão terapêutica, além da manutenção da constância da oferta dos exames de monitoramento clínico específico (CD4, Carga Viral, Genotipagem), como forma de reduzir os gastos públicos com internamentos no SUS por aids e hepatites crônicas, garantindo a preservação da vida e da dignidade desse grupo (BRASIL, 2004, p. 28).

A partir da citação, pode-se perceber que como garantia de assistência às pessoas que vivem com o vírus HIV/AIDS têm-se os Serviços Especializados, que trabalham com ações de prevenção e recuperação, desenvolvendo e divulgando a oferta de programas para a prevenção e assistência ao atendimento.

Com base na garantia à assistência às pessoas que vivem com HIV/AIDS, a 12ª CNS, em seus apontamentos, quer assegurar a ampliação de recursos financeiros em todos os municípios, com fins de garantir o financiamento da execução de ações na prevenção e tratamento das DST/AIDS nos Programas de Saúde Especializados (BRASIL, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde (2014a), as principais atividades realizadas nos Serviços Especializados são:

Algumas de suas atividades principais são: cuidados de enfermagem; orientação e apoio psicológico; atendimentos em infectologia, ginecológico, pediátrico e odontológico; controle e distribuição de antirretrovirais; orientações farmacêuticas, realização de exames de monitoramento; distribuição de insumos de prevenção; atividades educativas para adesão ao tratamento e para prevenção e controle de DST e AIDS (BRASIL, 2014, s/p).

É possível compreender que o Ministério da Saúde busca promover atendimento integral às pessoas que vivem com AIDS através dos Serviços Especializados. E, a partir disso, foi elaborado pelo Ministério da Saúde (2010) um Protocolo de Assistência Farmacêutica em DST/HIV/AIDS, que tem como finalidade orientar os profissionais e os usuários quanto ao uso dos antirretrovirais. Este protocolo tem o objetivo de garantir e ampliar a oferta de medicamentos e sua dispensa para as pessoas que vivem com HIV/AIDS (BRASIL, 2010).

Percebe-se que, para uma melhor adesão terapêutica, esse protocolo tem por objetivo garantir o acesso aos medicamentos disponibilizados no SAE pelas pessoas que vivem com o vírus HIV/AIDS.

Como sabemos, é indispensável a realização do tratamento para a pessoa soropositiva, pois o não uso dos medicamentos causa sérios problemas a sua saúde. Conforme mencionado anteriormente, a distribuição de medicamentos é totalmente gratuita e está prevista na Lei Federal nº 9.313, de 13 de novembro de 1996 (BRASIL, 2010). Como garantia de oferta na distribuição de medicamentos para as pessoas que vivem com HIV/AIDS e a população em geral, a 12ª CNS ressalva em seu documento que pretende buscar a ampliação desta oferta, além de estar pesquisando sobre os efeitos colaterais que são causados no tratamento a partir desses medicamentos (BRASIL, 2004).

Os efeitos colaterais podem ocorrer pelo uso irregular de seus medicamentos, que ocasionam o processo de resistência em seu organismo, não obstante ainda há os efeitos colaterais temporários, que são os mais freqüentes e se apresentam através de diarreia, vômito e náuseas. Caso esses efeitos persistam, é preciso que a pessoa que vive com HIV/AIDS procure o SAE para a realização de uma avaliação médica.

Segundo a 12ª CNS, a pessoa que vive com HIV/AIDS tem acesso aos exames para diagnóstico e monitoramento do seu tratamento (BRASIL, 2004). É essencial que a pessoa que vive com HIV/AIDS vá sempre às consultas médicas regulares agendadas pelo SAE, uma vez que o acompanhamento médico é fundamental para a solicitação e avaliação de seus exames, para, dessa forma, garantir a sua avaliação clínica. Os exames de rotina que são pedidos regularmente pelo médico infectologista, segundo o Ministério da Saúde (2014bb), são:

No atendimento inicial, são solicitados os seguintes exames: sangue (hemograma completo), fezes, urina, testes para hepatites B e C, tuberculose, sífilis, dosagem de açúcar e gorduras (glicemia, colesterol e triglicérides), avaliação do funcionamento do fígado e rins, além de raios-X do tórax. Outros dois testes fundamentais para o acompanhamento médico são o de contagem dos linfócitos TCD4+ e o de carga viral (quantidade de HIV que circula no sangue). Eles são cruciais para o profissional decidir o momento mais adequado para

iniciar o tratamento ou modificá-lo. Como servem para monitorar a saúde de quem toma os antirretrovirais ou não, o Consenso de Terapia Antirretroviral recomenda que esses exames sejam realizados a cada três ou quatro meses. Determinada pelo médico, a frequência dos exames e das consultas é essencial para controlar o avanço do HIV no organismo e determina o tratamento mais adequado em cada caso (BRASIL, 2014, s/p).

Percebe-se na citação o quão relevante é à pessoa que vive com HIV/AIDS ir às consultas médicas e realizar seus exames regularmente. Pois, para a avaliação médica, esses testes de exames de rotina são fundamentais para acompanhar o monitoramento da carga viral do soropositivo, avaliando a modificação ou não do tratamento da pessoa que vive com HIV/AIDS.

A equipe multidisciplinar dos Serviços Especializados também deve acompanhar o usuário, averiguando se o mesmo está realizando e recebendo o seu tratamento conforme indicação médica e recebendo atendimento.

Para a garantia que as pessoas realizem seu tratamento medicamentoso, a 12ª CNS (2004) assegura para as pessoas que vivem com HIV/AIDS e hepatites crônicas virais (HCV) e seus acompanhantes acesso à isenção de pagamentos de passagens de transportes coletivos urbanos e interurbanos para o deslocamento em seu período de tratamento. Em seu documento, a 12ª CNS garante como auxílio às pessoas que vivem com HIV/AIDS que se encontram em situações de vulnerabilidade:

(...) àquelas vivendo com HIV/AIDS e hepatites crônicas virais (HCV) e às que se encontrem nas mais variadas situações de vulnerabilidade, garantido-lhe e ao seu acompanhante a isenção de pagamentos de passagens em transportes coletivos urbanos e interurbanos necessários aos deslocamentos até as unidades de saúde, durante todo o período de tratamento ao qual está submetido. (BRASIL, 2004, p. 27).

As pessoas que vivem com HIV/AIDS, em função de realizarem seu tratamento, recebem auxílio para a melhoria de suas condições de vida, assim, conseqüentemente, diminuindo a possibilidade de terem rompimentos de vínculos com a rede, tendo como garantia o acesso às políticas públicas.

Percebe-se, na citação acima, que a 12ª CNS tem como finalidade garantir à pessoa soropositiva que se encontra em situações de vulnerabilidade a isenção de passagens para seu deslocamento, com o intuito de incentivar e garantir o seu atendimento.

O preconceito com a pessoa que vive com AIDS ainda é uma realidade no mundo e um dos fatores da exclusão social. A pessoa que sofre preconceito e discriminação enfrenta um conjunto de problemas, pois essa reação negativa que ela sofre trás por si só o isolamento e a autoexclusão. Assim sendo, acabam por se excluir da sociedade em que vivem, não conseguindo dessa forma sentir-se parte da mesma.

A exclusão e a discriminação foram problematizadas nas discussões da 12ª CNS, a qual teve o intuito de efetivar uma política de prevenção a essa violência (BRASIL, 2004). Conforme Simões (2009), todo tipo de preconceito leva à exclusão social desses indivíduos:

(...) exclusão social abrange o rompimento das relações sociais e comunitárias, o expurgo, absoluto ou relativo, da vida social, em seus vínculos básicos, mesmo que o excluído usufrua de renda que satisfaça as necessidades básicas (SIMÕES, 2009, p. 338).

Diante do exposto, entende-se que a exclusão social deixa a pessoa totalmente isolada da sociedade, assim, ocasionando mudanças em suas relações sociais, onde muitos acabam não tendo acesso aos serviços de saúde, levando a pessoa a se sentir deprimida e reduzida perante a sociedade.

Com sua autoestima reduzida, eles acabam permanecendo fora do mercado de trabalho. Como estigma de medo ou rejeição, as pessoas que vivem com HIV/AIDS têm dificuldade de se inserirem ou de se manterem no emprego. Como consequência disso, a pessoa que vive HIV/AIDS acaba tendo problemas financeiros, dificultando o seu sustento:

A remuneração que o trabalho traz é citada por uma parcela dos usuários como importante e necessária para a sobrevivência, propiciando também ampliação de uma rede de relações sociais.

Estar trabalhando traz a sensação de se sentir produtivo, útil e potente para manter a vida cotidiana (KAHHALE, 2010, p.49).

A partir do exposto, na sociedade atual ainda há um grande número de pessoas que vivem com HIV/AIDS que não se encontram no mercado de trabalho, sendo assim, por não disporem de um emprego, deparam-se, cotidianamente, com uma enorme dificuldade para suprir às suas necessidades básicas.

O trabalho, além de proporcionar condições materiais para sua subsistência, é um ambiente que reduz a discriminação que o usuário carrega, favorecendo suas relações sociais, dando um melhor sentido e qualidade para a sua vida. Dessa forma, quando a pessoa que vive com HIV/AIDS não encontra alternativas para enfrentar essas dificuldades, é necessário que o indivíduo encontre apoio por meio de estratégias junto aos Programas de DST/AIDS.

O profissional assistente social, em seus atendimentos, trabalha na perspectiva de inclusão, acolhendo, orientando e aconselhando juntamente com o usuário os seus direitos, fazendo, dessa forma, que ele sinta-se amparado pela rede.

Cabe ao assistente social assegurar que os sujeitos acessem os seus direitos sociais de forma digna, por isso é de extrema importância que em todos os Serviços Especializados tenham disponíveis profissionais assistentes sociais. O objeto de trabalho do assistente social é a questão social, segundo Iamamoto (2007):

Dar conta das particularidades das múltiplas expressões da questão social na história da sociedade brasileira é explicar os processos sociais que as produzem e como são experimentadas pelos sujeitos sociais que as vivenciam em suas relações sociais cotidianas. É nesse campo que se dá o trabalho do assistente social, devendo aprender como a questão social em múltiplas expressões é experimentada pelos sujeitos em suas vidas cotidianas (IAMAMOTO, 2007, p. 62).

E, como estratégia para minimizar os impactos causados pela AIDS, é relevante o contato do usuário com o assistente social, com o intuito de fortalecer o vínculo com a rede de apoio na qual ele está inserido, com a finalidade de promover a sua autonomia, superando, assim, o processo de exclusão.

Devido às consequências que a discriminação e o preconceito causam, a pessoa fragilizada deve ter total amparo da rede, onde o assistente social deve trabalhar planejando estratégias para atender as reais necessidades do usuário. Quando o assistente social realiza o acolhimento com o usuário, faz-se necessário que os profissionais que compõe a rede de atendimento também realizem o atendimento, possibilitando condições necessárias a fim de garantir o seu direito de convivência na sociedade. Observa-se que é necessário que as pessoas soropositivas tenham acompanhamento pelos profissionais assistentes sociais, onde seja oferecido atendimento e atenção a esses usuários, para que os mesmos possam adquirir potencialidades e, conseqüentemente, a garantia de seus direitos.

Não obstante, após se inserir no mercado de trabalho, o usuário deve ter ciência dos seus direitos trabalhistas. Como dito anteriormente e reforçado na análise da 12ª CNS, a pessoa soropositiva tem direitos previdenciários previstos na Lei nº 7670/88, e, com esse direito aprovado, ele deve garantir seus direitos trabalhistas (BRASIL, 2004hh).

A pessoa que vive com HIV/AIDS tem o direito de realizar seu tratamento, como, por exemplo, ir as suas consultas médicas sem prejuízo de seu emprego, porém, de forma alguma, o sujeito é obrigado a revelar sua soropositividade em seu ambiente de trabalho. Quando o indivíduo é admitido em um trabalho, é proibida a exigência do pedido de exames para HIV/AIDS, pois a exigência de exames é considerada crime.

A 12ª CNS ressalta, ainda, em seu relatório, que tem o propósito de garantir a inclusão das pessoas que vivem com HIV/AIDS que se encontram em risco social, como o desemprego, e nos programas de amparo social, como Programas da Bolsa Família, com o intuito de reinseri-las no mercado de trabalho (BRASIL, 2004).

Para minimizar a discriminação, é necessário que os Serviços Especializados implantem programas para que se possam reduzir o estigma em relação à discriminação, proporcionando a pessoa que vive com HIV/AIDS informações e auxílio sempre que houver necessidade, disponibilizando nas suas relações sociais todo o apoio social, contribuindo em seu tratamento a na elevação da sua autoestima.

Ressalta a 12ª CNS, em seu documento, que suas ações estão voltadas para o tema de prevenção de DST e HIV/AIDS, com o foco no acesso ao tratamento de prevenção e promoção da saúde no âmbito escolar, com o objetivo de implementar e desenvolver uma política de educação popular e de saúde nas escolas (BRASIL, 2004). Este item que se encontra no documento é muito importante, pois contribui com a abordagem da nossa realidade. Isso, pois, com o desenvolvimento dessa política é possível articular com outras áreas, como com a educação, por exemplo, realizando através das visitas nas escolas atendimento grupal e individual pelos programas de DST/AIDS, com a intenção de realizar abordagens e reflexões significativas sobre a AIDS, com debates e rodas de conversas sobre o preconceito, doença, tratamento, preservação e o atendimento.

Em seus próximos itens, a 12ª CNS contempla sobre a garantia de direitos dos idosos, gestantes e os LGBTQI+, que serão delineadas a seguir. Sobre o idoso, a 12ª CNS trás que devem ser realizados programas de atenção à saúde do idoso na prevenção de DST/AIDS (BRASIL, 2004). É de extrema relevância que neste documento esteja contida a preocupação com a saúde da população idosa, pois o número de idosos infectados tem aumentado, segundo dados do Ministério da Saúde (2006):

Segundo o IBGE, o grupo populacional com 60 anos ou mais representa 8,6% da população em geral: cerca de 15 milhões de pessoas. A incidência de AIDS entre as pessoas idosas está em torno de 2,1%, sendo a relação sexual a forma predominante de infecção pelo HIV. Mas há uma crescente evidência de que esse grupo está se infectando cada vez mais não só pelo HIV, mas também, por outras doenças sexualmente transmissíveis como sífilis, gonorréia, etc. O número de casos de aids, em pessoas idosas, notificados ao Ministério da Saúde, na década de 80, eram apenas 240 em homens e 47 em mulheres. Na década de 90, verifica-se um total de 2.681 homens e 945 mulheres. Do primeiro caso, nessa população até

junho de 2005, o total de casos passou para 4.446 em homens e 2.489 em mulheres (BRASIL, 2006, p. 116).

Preocupados com o aumento das taxas de infecções entre os idosos e com a expectativa de vida saudável, é de responsabilidade pública que os profissionais de saúde incentivem e orientem os idosos a adotarem práticas seguras, com a distribuição de insumos para a prevenção e assistência, além de informações sobre o controle e práticas sobre o HIV/AIDS.

Já para as gestantes, a 12ª CNS garante em seu pré-natal a realização dos testes HIV, e, quando o teste der positivo, garante os medicamentos e seu uso, tanto para as parturientes, quanto para as crianças quando der positivo. Além de garantir a distribuição de preservativos às pessoas que vivem com AIDS, conscientizando seus parceiros e familiares (BRASIL, 2004).

Como já foi discutido no capítulo anterior, é indicado o tratamento para as gestantes soropositivas. Segundo o Ministério da Saúde (2010), como medida para reduzir a transmissão vertical, é ofertada a testagem para o diagnóstico de HIV/AIDS às gestantes, sendo recomendada em seu primeiro trimestre de gravidez. Quando o resultado der positivo, recebem acompanhamento médico, com indicação do tratamento para não haver risco de transmissão para o filho (BRASIL, 2014bb).

Também a 12ª CNS traz que devem ter atendimento humanizado as pessoas que vivem com HIV/AIDS, tendo como ênfase a não discriminação dos profissionais do sexo, usuários de drogas, gays, lésbicas, bissexuais, transexuais e simpatizantes (LGBTs), promovendo e implementando uma educação permanente com todos os profissionais da área da saúde orientados pelos princípios do SUS, com ética profissional e humanização no atendimento (BRASIL, 2004). Os GLBTS devem receber atendimento humanizado, fazendo com que se sintam acolhidos, sem nenhuma discriminação, independente de sua atividade profissional, sexual ou estilo de vida, como um direito de cidadania (BRASIL, 2006).

Dessa forma, entende-se que a 12ª CNS está preocupada com o enfrentamento dessa doença em três categorias: dos idosos, das gestantes e

dos LGBTs, dando um maior enfoque no que diz respeito ao tratamento, ao uso de medicamentos e ao atendimento humanizado.

Por fim, a 12ª CNS, em defesa do compromisso da saúde, aprova repúdio à posição da Igreja Católica. Essa posição da Igreja Católica é imoral, dessa maneira os delegados dessa Conferência realizam esforços para convencer as instituições sobre o equívoco desta posição (BRASIL, 2004).

Como sabemos, a Igreja Católica proíbe o uso de preservativos e métodos de contracepção para os católicos. Na luta contra a AIDS, o papa Bento XVI, segundo o Ministério da Saúde (2010), afirmou que o uso de preservativo é autorizado como ato de responsabilidade, mas o Vaticano manifestou-se dizendo que não é uma mudança revolucionária as declarações de Bento XVI, mas, sim, uma visão compreensiva. Segundo dados da UNAIDS, 80% dos casos de infecção do vírus HIV ocorre por relações sexuais (BRASIL, 2010t).

Tendo em vista a situação de infecção do HIV/AIDS que se alastrou pelo mundo, a posição da Igreja Católica não condiz mais com a realidade atual. O uso do preservativo ainda é a principal forma de prevenção no combate a AIDS, dessa forma é muito relevante que as Conferências oponham-se a posição do Vaticano, passando a defender o uso de preservativos no combate a AIDS.

Neste item, buscou-se estudar sobre o documento da 12ª CNS, trabalhando com os tópicos referentes ao HIV/AIDS, bem como foram analisadas em seus itens a discussão sobre o atendimento das pessoas que vivem com HIV/AIDS, na prevenção, no tratamento, no preconceito e na estratégia de inclusão das pessoas soropositivas.

As Conferências permitem acompanhar a temática aproximando-a da sua real situação, sendo assim, após realizar a análise do documento da 12ª CNS, chegou-se a conclusão que foi possível identificar o quanto é necessário que um assistente social trabalhe diretamente em um Serviço Especializado, pois o profissional intervém nas manifestações de preconceito e discriminação que o usuário passa. Frisando que esse impacto negativo que a pessoa soropositiva sofre pode levá-la a abandonar o seu tratamento e as consultas médicas, fazendo-a deixar de realizar seus exames. Nesse documento

analisado, percebeu-se que está havendo avanços no que se refere aos direitos que as pessoas soropositivas têm. Dessa forma, o atendimento do assistente social no SAE com a pessoa soropositiva visa o fortalecimento dos vínculos dos usuários com a sociedade e seus familiares.

Nos próximos itens, far-se-á a apresentação dos documentos da 13ª e 14ª CNS, analisando a avaliação dos itens sobre a temática HIV/AIDS.

## **5.2 Analisando a 13ª Conferência Nacional da Saúde**

Observando a 13ª CNS e seguindo o fio condutor teórico que norteia a análise dos documentos desse trabalho, nesse próximo capítulo serão expostas às análises que foram realizadas no documento da 13ª CNS, bem como os seus marcos legais que legitimam a preocupação no atendimento às pessoas que vivem com HIV/AIDS.

A 13ª Conferência Nacional de Saúde teve como tema “Saúde e Qualidade de Vida: Política de Estado e Desenvolvimento”, que ocorreu em Brasília (DF), no ano de 2008. Seus debates foram organizados por eixos temáticos: 1) Desafios para a Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento; 2) Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de Vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde; e 3) A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde. A partir desses eixos temáticos, originaram-se 691 resoluções e 157 moções aprovadas. Estiveram presentes 3.068 delegados, 302 observadores e 210 convidados que tinham como objetivo discutir essas temáticas (BRASIL, 2008).

As deliberações da 13ª CNS sobre o HIV/AIDS deu-se sob o enfoque voltado à educação, tendo como finalidade a implementação de programas (Programa de Atenção Integral à Saúde) voltados para as crianças e adolescentes em situação de risco como: abuso sexual, violência, ações preventivas quanto à gravidez na adolescência, dependência química e as DST'S/AIDS, garantindo o acesso a dependentes químicos e soropositivos ao tratamento e internação (BRASIL, 2008).

Com o intuito de pôr em prática esse programa, a 13ª CNS reafirma em seu documento que é a partir das atividades nas escolas que se efetiva o trabalho de esclarecimento à população sobre o uso de drogas e o HIV/AIDS, buscando junto aos usuários diálogos e informações acerca dessa temática (BRASIL, 2008).

Como estratégia para o alívio do sofrimento, nas grandes cidades, as pessoas, muitas vezes, buscavam no álcool e em outras drogas uma válvula de escape para a tensão do dia a dia. Devido ao aumento de usuários de drogas injetáveis, deu-se início a contaminação do vírus HIV entre a população, alastrando-se pelo mundo. Dessa forma, o uso de drogas compõe mais uma expressão da questão social que emerge dessa configuração de confronto do capital e trabalho. No entanto, sabe-se que as pessoas soropositivas são cotidianamente atingidas por inúmeras expressões da questão social, sendo esse o objeto de trabalho do assistente social.

Como foram apontados no capítulo anterior, os Programas de DST/AIDS devem trabalhar com a redução de danos nas escolas, orientando os indivíduos sobre o risco de infecção que ocorre com o compartilhamento de perfurocortantes. Essas informações devem ocorrer através de rodas de conversas ou grupos:

Essas recomendações fazem parte da estratégia de redução de danos do Ministério da Saúde, que busca reduzir os prejuízos sociais e à saúde de quem usa álcool e outras drogas. O programa não incentiva o uso de drogas nem as distribui; somente visa à proteção dos usuários que não conseguem ou não querem deixar de usar drogas (BRASIL, 2014u, s/p).

Sobre esse aspecto, os indivíduos devem ser orientados sobre o uso de drogas, com estratégias de redução dos riscos sociais, pois através do contato que o usuário de droga injetável teve com a pessoa infectada acaba contraindo o vírus por não utilizarem cada um a sua seringa, acarretando, assim, como consequência disso, a contração do vírus HIV.

Por isso, também é importante que os usuários de drogas lícitas e ilícitas tenham informações sobre as consequências que o uso de drogas e álcool causa para a pessoa soropositiva. Segundo o Ministério de Saúde (2014v):

Todos os indivíduos que tomam o coquetel antiaids devem ter muito cuidado ao usar qualquer outro medicamento, álcool ou droga. O médico deve ser avisado sobre o uso dessas substâncias. O seu consumo simultâneo com o coquetel antiaids pode causar interações que interferem no tratamento e provocam reações perigosas no organismo (BRASIL, 2014, s/p).

Segundo a 13ª CNS, é de responsabilidade do Ministério da Saúde e das secretarias (estaduais/municipais) promoverem saúde integral à criança e ao adolescente por meio da ação de um atendimento multiprofissional, priorizando uma abordagem integral do adolescente na prevenção e tratamento da drogadição, prevenção de gravidez e DST/AIDS (BRASIL, 2008). Dessa forma, percebe-se que a 13ª CNS está preocupada em estabelecer medidas de estratégias à prevenção no controle de redução de danos do uso de drogas (BRASIL, 2008).

Entretanto, cabe ressaltar que o aumento dos casos de infecções de HIV entre os usuários de drogas injetáveis ainda é uma realidade no mundo, e que a redução de danos vem sendo realizada em todo o mundo através de ações governamentais. Frente a isso, o Ministério da Saúde (1988), através da Política Nacional de AIDS, lança uma campanha para prevenir o compartilhamento de seringas com o intuito de reduzir as taxas de infecção do vírus HIV.

Essa campanha é uma estratégia de saúde pública que serve de instrumento de apoio aos UDI, acolhendo os usuários na prevenção e promoção da saúde. Os Programas de Redução de Danos que ocorrem nas escolas são dirigidos aos adolescentes e têm a finalidade de promover o acolhimento e vínculo com a rede.

Dando continuidade, a 13ª CNS mantém suas discussões com ações voltadas para a inclusão social das pessoas que vivem com AIDS, assegurando todo o apoio necessário à garantia de preservação da dignidade humana e com o direito de ir e vir (BRASIL, 2008).

Como foi mencionado no capítulo anterior sobre a inclusão social das pessoas que vivem com HIV/AIDS, percebe-se que a 12ª e a 13ª CNS

permitem identificar que estes desafios devem ser enfrentados, assegurando ao usuário o seu direito de convivência, sem discriminação na sociedade.

A 13ª CNS, com a finalidade de garantir os avanços terapêuticos e preventivos, frisa que é responsabilidade do Ministério da Saúde elaborar pesquisas sobre os efeitos colaterais causados pelos medicamentos usados pelas pessoas que vivem com HIV/AIDS (BRASIL, 2008).

E, como consequência dos efeitos colaterais que as pessoas que vivem com HIV/AIDS sofrem, a 13ª CNS garante a presença de profissionais (cirurgião plástico e dermatologista) para a realização de preenchimento facial nas pessoas que vivem com HIV/AIDS (BRASIL, 2008). Através do SUS a pessoa que vive com HIV/AIDS tem acesso gratuito à cirurgia facial, sendo que o Brasil é o primeiro país a oferecer gratuitamente esse serviço.

Em decorrência do uso de medicamentos, algumas pessoas que vivem com HIV/AIDS adquirem resistência e, em muitos, causam reação alérgica. Dessa forma, as pessoas que vivem com HIV/AIDS sofrem com alterações no metabolismo e na distribuição corporal, e através das queixas do usuário e a partir da avaliação dos profissionais nos Serviços Especializados, percebe-se que ocorrem alterações corporais, como redução de gorduras, chamada Lipoatrofia e o acúmulo de gordura, chamada Lipo-hipertrofia (BRASIL, 2014).

Em 2009, foi criada pelo Ministério da Saúde um Manual de Tratamento da Lipoatrofia Facial para as pessoas que vivem com HIV/AIDS. Para uma melhor compreensão do que acontece com a pessoa soropositiva que abandona o seu tratamento ou sofre algum efeito colateral é válido consultar o manual que o MDS desenvolveu, no qual se encontra a seguinte explicação:

A lipoatrofia facial confere um aspecto de envelhecimento precoce e traz de volta o velho estigma da “cara da aids”, impactando negativamente a qualidade de vida das PVHA, podendo resultar em revelação da soropositividade, depressão, isolamento, exclusão social, baixa adesão ou mesmo o abandono do tratamento (BRASIL, 2009, p. 7x).

Preocupados com essa real situação em que se encontra a pessoa vivendo com AIDS e com os males que o medicamento causa em algumas pessoas que se utilizam do tratamento, a 13ª CNS (2008), em seu item, propõe

que o Ministério de Saúde aplique pesquisas científicas e tecnológicas acerca dos efeitos colaterais causados pelos medicamentos no tratamento das pessoas que vivem com HIV/AIDS, para, então, poder garantir a manutenção de sua qualidade de vida (BRASIL, 2008).

É nessa perspectiva que o serviço social, nesse processo, tem influência no atendimento e acolhimento do usuário, pois o indivíduo encontra-se fragilizado, sendo responsabilidade da rede, que para um melhor tratamento no atendimento às pessoas com o vírus HIV, garantir que em toda a Federação tenham centros de referência para a garantia de seu atendimento.

Dessa forma, a 13ª CNS, preocupada com o atendimento das pessoas que vivem com AIDS, com o apoio do Programa Nacional de DST/AIDS propõe, em um dos seus itens, a instalação de centros de referências para a garantia de tratamento, assistência, distribuição de medicamentos, distribuição de preservativos masculinos e femininos e acesso às cirurgias de preenchimento facial.

Para a efetividade de programas de DST/AIDS é necessário que o Ministério da Saúde garanta para suas secretarias estaduais e municipais recursos financeiros para a implementação dessas ações (BRASIL, 2008). Uma vez que os programas de DST/AIDS devem trabalhar com o atendimento às pessoas que vivem com AIDS de forma humanizada e a rede de saúde, na atenção básica, deve garantir o acompanhamento dos usuários de forma sigilosa. É de responsabilidade do Ministério de Saúde formular e conduzir a aplicação desses recursos, principalmente nos municípios que fazem fronteira com outros países (BRASIL, 2008).

Segundo o Ministério da Saúde (2013), nos municípios que fazem fronteira com a Argentina, Uruguai e Paraguai é preciso desenvolver uma política na luta contra a AIDS, pois, atualmente, é um grande desafio para o enfrentamento da AIDS. Representantes das secretarias e do Ministério da Saúde, preocupados com essa situação, irão desenvolver um formulário integrado como instrumento de diagnóstico (BRASIL, 2013y).

Para a população vulnerável que vive com HIV/AIDS, a 13ª CNS quer implantar programas com as redes assistenciais em acampamentos, com os

caminhoneiros, população indígena, quilombos e profissionais do sexo para a prevenção e redução de transmissão vertical (BRASIL, 2008).

A inclusão das pessoas que vivem com HIV/AIDS em programas de apoio assistencial visa possibilitar a formação e desenvolvimento de condições necessárias no que se refere à melhoria na qualidade de vida.

A partir da análise deste documento foi possível averiguar que a 13ª CNS tem como objetivo trabalhar em atividades destinadas às pessoas que vivem com HIV/AIDS. E, que os Programas de DST/AIDS, têm o papel de efetivar essas ações que foram trazidas como propostas da 13ª CNS, cabendo a eles orientar sobre informações, tendo em vista o fortalecimento de vínculos.

Dessa forma, percebe-se que na 13ª CNS foram levantadas algumas questões relacionadas ao atendimento às pessoas que vivem com HIV/AIDS. Essa preocupação sobre o tema HIV/AIDS expressa neste documento é muito relevante, pois teve o intuito de ilustrar, fortalecer e levar as suas proposições perante a sociedade.

### **5.3 Analisando a 14ª Conferência Nacional da Saúde**

A 14ª CNS, que ocorreu em 2011, e foi aprovado em 2012, teve como tema “Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública e Patrimônio do Povo Brasileiro”, e contou com a participação de 4.000 participantes, dentre eles 2.937 delegados e convidados que debateram e aprovaram 15 diretrizes de propostas (BRASIL, 2012). Portanto, serão analisadas, dentre essas propostas da 14ª CNS, somente àquelas que se destinam ao atendimento às pessoas que vivem com HIV/AIDS, sobre as quais serão explanadas no decorrer deste item.

Uma das propostas aprovadas na 14ª CNS (2012) diz respeito à revisão dos valores repassados às Casas de Apoio, visando incentivar o financiamento das ações desenvolvidas no atendimento às pessoas que vivem com HIV/AIDS, como consta na portaria nº 1.824/2004. Para uma melhor compreensão do que são as Casas de Apoio, como foram criadas e qual sua função, o Ministério da Saúde (2014aa) explica:

Criadas na segunda metade da década de 1980, as Casas de Apoio oferecem abrigo e assistência a adultos vivendo com HIV/AIDS em condições de vulnerabilidade socioeconômica; em especial, pobreza e exclusão social. Nesses lugares, quem vive com HIV e AIDS encontra forças para se reintegrar à família e à sociedade. O apoio consiste em acolher os pacientes temporariamente, orientando-os quanto aos cuidados com a saúde, promovendo o uso correto dos medicamentos e a adesão ao tratamento. Além disso, ajuda no fortalecimento de seus laços sociais e familiares. Para estimular o trabalho que vem sendo desenvolvido pelas Casas de Apoio, o governo federal repassa recursos de incentivo por meio da Portaria 1.824/2004. As instituições habilitadas são gerenciadas com cogestão de estados e municípios, complementando uma rede de assistência à saúde constituída em cada um dos estados (BRASIL, 2014z, s/p).

As Casas de Apoio funcionam como suporte e acolhimento para as pessoas que vivem com HIV/AIDS em situações de vulnerabilidade. O dinheiro destinado às Casas de Apoio é para garantir cuidados diários disponibilizados para as pessoas que vivem com AIDS, usuários do SUS, tais como: funcionamento 24h, atendendo alta hospitalar ou que necessite de recuperação física e social, em suas acomodações disponibilizam de camas Fowler, cadeira de rodas e de higiene, oferecem cinco refeições ao dia. Os profissionais que trabalham nesse serviço é um pessoal de apoio, podendo ser voluntário, não garantindo assistência contínua de enfermagem ou médica, dessa forma apenas garantem o serviço de transporte para atendimentos médicos (BRASIL, 2014).

Por isso, é relevante levar em conta a proposta da 14ª CNS de revisar os valores repassados às Casas de Apoio para a garantia do atendimento temporário ou de longa duração. Também seria necessária a disponibilização de uma equipe multidisciplinar completa para possíveis atendimentos a essas pessoas.

Devido a isso, o Ministério da Saúde, em seu Guia de Recomendações das Casas de Apoio em HIV/AIDS (1997), relata sobre a dificuldade de inserir uma equipe nessas Casas, pois devido à baixa remuneração oferecida aos profissionais e a rotatividade dos voluntários, acaba causando prejuízo no atendimento às pessoas que vivem com HIV/AIDS. Segundo o Guia de Recomendações (1997), os principais obstáculos da rotatividade desses profissionais é o desgaste físico e emocional, e, como estratégia de superar

essa dificuldade, seria interessante à formação de uma equipe multidisciplinar capacitada para exercer suas atividades e supervisionar os recursos provenientes de financiamentos (BRASIL, 1997).

O papel do assistente social, segundo o Guia de Recomendação às pessoas que vivem com HIV/AIDS nas Casas de Apoio, é de oferecer assistência nos serviços de referência como: atendimento social, internações e exames laboratoriais (BRASIL, 1997).

Em outra proposta, a 14ª CNS solicita a disponibilização pela indústria farmacêutica da medicação para crianças e adolescentes que vivem com HIV/AIDS em forma líquida, para uma melhor adesão ao seu tratamento (BRASIL, 2012). Sobre essa proposta, acredita-se que foi muito bem abordada no que se refere à atenção voltada às crianças e adolescentes, tendo em vista esse ser um assunto raramente abordado, ou, se abordado, é de forma muito superficial. Pois, como sabemos, as crianças têm dificuldades ou muitos não querem ingerir o medicamento via oral, devido causar certo desconforto na hora da deglutição. E, sendo seu tratamento em forma de xarope, fica mais fácil ter uma efetiva adesão ao tratamento.

Para facilitar o acesso às informações acerca dos avanços para o tratamento e o acompanhamento das crianças que vivem com HIV/AIDS, a 14ª CNS menciona que a partir do Programa Nacional de DST e AIDS (1994) passou a publicar no Guia de Tratamento Clínico da Infecção pelo HIV em Crianças, sobre os acompanhamentos e informações para as orientações no tratamento (BRASIL, 2012).

No que se refere à qualidade de vida, a 14ª CNS acrescenta que na saúde do adolescente deve-se incluir como eixo prioritário a garantia de acesso a serviços integrais da Rede de Atenção na promoção, proteção e recuperação de extensão de sobrevida, com temas relacionados a informações sobre o uso de drogas, DST/AIDS, gravidez na adolescência, com a intenção de estimular hábitos saudáveis e a prática regular de atividades físicas (BRASIL, 2012).

Percebe-se, de fato, o quanto é importante incluir hábitos seguros no dia a dia na prevenção e assistência aos adolescentes e a todas as pessoas que vivem com HIV/AIDS, estimulando, dessa forma, a sobrevida a essas pessoas.

A descentralização das ações em HIV/AIDS é exposta na 14ª CNS como um fator de desafio, pois apesar de algumas cidades apresentarem avanços em relação à descentralização, na maioria das cidades e estados essa proposta não se efetiva (BRASIL, 2012).

Como foi mencionado no capítulo anterior, a principal proposta do SAE em São Borja é a descentralização dos serviços de atenção em saúde às pessoas que vivem com HIV/AIDS para as redes de Atenção Básica de Saúde. Como mencionado na análise, algumas redes de referência em São Borja já estão adotando a descentralização do serviço em ações, com práticas no atendimento aos usuários, estimulando a prevenção, a assistência e o tratamento.

Para o combate da epidemia do HIV/AIDS é necessário que os programas de DST/AIDS recebam recursos de financiamentos, assim como é exposto nas propostas da 14ª CNS, para, então, poder garantir no atendimento à pessoa que vive com HIV/AIDS, atividades no âmbito da promoção à saúde, prevenção, assistência e ao tratamento de forma integral e de qualidade nos serviços (BRASIL, 2012).

Em municípios com menos de 200 mil habitantes, a 14ª CNS considera que há um aumento de casos de HIV em mulheres, frente a isso solicitam a implantação e implementação de um plano de enfrentamento à feminização do HIV como: Plano de enfrentamento à feminização da AIDS e o Plano integrado de enfrentamento à feminização do HIV/AIDS (BRASIL, 2012).

Segundo o Ministério da Saúde (2007), o Plano de enfrentamento à feminização da AIDS tem como objetivo central a promoção da saúde sexual e reprodutiva com ações voltadas ao atendimento no acesso a prevenção, controle, diagnóstico e tratamento com atenção integral às mulheres que vivem com DST/AIDS, garantindo, assim, a ampliação da atenção clínico-ginecológica (BRASIL, 2007ff).

Já o Plano integrado de enfrentamento à feminização do HIV/AIDS tem a função de oferecer qualidade no atendimento oferecido pelos serviços de saúde, buscando ações para a superação das desigualdades e o fortalecimento das mulheres que sofrem com a vulnerabilidade, bem como combater a violência que elas sofrem (BRASIL, 2007gg).

Ambos os planos tratam sobre o enfrentamento que a mulher que vive com HIV/AIDS sofre, e, como estratégia, esses planos têm como objetivo oferecer uma melhor qualidade de vida e garantir seus direitos perante as situações de violência que essas mulheres sofrem.

Nessa perspectiva, a 14ª CNS teve como compromisso identificar as reais demandas das pessoas com HIV/AIDS, com vistas a aumentar e melhorar efetivamente o atendimento aos usuários, buscando a redução das desigualdades sociais.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Entende-se que esse trabalho possui grande relevância por se tratar de um tema que poucas vezes é citado nos diversos espaços de participação social, bem como na academia e, para isso, foi necessário realizar as discussões sobre o tema de atendimento às pessoas que vivem com HIV/AIDS.

Por meio desse Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) compreendeu-se o quanto são relevantes as ações de saúde para melhor atender às pessoas que vivem com HIV/AIDS, favorecendo, assim, sua autoconfiança e autoestima para enfrentar a doença. As pessoas que vivem com HIV/AIDS buscam estratégias para melhor enfrentar a sua doença. E percebeu-se, no decorrer do trabalho, que como ação estratégica, o Ministério da Saúde está ampliando seus serviços no atendimento às pessoas soropositivas.

Realizou-se um estudo histórico acerca da temática, constatando que a doença evoluiu desde 1980 até os dias de hoje. Dessa forma, com o rápido alastramento do número de pessoas infectadas, o Ministério da Saúde ampliou as ações de serviços de saúde no atendimento para o enfrentamento de algumas demandas que as pessoas que vivem com HIV/AIDS necessitam.

Pode-se perceber, no estudo realizado acerca da Política Nacional de DST/AIDS destinada aos usuários do Sistema Único de Saúde, que suas estratégias estão voltadas ao atendimento com acesso integral a todos os serviços destinados às pessoas soropositivas e à população em geral. Além disso, visou-se mostrar o quanto é importante a inserção do profissional assistente social em Programas de DST/AIDS com uma equipe multidisciplinar completa para melhor atender à pessoa que vive com HIV/AIDS, proporcionando, assim, a garantia de todos os seus direitos.

A partir da presente pesquisa, constatou-se que o atendimento das pessoas que vivem com HIV/AIDS no município de São Borja ocorre através do SAE, o qual tem como ações os serviços de prevenção, tratamento e garantia de direitos dos usuários.

Para o desenvolvimento das ações no atendimento às pessoas que vivem com HIV/AIDS, o SAE conta com uma equipe composta por um médico,

um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, um redutor de danos, um farmacêutico e uma agente operacional.

Com base nos atendimentos às pessoas que vivem com HIV/AIDS no município de São Borja, ficou claro que o reaproveitamento de profissionais de outro setor no que tange ao atendimento qualificado à pessoa soropositiva, encontra-se de forma precária, pois a falta de profissionais no SAE dificulta o atendimento ao usuário, tendo em vista que é de garantia do usuário o atendimento de forma integral.

Pode-se perceber que as campanhas realizadas no município de São Borja vêm ocorrendo de forma positiva, reforçando a divulgação da prevenção, com ampla distribuição de insumos informativos.

Conforme foi verificado na pesquisa, observou-se que a 12<sup>a</sup>, 13<sup>a</sup> e 14<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde contemplou o tema de proteção e atendimento às pessoas que vivem com o vírus HIV/AIDS, e que é um tema constante nessas conferências. Os elementos que foram mais discutidos ao longo deste trabalho, e, priorizado nas Conferências, foram a prevenção, o tratamento, a estratégia de inclusão, o preconceito e a discriminação. A partir desses elementos, foram discutidas as políticas, cuja oferta de programas e ações deve levar ao usuário a assistência de forma integral.

Percebeu-se, então, que há uma preocupação constante no que diz respeito à garantia de direitos às pessoas que vivem com HIV/AIDS e que o tema de proteção a essa população está sendo contemplado nas conferências a partir das implementações, por parte do governo, nas Políticas Públicas, Leis, ações e estratégias, garantindo o trabalho em rede como elemento fundamental para atingir um atendimento de qualidade.

Diante desses elementos trabalhados ao longo desse trabalho, é importante destacar que o assistente social, em suas abordagens com o usuário e a população em geral, trabalha na perspectiva de fortalecimento do usuário através da rede de atendimento. Assim, fazendo com que o usuário sinta-se amparado pela rede, com o intuito de promover a sua autonomia, garantindo todos os seus direitos através das ações que foram expostas nas Conferências e ao longo do trabalho. Reconheceu-se a importância da inserção

do profissional assistente social na área da saúde, colaborando na ampliação dos direitos dos usuários.

De modo geral, foi possível identificar que as diversas estratégias que ocorrem no atendimento às pessoas são voltadas às ações de saúde na perspectiva profissional, cuidados da saúde e condições de vida.

O caminho delineado para a concretização desta temática passa, inevitavelmente, pela aproximação de como a técnica de enfermagem vislumbrou a possibilidade de dar visibilidade à questão social que emerge do cotidiano de atores sociais que compõem as pessoas que vivem com HIV/AIDS. Em primeira instância, o motivo pessoal instigou-me a partir da formação de Técnica em Enfermagem, cujo curso proporcionou-me uma maior aproximação dessa temática no qual também foi possível ter o acompanhamento de pessoas que vivem com o vírus HIV/AIDS. Dessa forma, surgiu em meu trabalho grande interesse em analisar como essa realidade apresenta-se no município. Após muitas reflexões frente à produção de conhecimento já realizada na área do Serviço Social e ao que se refere às pessoas que vivem com HIV/AIDS e suas implicações na sociedade contemporânea, passou-se a pesquisar acerca desse tema.

Foi possível identificar que existe hoje uma falsa sensação de que a AIDS está controlada no mundo ou até que não existe mais, porque não estamos mais vendo na mídia grandes ícones falecendo por causa dessa doença. Muitos não acreditam e estão “nem aí” para essa doença, como se ela não existisse mais no mundo. Algumas vezes, parece que o remédio existente para quem contrai a AIDS é maravilhoso e que as pessoas não morrem mais em decorrência dela. Enfatiza-se, com isso, que ainda não existe cura para o HIV/AIDS, apenas os remédios agem no organismo, fazendo o vírus parar de se multiplicar, em um estado de dormência não permitindo que a pessoa desenvolva mais a AIDS. O número de mortes diminuiu drasticamente e permitiu às pessoas que vivem com o HIV levar uma vida “quase normal”, no entanto, além da obrigação de ter que tomar vários remédios todo dia pelo resto da sua vida, muitos sofrem efeitos colaterais. Conseqüentemente, muitos não aguentam essa rotina e abandonam o tratamento, vindo a causar sérios problemas com o desenvolvimento da AIDS e com doenças graves. Para

controlar a epidemia da AIDS é necessário utilizar, como uma das formas de prevenção, o uso da camisinha.

Com base no exposto, entende-se que por meio desse Trabalho de Conclusão de Curso foi possível desenvolver uma importante discussão acerca das pessoas que vivem com HIV/AIDS. Com isso, pretende-se oferecer subsídios aos profissionais que compõe a rede de atendimento do município de São Borja, para que os mesmos possam estar intervindo na perspectiva de garantir o acesso dessa população ao direito nos Serviços Especializados.

## REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução de Luiz Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1979. Março 2009.

BASTOS, Francisco Inácio. **Aids na Terceira Década**. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2006. 104p. (Coleção Temas em Saúde).

BORGES, Lays. **SAE realiza campanhas de prevenção de HIV/AIDS, Sífilis e Hepatites Virais durante todo ano**. 14 Plataforma de Notícia. São Borja, 2014 – Universidade Federal do Pampa, São Borja, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de DST, AIDS e hepatites Virais**. Portal sobre aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais, 2014. Disponível em <[http://www.aids.gov.br/tipo\\_endereco/servico-de-assistencia-especializada-em-hivaids](http://www.aids.gov.br/tipo_endereco/servico-de-assistencia-especializada-em-hivaids)>. Acessado em 19 de dez. 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais. **Realização do Teste Rápido para HIV e Sífilis na Atenção Básica e Aconselhamento em DST/Aids**. Brasília – DF, 2012. Disponível em <[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2012/52294/apostila\\_material\\_instrucional.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2012/52294/apostila_material_instrucional.pdf)>. Acessado 17 de dez 2014b.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Saúde e Segurança: Novas diretrizes da perícia médica para avaliação das pessoas com HIV/AIDS**. Brasília, 2014. Disponível em <<http://www.previdencia.gov.br/noticias/saude-e-seguranca-novas-diretrizes-da-pericia-medica-para-avaliacao-das-pessoas-com-hivaids/>>. Acessado 15 de dez. 2014c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de DST, AIDS e hepatites Virais**. Portal sobre aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais, 2014. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/pagina/o-que-voce-precisa-saber-sobre-aids>>. Acessado 12 dez. 2014d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de DST, AIDS e hepatites Virais**. Portal sobre aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais, 2014. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/pagina/no-trabalho>>. Acessado 12 de dez. 2014e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde-Departamento de DST, Aids e Hepatites Virias. **Boletim Epidemiológico – Aids e DST**. Ano III – nº 1, 2014. Disponível em <[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56677/boletim\\_2014\\_1\\_pdf\\_60254.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56677/boletim_2014_1_pdf_60254.pdf)>. Acessado 06 nov de 2014f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde-Departamento de DST, Aids e Hepatites Virias. **Boletim Epidemiológico – Aids e DST**. Ano II – nº 1, 2013. Disponível em

<[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55559/p\\_boletim\\_2013\\_internet\\_pdf\\_p\\_51315.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55559/p_boletim_2013_internet_pdf_p_51315.pdf)>. Acessado 05 nov de 2014g.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de DST, AIDS e hepatites Virais**. Portal sobre aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais, 2014. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/noticia/2014/incidencia-em-hiv-aumenta-entre-homens-enquanto-declina-entre-mulheres-segundo-pesquisa>>. Acessado: 01 set de 2014h.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de DST, AIDS e hepatites Virais**. Portal sobre aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais, 2006. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/noticia/origem-do-virus-hiv-que-causa-aids-foi-encontrada-em-chimpanzes-vivendo-no-sul-de-camaroes-a>>. Acessado: 26 agosto de 2014i.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de DST, AIDS e hepatites Virais**. Portal sobre aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais. Uso de antirretrovirais em gestantes, 2014. Disponível em <http://www.aids.gov.br/pagina/uso-de-antirretrovirais-em-gestantes>. Acessado: 20 de agosto de 2014j.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de DST, AIDS e hepatites Virais**. Portal sobre aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais, 2014. Disponível em <http://www.aids.gov.br/pagina/duvidas-frequentes>. Acessado: 05 agosto de 2014k.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de DST, AIDS e hepatites Virais**. Portal sobre aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais, 2014. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/pagina/aids-no-brasil>>. Acessado: 01 ago de 2014l.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de DST, AIDS e hepatites Virais**. Portal sobre aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais, 2014. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/pagina/historia-da-aids>>. Acessado: 29 jul de 2014m.

BRASIL, **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em 28 dez. de 2014n.

BRASIL. **UNAIDS Programa Conjuntas das Nações Unidas sobre HIV/AIDS**. Brasil, 2012. Disponível em: <<http://www.unaids.org.br/documentos/clipping.pdf>>. Acessado: 30 jul. de 2014o.

BRASIL. **Aconselhamento em DST, HIV e AIDS: diretrizes e procedimentos básicos**./Coordenação Nacional de DST e AIDS\_\_4ª ed\_\_Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de DST/AIDS** : princípios, diretrizes e estratégias / Coordenação Nacional de DST e Aids. \_ 1. Ed. \_ Brasília : Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL, Constituição (1988) **Constituição da República do Brasil**: Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 52/2006 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94. – Brasília : Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2006. 448 p.

BRASIL. **Protocolo de assistência farmacêutica em DST/HIV/Aids**: recomendações do Grupo de Trabalho de Assistência Farmacêutica. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e AIDS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Guia orientador para a realização das capacitações para executores e multiplicadores em Teste Rápido para HIV e Sífilis e Aconselhamento em DST/Aids na Atenção Básica para gestantes/Aids** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/Aids, hepatites e outras DST** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 196 p. il. - (Cadernos de Atenção Básica, n. 18) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcd18.pdf>>. Acessado em 19 de nov. 2014p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de DST, AIDS e hepatites Virais**. Portal sobre aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais, 2014. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/pagina/2012/uso-medicamentos-como-prevencao>>. Acessado 28 de dez 2014q.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).

BRASIL.2013 **Ministério da Saúde** Disponível em: <[file:///C:/Users/evertontoller/Downloads/manual-pratico-rede-cegonha-\[444-090312-SES-MT\]%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/evertontoller/Downloads/manual-pratico-rede-cegonha-[444-090312-SES-MT]%20(1).pdf)>. Acesso em 28 dez 2014s.

BRASIL. Ministério da Saúde. **12.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca**: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 230 p. – (Série D. Reuniões e Conferências).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes: manual de bolso**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 172 p. : il. – (Série Manuais, n.46).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de DST, AIDS e hepatites Virais**. Portal sobre aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais, 2010. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/noticia/vaticano-relativiza-afirmacoes-do-papa-sobre-uso-de-preservativo-onu-elogia>> Acessado: 30 de dez 2014t.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da **13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento**/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008. 246 p. : il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de DST, AIDS e hepatites Virais**. Portal sobre aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais, 2014. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/pagina/equipamentos-para-uso-de-drogas>>. Acessado 26 de dez 2014u.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de DST, AIDS e hepatites Virais**. Portal sobre aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais, 2014. Disponível em <http://www.aids.gov.br/pagina/uso-com-outros-remedios-ou-drogas>. Acessado: 27 de dez 2014v.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de DST, AIDS e hepatites Virais**. Portal sobre aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais, 2014. Disponível em <http://www.aids.gov.br/campanhas/1998/38304>. Acessado: 27 de dez 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Manual de tratamento da lipoatrofia facial** : recomendações para o preenchimento facial com polimetilmetacrilato em portadores de HIV/aids / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 44 p. : il. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/man\\_lipoatrofia03-web.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/man_lipoatrofia03-web.pdf). Acessado 03 jan de 2015x.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de DST, AIDS e hepatites Virais**. Portal sobre aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais, 2013. Disponível em <http://www.aids.gov.br/noticia/2013/mercosul-discute-hiv-e-aids-em-municipios-de-fronteiras>. Acessado: 07 de jan 2015y.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde**: todos usam o SUS: SUS na seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 232 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de DST, AIDS e hepatites Virais**. Portal sobre aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais, 2014. Disponível em <http://www.aids.gov.br/pagina/2010/376>. Acessado: 30 de dez 2014.Z

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de DST, AIDS e hepatites Virais**. Portal sobre aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais, 2014. Disponível em <http://www.aids.gov.br/pergunta/04-o-que-sao-casas-de-apoio-tipo-ij>. Acessado: 30 de dez 2014aa.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de DST, AIDS e hepatites Virais**. Portal sobre aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais, 2014. Disponível em <http://www.aids.gov.br/pagina/acompanhamento-medico>. Acessado em 28 de dez. 2014bb.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/Aids, hepatites e outras DST** / Ministério da Saúde. Disponível em [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Perguntas\\_e\\_respostas\\_sobre\\_HIV\\_a\\_ids.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Perguntas_e_respostas_sobre_HIV_a_ids.pdf). Acessado 28 dez. de 2014cc.

BRASIL. Constituição Federal, 1988 (Artigos 196 a 200). Disponível em [http://conselho.saude.gov.br/web\\_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaoafederal.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaoafederal.pdf)> Acessado: 28 dez. de 2014.

BRASIL, 2014. **Lipodistrofia**. Disponível em <http://www.aids.gov.br/pcdt/10>> Acessado: 28 dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS, 2007. **Plano de enfrentamento da feminização da Epidemia de AIDS e outras DST.** Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_feminizacao\\_final.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_feminizacao_final.pdf)> Acessado: 28 dez. de 2014ff.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS, 2007. **Plano Integrado de enfrentamento da feminização da Epidemia de AIDS e outras DST.** Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_integrado\\_enfrentamento\\_feminizacao\\_aids\\_dst.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_integrado_enfrentamento_feminizacao_aids_dst.pdf)>. Acessado: 28 dez. 2014gg.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de recomendações** : casas de apoio em HIV/Aids Coordenação Nacional de DST e Aids. - Brasília : Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL, **Lei nº 7.670**, de 8 de setembro de 1988. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7670.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7670.htm)> Acesso em: 28 dez de 2014hh.

BRASIL, **Lei Nº 12.984**, de 2 de junho de 2014. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Atos2011-2014/2014/Lei/L12984.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Atos2011-2014/2014/Lei/L12984.htm)>. Acessado em: 28 dez. 2014ii.

BUCHER, R. Ministério da Saúde. **Prevenindo contra as drogas e DST/AIDS: cartilha do educador.** Programa Nacional de DST/AIDS. 2ª ed. Brasília. 1995.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. Parecer Jurídico. São Paulo, 2006. CRESS 6ª. Região. Disponível em <<http://www.cress-es.org.br/site/images/parecer%20cfess%20n.%2039-2006.pdf>> Acessado em

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** – 5. Ed. – 8. reimp. – São Paulo : Atlas, 2007.

HENRICH, Giovana. Porto Alegre 2008. **AIDS feminina: Um olhar no espelho sem maquiagem.** Disponível em <[http://tede.pucrs.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=1266](http://tede.pucrs.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1266)>. Acessado em 29 de dez 2014

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na Contemporaneidade : trabalho e formação profissional.** 11 ed. São Paulo : Cortez, 2007.

JANCZURA, Rosane. **Risco ou Vulnerabilidade social?** Porto Alegre, 2012. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/12173/8639Risco%20ou%20vulnerabilidade%20social>>. Acessado: 07 ago. 2014.

KAHHALE, Edna Peters. ESPER, Cynthia Christovam Elisa. SALLA, Mara. ANÉAS, Tatiana. **HIV – AIDS : enfrentando um sofrimento psíquico** – São Paulo : Cortez, 2010.

MARCONI, Marina Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados** / - 6. Ed. – 2. Reimpr. – São Paulo : Atlas, 2007.

MARTINELLI, Maria Lúcia (org.). **Pesquisa Qualitativa um instigante desafio**. --São Paulo : Veras Editora, 1999. -- (Série Núcleo de Pesquisa ; 1).

Martinelli (2011), Serviço Social e Sociedade. **O trabalho do Assistente Social em contextos hospitalares: desafios cotidianos**. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282011000300007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282011000300007&script=sci_arttext)>. Acessado: 14 jan. de 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.); GOMES, Suely Ferreira Deslandes Romeu. **Pesquisa Social : teoria, método e criatividade**. 25ªed. Revista e atualizada. – Petrópolis , RJ : Vozes, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MORAIS, Liriane Guimarães. **O Processo de Trabalho do Assistente Social junto às usuárias soropositivas do Programa DST/AIDS do Município de São Borja**. São Borja, 2010.

RIO GRANDE DO SUL, 2014. Secretaria Estadual da Saúde, Departamento de Ações em saúde. Coordenação Estadual de Atenção Básica. Coordenação Estadual de DST/HIA/AIDS. **Nota Técnica**. Disponível em: <[http://www.saude.rs.gov.br/upload/20141013092050orientacoes\\_recursos\\_cib\\_235\\_14.pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/20141013092050orientacoes_recursos_cib_235_14.pdf)>. Acessado: 15 jan. de 2015.

SÃO BORJA, 2014. SICLOM. Disponível em <<http://azt.aids.gov.br/index.php>> Acessado 15 nov. 2014.

SIMÕES, Carlos. **Curso de direito do Serviço Social**. 3. Ed São Paulo: Cortez, 2009.

Prefeitura de São Borja. Governo, 2014. Disponível em: [http://www.saoborja.rs.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4033%3Aasao-borja-recebe-verba-para-ser-investida-no-combate-a-aids&catid=65&Itemid=1315](http://www.saoborja.rs.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=4033%3Aasao-borja-recebe-verba-para-ser-investida-no-combate-a-aids&catid=65&Itemid=1315). Acessado: 04 ago. de 2014.

\_\_\_\_\_. **Saúde e serviço social** / Maria Inês Souza Bravo... [et al.], (organizadoras). – 5. Ed. –: Cortez ; Rio de Janeiro : UERJ, 2012.