



Raquel Maíra dos Santos Alves Militão

**As tendências do processo de
descentralização para o tratamento de
pessoas que vivem com HIV/AIDS no
município do Rio de Janeiro**

Tese de Doutorado

Tese apresentada como requisito parcial para
obtenção do grau de Doutor pelo Programa de
Pós-Graduação em Serviço Social do
Departamento de Serviço Social da PUC-Rio.

Orientador: Prof^a. Márcia Regina Botão Gomes

Rio de Janeiro
Setembro de 2022



Raquel Maíra dos Santos Alves Militão

As tendências do processo de descentralização para o tratamento de pessoas que vivem com HIV/AIDS no município do Rio de Janeiro

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo.

Prof^a. Márcia Regina Botão Gomes

Orientadora
Departamento de Serviço Social – PUC-Rio

Prof. Antonio Carlos de Oliveira

Departamento de Serviço Social – PUC-Rio

Prof^a. Lucia Emmanoel Novaes Malagris

UFRJ

Prof^a. Sindely Chahim de Avellar Alchorne

Departamento de Serviço Social – PUC-Rio

Prof^a. Louise Bastos Schilkowsky

UFRJ

Rio de Janeiro, 09 de setembro de 2022

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, da autora e da orientadora.

Raquel Maíra dos Santos Alves Militão

Graduou-se em Serviço Social na UFPE (Universidade Federal de Pernambuco) em 2010. Possui Mestrado em Serviço Social pela UFRN (Universidade Federal do Rio Grande do Norte). Atua como Assistente Social, na política de saúde, no Serviço de Assistência Especializada (SAE) do Instituto de Atenção à saúde São Francisco de Assis (HESFA)/ UFRJ.

Ficha Catalográfica

Militão, Raquel Maíra dos Santos Alves

As tendências do processo de descentralização para o tratamento de pessoas que vivem com HIV/AIDS no Município do Rio de Janeiro / Raquel Maíra dos Santos Alves Militão; orientador: Márcia Regina Botão Gomes. – 2022. 338 f.: il. color.; 30 cm

Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Serviço Social, 2022.
Inclui bibliografia.

1. Serviço Social – Teses. 2. Atenção básica. 3. Descentralização. 4. HIV. 5. Tratamento. I. Gomes, Márcia Regina Botão. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Serviço Social. III. Título.

CDD: 361

Agradecimentos

Desejo expressar meus agradecimentos a todos aqueles que, de alguma forma, permitiram que esta tese se concretizasse.

Agradeço primeiramente a Deus, por me dar força e coragem em todos os momentos da minha vida.

Quero agradecer à Profa. Dra. Márcia Botão, minha orientadora, pelo compromisso e dedicação. Agradeço também à Profa. Sindely Alchorne, por ter iniciado o processo de orientações comigo, por ter sido tão acolhedora.

Às professoras da Pós-graduação da PUC-Rio que contribuíram direta ou indiretamente para a minha formação acadêmica e profissional.

Aos membros da banca pela disponibilidade e compromisso: Profa. Sindely, Prof. Antônio, Dra. Louise, Profa. Lúcia, Profa. Ariane e Prof. João.

Agradeço aos meus pais, Rildo e Hilda, ao meu irmão, Rildo Jr. e ao meu marido, Márcio, pelo amor e cuidado, pela confiança e incentivo aos estudos.

Ao meu filho, Daniel, que ainda uma criança, mas tanto me ensina e me fornece amor da forma mais genuína.

Aos colegas de trabalho, pelo companheirismo, incentivo, apoio e pela compreensão, facilitando a conclusão desta tese.

Às minhas amigas de longa data que se encontram em Recife, Natal e Brasília, amigas fiéis e mais do que amadas, pessoas com quem dividi momentos valiosos e inesquecíveis.

Um agradecimento especial aos amigos do Rio de Janeiro, onde pude encontrar acolhimento e incentivo durante esse período tão desafiador que é o processo de doutorado.

Aos participantes da pesquisa, médicos, gestores e, em especial, aos usuários, pelos ensinamentos, debates e trocas de experiência, por me permitirem acessar um pouco da sua realidade.

Meu muito obrigada, bastante carinhoso, à Cilene Guimarães, que possibilitou que eu conhecesse um pouco da sua história como pessoa que vive com HIV e permitiu que eu expusesse essa linda trajetória de luta por acesso e direitos.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Resumo

Militão, Raquel Maíra dos Santos Alves; Gomes, Márcia Regina Botão. **As tendências do processo de descentralização para o tratamento de pessoas que vivem com HIV/AIDS no município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2022. 338 p. Tese de Doutorado – Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Esta tese intitulada: As tendências do processo de descentralização para o tratamento de pessoas que vivem com HIV/AIDS no município do Rio de Janeiro, propõe uma análise do processo de descentralização para o tratamento das pessoas que vivem com HIV/AIDS no município do Rio de Janeiro/RJ, como meio de elucidar a questão de como se dá a atual configuração do tratamento da pessoa que tem HIV/AIDS nesse modelo de atendimento. Atualmente tem-se a descentralização da assistência ao HIV/AIDS para a atenção básica de saúde como redefinição da sua linha de cuidado. Apresentamos a trajetória do HIV/AIDS no Brasil, contextualizamos a política de saúde no país, debatemos a descentralização para o tratamento das pessoas que vivem com HIV/AIDS no município do Rio de Janeiro, discorremos sobre as Unidades Básicas de Saúde como locais de tratamento para o HIV/AIDS e apresentamos os dados oriundos da pesquisa de campo, revelando as tendências e os limites do processo de descentralização do tratamento de HIV/AIDS no município. Identificamos também como se dá esse processo para os usuários, médicos e gerentes das unidades de saúde. Campany et al. (2021, p. 376) explicitam as tendências recentes apresentadas pela epidemia do HIV/AIDS no Brasil – heterossexualização, feminização, juvenilização, pauperização e interiorização (em relação às regiões brasileiras). Essas tendências se articulam com questões de classe, gênero e raça, se conectando com a complexificação da questão social no Brasil. Esta tese tratou-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa. Utilizamos a entrevista semiestruturada (*in loco*) para coletar os dados dos profissionais, usuários e gestores. Contextualizamos e situamos a Política de Atendimento em HIV/AIDS e como ela vem funcionando de uma forma que responda às demandas dos seus pacientes. Apresentamos uma caracterização desses usuários, identificando quem são os pacientes do serviço e

em que condições eles vivem. Como resultados, verificamos que, em sua maioria, os usuários, gerentes e médicos não encontram grandes dificuldades na operacionalização e vivência da Política de atendimento. A grande questão girou em torno da necessidade do sigilo do diagnóstico, para a preservação social do usuário e a solidão decorrente dele, que dificulta a sua vivência com o HIV/AIDS. O silenciamento do diagnóstico impõe à equipe de atendimento que sejam feitos arranjos e caminhos alternativos dentro do serviço para garantia do acesso à saúde, tendo em vista o segredo do diagnóstico do paciente, inclusive para alguns profissionais de saúde dentro da própria unidade. A hipótese central desenvolvida nesta tese consistiu em identificar o sigilo do diagnóstico como uma necessidade contraditória, decorrente do persistente preconceito em torno da AIDS, que mesmo tendo evoluído nos aspectos de prevenção e tratamento, ainda é carregada de negatividade. O principal problema disso é o constrangimento e, de certa forma, a imposição social pelo silêncio que impede o ser humano que vive com HIV/AIDS de ser quem é, abdicando desse direito que deveria ser simples. Trata-se de um modo alienado de viver.

Palavras-chave

Atenção básica; descentralização; HIV; tratamento.

Abstract

Militão, Raquel Maíra dos Santos Alves; Gomes, Márcia Regina Botão (Advisor). **Trends in the decentralization process for the treatment of people living with HIV/AIDS in the municipality of Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro, 2022. 338 p. Tese de Doutorado – Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

This thesis entitled: The decentralization process trends for the treatment of people living with HIV/AIDS in the city of Rio de Janeiro, proposes an analysis of the decentralization process for the treatment of people that live with HIV/AIDS in the city of Rio de Janeiro/RJ, as a way to clarify how the current configuration of the treatment of the person who has HIV/AIDS takes place in this attendance model. Currently, there is the decentralization of HIV/AIDS assistance to basic health attention as a redefinition of its care line. We present the HIV/AIDS trajectory in Brazil, we contextualize the health policy in the country, we debate the decentralization for the treatment of people living with HIV/AIDS in the city of Rio de Janeiro, we discuss about the Basic Health Units as treatment places for the HIV/AIDS and we present data from field research, revealing the trends and the decentralization process limits of HIV/AIDS treatment in the city. We also identified how this process takes place for users, doctors and managers of health units. Campany et al. (2021, p. 376) explain the recent trends presented by the HIV epidemic in Brazil – heterosexualization, feminization, juvenilization, impoverishment and interiorization (in relation to Brazilian regions). These trends are articulated with issues of class, gender and race, connecting with the complexification of the social issue in Brazil. It was a qualitative approach research. We used the semi-structured interview (in loco) to collect data from the professionals, users and managers. We contextualize and situate the HIV/AIDS care policy and how it has been working in a way to attend the demands of its patients. We present a characterization of these users, identifying who are the users of the service and in which conditions they live. As results, we identified that the most part of users, managers and doctors do not find great difficulties in the operationalization and experience of the Service Policy. The big issue revolved

around the need for confidentiality of the diagnosis, for the social preservation of the user and the loneliness resulting from it, which makes it difficult to live with HIV/AIDS. The silencing of the diagnosis requires the care team to make arrangements and alternative paths within the service to guarantee access to health, in view of the secrecy of the patient's diagnosis, including for some health professionals within the unit itself. The central hypothesis developed in this thesis consisted of identifying the confidentiality of the diagnosis as a contradictory need, resulting from the persistent prejudice around AIDS, which, despite having evolved in the aspects of prevention and treatment, is still loaded with negativity. The main problem with this is the embarrassment and, in a way, the social imposition by silence that prevents the human being living with HIV/AIDS from being who they are, abdicating this right that should be simple. It is an alienated way of living.

Keywords

Primary health care; decentralization; HIV; treatment.

Sumário

1. Introdução	24
2. A trajetória do HIV/AIDS no Brasil	36
2.1. Concepções acerca do HIV/AIDS: contextualização da epidemia	36
2.2. Dados epidemiológicos da infecção do HIV/AIDS e as Políticas Públicas voltadas à prevenção e ao tratamento no SUS	55
2.3. Aspectos conjunturais brasileiros no tocante à política de HIV/AIDS	68
3. Contextualizando a política de saúde no Brasil a partir do Sistema Único de Saúde – SUS	84
3.1. A saúde como direito social	84
3.2. Os avanços e os limites DO Sistema Único de Saúde – SUS	99
3.3. O tratamento da pessoa com HIV no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS	114
4. O debate da descentralização no Sistema Único de Saúde – SUS	129
4.1. As tendências do processo de descentralização para o tratamento das pessoas que vivem com HIV/AIDS no Município do Rio de Janeiro	129
4.2. O panorama do HIV/AIDS no Município do Rio de Janeiro: as Unidades Básicas de Saúde como locais de tratamento de HIV/AIDS	160
5. O processo de descentralização do tratamento das pessoas que vivem com HIV/AIDS no Município do Rio de Janeiro através do olhar dos sujeitos	178

5.1. Percursos Metodológicos	178
5.1.1. Cuidados éticos e desafios da Pesquisa no período pandêmico	183
5.2. Dados dos pacientes das unidades de Saúde	185
5.2.1. Dados gerais e socioeconômicos dos pacientes das unidades de saúde	185
5.2.1.1. Sexo	186
5.2.1.2. Idade	187
5.2.1.3. Raça, cor ou etnia	188
5.2.1.4. Orientação sexual	189
5.2.1.5. Estado civil	191
5.2.1.6. Religião	192
5.2.1.7. Situação trabalhista	193
5.2.1.8. Possui plano de saúde	196
5.2.1.9. Escolaridade	197
5.2.1.10. Renda familiar	198
5.2.1.11. Grupo familiar	200
5.2.1.12. Habitação	201
5.2.1.13. Local de moradia	202
5.2.2. Dados específicos dos pacientes	203
5.2.2.1. Tempo que vive com HIV/AIDS	204
5.2.2.2. Forma de infecção	205
5.2.2.3. Sigilo quanto à infecção e seu tratamento	206
5.2.3. Questões subjetivas dos pacientes	208
5.2.3.1. Eixo de análise sobre o acesso ao tratamento: permanência, exames e medicações	208
5.2.3.2. Eixo de análise sobre os atendimentos: avaliação dos serviços, periodicidade das consultas, serviços utilizados, vínculo com o profissional	213

5.2.3.3. Eixo de análise sobre a vivência do HIV/AIDS: viver com HIV/AIDS, atividades de promoção da saúde	223
5.3. Dados dos médicos das unidades de saúde	229
5.3.1. Dados profissionais dos médicos das unidades de saúde	229
5.3.2. Eixo de análise sobre os atendimentos: atendimentos, acesso, serviços, nota técnica da Prefeitura	242
5.3.3. Eixo de análise acerca das dificuldades: dificuldades e possibilidades, comentários e sugestões	256
5.4. Dados dos gerentes das unidades de saúde	261
5.4.1. Dados profissionais dos gerentes das unidades de saúde	261
5.4.2. Eixo de análise referente aos atendimentos: como era organizado o atendimento ao paciente com HIV/AIDS e como acontece atualmente	264
5.4.3. Eixo de análise acerca da descentralização do tratamento: proposta, estrutura e avaliação	271
5.4.4. Eixo de análise sobre as atividades: monitoramento, promoção da saúde, nota técnica da Prefeitura, comentários e sugestões	280
5.5. Na contramão do silêncio: depoimento de Cilene Guimarães – Trajetória, trabalho e luta para romper com o silêncio opressor	291
6. Conclusão	299
7. Referências bibliográficas	307
8. Anexos	323
8.1. Anexo 1 – Termo de consentimento livre e esclarecido	323
8.2. Anexo 2 – Nota técnica 04: acesso aos serviços de atenção primária à saúde (aps) por pessoas vivendo com HIV/AIDS	325
8.3. Anexo 3 – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)	326

9. Apêndices	332
9.1. Apêndice 1 – Roteiro de entrevista	332
9.2. Apêndice 2 – Termo de consentimento de Cilene Guimarães	338

Lista de figuras

Figura 1- Mandala da prevenção combinada	53
Figura 2 - Orçamento Federal Executado em 2020	105
Figura 3 - Acesso aos serviços	145
Figura 4 - Áreas Programáticas do município do Rio de Janeiro	149
Figura 5 - Trabalho de adesão	151
Figura 6 - Constrangimento	154
Figura 7 - Sexo	186
Figura 8 - Idade	187
Figura 9 - Raça, cor ou etnia	188
Figura 10 - Orientação sexual	189
Figura 11 - Estado civil	191
Figura 12 - Religião	192
Figura 13 - Situação trabalhista	193
Figura 14 - Plano de saúde	196
Figura 15 - Escolaridade	197
Figura 16 - Renda familiar (por salário mínimo)	198
Figura 17 - Grupo familiar	200
Figura 18 - Habitação	201
Figura 19 - Local de moradia (por zona da cidade do Rio de Janeiro)	202
Figura 20 - Tempo que vive com HIV/AIDS	204
Figura 21 - Forma de infecção	205
Figura 22 - Sigilo	206
Figura 23 - Permanecer no serviço	208

Figura 24 - Acesso ao exame laboratorial	210
Figura 25 - Acesso à farmácia	212
Figura 26 - Avaliação dos serviços	214
Figura 27 - Periodicidade dos atendimentos médicos	216
Figura 28 - Importância do vínculo com profissional	219
Figura 29 - Viver com HIV/AIDS	223
Figura 30 - Atividades de promoção da saúde	227
Figura 31 - Tempo de serviço na atenção básica	230
Figura 32 - Tempo de serviço na unidade de saúde pesquisada	231
Figura 33 - Quantitativo de pacientes	232
Figura 34 - Dificuldade no atendimento por causa do sigilo	237
Figura 35 - Dificuldade do paciente para acessar o serviço	248
Figura 36 - Nota técnica	254
Figura 37- Formação profissional	262
Figura 38 - Tempo de serviço na atenção básica	263
Figura 39 - Tempo de serviço na unidade de saúde pesquisada	264
Figura 40 - Nota técnica	285

Lista de quadros

Quadro 1 - Número de casos de HIV notificados no SINAN (2011-jun./2021)	32
Quadro 2 - Casos de HIV notificados no SINAN (por região) (2007- jun./2021)	56
Quadro 3 - Casos de HIV notificados no SINAN. Brasil, 2015 - Jun./2021	57
Quadro 4 - Cenário Epidemiológico – 2020	60
Quadro 5 - Casos de AIDS notificados no SINAN (por região) (1980- jun./2021)	60
Quadro 6 - Acesso aos serviços	146
Quadro 7 - Dificuldade para acessar os serviços	146
Quadro 8 - Dificuldade para acessar os serviços em razão da pandemia COVID-19	147
Quadro 9 - Distribuição de unidades de saúde no município do Rio de Janeiro	150
Quadro 10 - Adesão durante o atendimento médico	152
Quadro 11 - Constrangimento por viver com HIV	156
Quadro 12 - Casos de HIV por categoria de exposição	190
Quadro 13 - Estado civil	191
Quadro 14 - Permanência no serviço de saúde	209
Quadro 15 - Dificuldades para permanecer no serviço de saúde	209
Quadro 16 - Avaliação do serviço de saúde	214
Quadro 17 - Avaliação negativa do serviço de saúde	215
Quadro 18 - Comentários acerca das ações em saúde	217
Quadro 19 - Vínculo com o profissional	220
Quadro 20 - Comentários sobre o vínculo com o profissional	222

Quadro 21 - Viver com HIV/AIDS	224
Quadro 22 - Dificuldades para viver com HIV/AIDS	225
Quadro 23 - Participação em atividades de promoção da saúde	228
Quadro 24 - Não participação em atividades de promoção da saúde	228
Quadro 25 - Especialização profissional dos médicos	230
Quadro 26 - Datas da inauguração das Clínicas da Família pesquisadas	231
Quadro 27 - Capacitação dos médicos	233
Quadro 28 - Apoio institucional	234
Quadro 29 - Atendimento x sigilo	238
Quadro 30 - Dificuldade no atendimento em função do sigilo	239
Quadro 31 - O atendimento antes da descentralização do tratamento	243
Quadro 32 - Acesso às unidades de saúde	247
Quadro 33 - Dificuldade do paciente para acessar às unidades de saúde	248
Quadro 34 - Acesso aos serviços de saúde	249
Quadro 35 - Condições gerais para o atendimento médico	252
Quadro 36 - Atendimento de paciente fora do território	255
Quadro 37 - Dificuldades para o atendimento médico	256
Quadro 38 - Comentários e sugestões	259
Quadro 39 - Como era o atendimento de HIV antes da descentralização	265
Quadro 40 - O atendimento de HIV na atenção básica	269
Quadro 41 - A descentralização do tratamento de HIV na atenção básica	273
Quadro 42 - Estrutura da descentralização do tratamento de HIV na atenção básica	277

Quadro 43 - Dificuldades quanto à descentralização do tratamento de HIV na atenção básica	277
Quadro 44 - Avaliação da descentralização do tratamento de HIV na atenção básica	278
Quadro 45 - Monitoramento das atividades	280
Quadro 46 - Comentários acerca do monitoramento das atividades	281
Quadro 47 - Atividade de promoção da saúde	282
Quadro 48 - Comentários acerca das atividades de promoção da saúde	283
Quadro 49 - Atividades de promoção da saúde durante a pandemia da COVID-19	283
Quadro 50 - Atendimento dos usuários de outros territórios	286
Quadro 51 - Comentários dos gerentes	287

Lista de abreviaturas e siglas

ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS
ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABS – Atenção Básica de Saúde
ADT – Assistência Domiciliar Terapêutica
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANAIIDS – Articulação Nacional de Luta contra a AIDS
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AP – Área Programática
APS – Áreas de Planejamento Sanitário
APS – Atenção Primária à Saúde
ARV – Antirretroviral
ASPS – Ações e Serviços Públicos em Saúde
AZT – Azidotimidina ou Zidovudina
CAMS – Comissão Nacional de Articulação com Movimentos Sociais
CAP – Coordenadoria de Saúde da Área de Planejamento ou Coordenadoria das Áreas Programáticas
CAPS – Centros de Atenção Psicossocial
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CF – Clínica da Família
CFESS – Conselho Federal de Serviço Social
CID – Classificação Internacional de Doenças
CMS – Centros Municipais de Saúde
CNAIDS – Comissão Nacional de IST, HIV/AIDS e Hepatites Virais
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
COFINS – Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CPMF – Contribuição Provisória sobre a Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira
CRAS – Centro de referência de assistência social

CREAS – Centro de referência especializado de assistência social

CTA – Centro de testagem e aconselhamento

CTI – Centro de terapia intensiva

DAPS – Divisão de Ações e Programas de Saúde

DCNTs – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DDCCI – Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecção Sexualmente Transmissível

DIAHV – Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das ISTs, AIDS e das Hepatites Virais

DRU – Desvinculação das Receitas da União

DST – Doença Sexualmente Transmissível

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

EC – Emenda Constitucional

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FAT – Fundo de Amparo ao Trabalhador

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

FOAESP – Fórum das ONG/ AIDS do Estado de São Paulo

FPE – Fundo de Participação dos Estados e Distrito Federal

FPM – Fundo de Participação dos Municípios

GAPA/CE – Grupo de apoio e prevenção à AIDS do Ceará

GAPA/RS – Grupo de apoio e prevenção à AIDS do Rio Grande do Sul

GAPA/SP – Grupo de apoio e prevenção à AIDS de São Paulo

GIV/SP – Grupo de incentivo à vida

H-D – Hospital-Dia

HESFA – Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HSH – Homens que fazem sexo com homens

IBAS – Consórcio entre Índia, Brasil e África do Sul

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias

LGBTQIA+ – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgênero, Queer, Intersexo, Assexual

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MARE – Ministério da Administração e da Reforma do Estado

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NEPAIDS/USP – Núcleo de Estudos para Prevenção da AIDS

NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização não-governamental

ONU – Organização das Nações Unidas

OS – Organização Social

OSCs – Organizações da Sociedade Civil

PAB – Piso da Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAM – Postos de Assistência Médica

PDP – Parceria para o desenvolvimento produtivo

PDRE – Plano Diretor da Reforma do Estado

PEC – Proposta de Emenda à Constituição

PEP – Profilaxia Pós-Exposição ao HIV

PIB – Produto Interno Bruto

PLOA – Projeto de Lei Orçamentária

PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNADC – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua

PNE – Plano Nacional de Educação

PNGTS – Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde

PNH – Política Nacional de Humanização

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

PPD – Derivado proteico purificado

PREP – Profilaxia Pré-exposição

PSF – Programa de Saúde da Família

PT – Prova tuberculínica

PUC-RIO – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

PVHA – Pessoas vivendo com HIV/AIDS

PVHIV – Pessoa vivendo com HIV

RNP+Brasil – Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS

SAE – Serviços de Assistência Especializada

SAP – Núcleo de informação

SAPS – Secretaria de Atenção Primária à Saúde

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SICLOM – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

SINAN – Sistema Nacional de Notificação de Doenças

SISCEL – Sistema de Controle de Exames Laboratoriais

SISREG – Sistema de Regulação das consultas especializadas

SMSRJ – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

SUBPAV – Subsecretaria de Promoção da Saúde, Atenção Primária e Vigilância de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

TARV – Terapia antirretroviral

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UDI – Usuários de drogas injetáveis

UDM – Unidades Dispensadoras de Medicamentos

UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

UNITAID – Central Internacional de Compra de Medicamentos para AIDS, Tuberculose e Malária

UPA – Unidade de Pronto-atendimento

*Há uma coisa dentro de mim, contagiosa e mortal,
perigosíssima, chamada vida. Lateja como um desafio.*

Herbert Daniel

1

Introdução

A tese que ora apresentamos é resultado da pesquisa realizada no curso de doutorado em Serviço Social na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). A escolha do tema: “A análise das tendências do processo de descentralização para o tratamento das pessoas que vivem com HIV/AIDS no município do Rio de Janeiro/RJ”, partiu da vivência da autora no cotidiano de trabalho, localizado no Serviço de Assistência Especializada (SAE) do Instituto de atenção à saúde São Francisco de Assis (HESFA).

Dessa forma, buscamos apreender histórico-politicamente as respostas institucionais voltadas à prevenção do contágio pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e ao tratamento para o controle das possíveis manifestações da AIDS¹ no Brasil, analisando o contexto sócio-histórico das políticas públicas de enfrentamento desta epidemia² em nosso país. Alguns estudiosos, como Richard Parker (2000), afirmam que a situação do HIV/AIDS se trata de uma epidemia, porém “as pesquisas recentes sugerem que são falsas as ideias de que a epidemia está cada vez mais sob controle, que a fase de emergência já passou, e que a vitória sobre a AIDS é simplesmente uma questão de maior profissionalismo e coordenação”.

Em relação ao recorte temporal desta pesquisa, baseamo-nos nas recomendações do Ministério da Saúde, no que se refere ao processo de descentralização do tratamento de HIV/AIDS para as unidades básicas de saúde, que data de 2013 até os dias atuais. Para tanto, traçamos um panorama da descentralização da política de saúde no município do Rio de Janeiro/RJ, especialmente no que se refere ao manejo clínico³ do HIV/AIDS e seus rebatimentos para os usuários do serviço de saúde pública. Em seguida, discutimos acerca da política de reorganização da atenção básica a partir do processo de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

¹ Sigla utilizada para a HIV da Imunodeficiência Adquirida/AIDS (da origem em inglês: *Acquired Immunodeficiency Syndrome* - AIDS), a qual é uma doença do sistema imunológico humano causada pelo vírus da imunodeficiência humana - HIV. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Aids_etiologia_clinica_diagnostico_tratamento.pdf>. Acesso em: 04 maio 2020.

² Epidemia se caracteriza como um surto, ou seja, quando há o aumento repentino do número de casos de uma doença em uma região específica e se expande para diversas regiões no país, a partir de seus determinantes políticos e econômicos.

³ O termo “manejo clínico” é utilizado no sentido de manuseio das ações inseridas nos protocolos para o tratamento de HIV e atendimento dos pacientes.

Nesse viés, o objetivo da pesquisa foi analisar as tendências do processo de descentralização para o tratamento de pessoas que vivem com HIV/AIDS no município do Rio de Janeiro/RJ, como meio de elucidar a questão de como se dá a nova configuração do tratamento de HIV nesse modelo de atendimento.

Dessa forma, tivemos como foco de análise o processo de descentralização do tratamento da doença. Tal fato busca identificar as razões, as propostas em disputa e os principais rebatimentos que a constituem como um campo cheio de desafios, no sentido de melhor direcionar os atendimentos nessa modalidade de descentralização do tratamento e apresentar-se, também, com algumas dificuldades para o atendimento à saúde de modo mais amplo.

O ponto de partida para a nossa pesquisa consistiu em identificar como ocorrem os atendimentos à pessoa vivendo com HIV (PVHIV)⁴ nas unidades básicas de saúde, tendo em vista a descentralização deste tratamento ser uma orientação do Ministério da Saúde e ainda carecer de estudos, fato que notamos por meio da nossa experiência profissional. Assim, as primeiras aproximações com a temática da descentralização do tratamento do HIV/AIDS ocorreram por meio de observações empíricas extraídas da nossa experiência profissional nesta área.

Mais especificamente, ocorreram do trabalho como Assistente Social (desde 2015) junto ao Serviço de Assistência Especializada (SAE), de modo a integrar a equipe multidisciplinar que presta assistência à pessoa vivendo com HIV/AIDS. Essa atividade é vinculada a uma instituição de natureza pública, qual seja: Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (HESFA⁵), pertencente à Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Essa instituição está conectada a esse grande centro universitário associa atenção em saúde, através do Sistema Único de Saúde (SUS) e formação acadêmica.

Segundo o Programa Nacional de DST/AIDS, os Serviços de Assistência Especializada (SAEs) são realizados em ambulatórios ou hospitais. O objetivo desses serviços é prestar um atendimento integral e de qualidade aos pacientes, por meio de uma equipe de profissionais de diversas áreas de saúde – médicos, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais (BRASIL, 2008). O SAE tem como

⁴ Pessoa vivendo com HIV (PVHIV) é uma sigla utilizada pelo Ministério da Saúde em seus documentos destinados ao tratamento e estudos acerca do HIV/AIDS.

⁵ O HESFA apresenta-se como unidade acadêmica docente-assistencial e integra hoje o Complexo Hospitalar da UFRJ, tendo a missão de atender com qualidade as demandas peculiares da Atenção Básica de Saúde (ABS) e dos Programas de Saúde da Família (PSF) e outros Programas específicos de saúde, dentro de uma perspectiva acadêmica enquanto Hospital Universitário.

finalidade prestar assistência integral ao paciente que vive com HIV/AIDS; promover atividades de educação e prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs); oferecer campo para ensino, pesquisa e extensão; e realizar acompanhamento médico, psicossocial, nutricional e de enfermagem.

Atualmente, a equipe multiprofissional do SAE/HESFA é composta por dois médicos infectologistas, uma enfermeira, uma psicóloga, uma nutricionista, uma assistente social, uma auxiliar de enfermagem, duas assistentes administrativas e um arquivista. Além do mais, as atividades desempenhadas apresentam um enfoque de atendimento multidisciplinar e prestam atendimento a 731 pessoas adultas, com o prontuário ativo.

Observamos, na rotina de atendimento do setor de Serviço Social do SAE, dificuldades, entraves e limites no nosso fazer profissional e nos relatos dos pacientes quando há a necessidade de acessar uma Unidade Básica de Saúde (UBS) na cidade do Rio de Janeiro. Atrelada à vivência pelo cotidiano de trabalho no setor de saúde, tem-se a experiência de preceptoria⁶ de residentes que participam da Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher⁷, com participação em bancas de conclusão de curso e supervisão de estágio curricular na área da saúde.

Essa aproximação com o objeto de estudo resultou, principalmente, das dificuldades no trabalho para a realização de encaminhamentos dos pacientes junto à UBS, bem como o retorno dos pacientes ao SAE sem terem obtido o atendimento necessário na UBS. Percebemos a expressiva demanda de usuários que apresentam necessidade de acesso aos serviços (atendimento médico, marcação de exames, acesso ao laboratório, dentre outros) da unidade básica de saúde, mas, muitas vezes, esse atendimento não acontece.

Tais atendimentos também se referem às necessidades gerais de saúde, e não especificamente ao tratamento do HIV/AIDS. É importante ressaltar que a proposta da pesquisa não foi perceber as ações da atenção básica de saúde como limitadas e/ou incompletas, fazendo um juízo de valor ou condenação, mas, sim, identificar como se dá o tratamento clínico do paciente com HIV/AIDS e quais os

⁶ A função de preceptor/a caracteriza-se por supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa, exercida por profissional vinculado à instituição, com formação mínima de especialista. Disponível em: <<http://www.uel.br/pos/residenciasaudemulher/pages/projeto-pedagogico/preceptor.php>>. Acesso em: 13 jun. 2022.

⁷ O HESFA desenvolve ações e atividades de Ensino, Pesquisa e Extensão dentro de uma perspectiva multidisciplinar e integrada. Destaque para as Residências Multiprofissionais em Saúde da Mulher (HESFA/UFRJ), Saúde da Família (HESFA/UFRJ) e Saúde Materno-Infantil (Maternidade Escola/UFRJ).

rebatimentos para os usuários. Ou seja, devemos analisar a doença na sua abordagem de forma ampliada, considerando as múltiplas determinações sociais que a envolvem, identificando como vivem as pessoas que tratam o HIV/AIDS, dentro do processo de descentralização do seu tratamento.

Para além dessa questão, observamos no Serviço de Assistência Especializada (SAE) do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (HESFA) que pessoas que descobriram recentemente seu diagnóstico do HIV/AIDS e que são orientadas a procurarem a unidade básica de saúde, conforme recomendação do Ministério da Saúde, alegam dificuldade de acesso e temem pela possível falta de sigilo. Há uma resistência, por parte dos usuários do serviço em se tratarem próximo a sua residência, tendo em vista a questão da exposição do diagnóstico, do sofrimento por preconceito, pela possível quebra do sigilo e pelo estigma que ainda há em torno da questão do HIV/AIDS. Ressalta-se que o sigilo é um fator envolvido na questão do tratamento, mas não é único. Tem-se também a especificidade e a complexidade do atendimento de pessoa que vivem com HIV/AIDS.

Sobre o sigilo do atendimento, houve uma nova situação que precisa de comprovação e que nessa pesquisa tivemos a oportunidade de verificar, qual seja: a Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro, por meio da Secretaria Municipal de Saúde e da Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde, publicou uma Nota Técnica⁸ às Coordenadorias Gerais de Atenção Primária registro de Profissionais das Unidades de Saúde sobre o acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) por pessoas vivendo com HIV/AIDS, recomendando que elas possam escolher em qual unidade de Atenção Primária desejam realizar o seu acompanhamento. Dessa forma, não necessitariam que a unidade seja de referência do seu território.

Essa nota foi divulgada nas Coordenadorias de Saúde da Área de Planejamento (CAPs), que, por sua vez, divulgaram junto às unidades de saúde. Muito embora a nota técnica não resguarde o sigilo, deu apenas a oportunidade de o usuário ser atendido em unidade fora do seu território. Mas, de toda forma, apresenta-se como uma alternativa à exposição vivenciada nas unidades de saúde dos territórios dos pacientes que tratam o HIV/AIDS. A unidade escolhida pode pertencer ou não à Área Programática (AP) da sua residência. Tal

⁸ Ofício Circular S/SUBPAV/SAP nº 09/2019, Rio de Janeiro, 06/05/2019, Nota Técnica 04 – acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) por pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) em anexo a este trabalho.

documento informa que o receio da quebra do sigilo do diagnóstico é um motivo frequentemente relatado pelo paciente de resistência à utilização da sua unidade de saúde de referência.

Por meio de relatos dos pacientes e através de atividades de capacitação continuada para profissionais da área de saúde, militantes e pessoas que vivem com HIV/AIDS na Organização Não-Governamental (ONG) Grupo Pela Vidda RJ⁹, foi possível perceber que há indícios de que o atendimento à pessoa que tem HIV/AIDS nas unidades básicas de saúde ainda não está bem estruturado e organizado.

As queixas dos usuários se referem aos atendimentos incompletos (sem a finalização dos encaminhamentos necessários em saúde, para o atendimento não só do médico, mas também de outros profissionais) de acordo com a necessidade do paciente. Muitos associam comorbidades em razão da convivência com o HIV/AIDS e do acúmulo dos efeitos colaterais dos antirretrovirais.

É importante frisar que o tratamento é para as pessoas, sendo fundamental que elas estejam devidamente cientes da importância do seu acompanhamento. Além disso, devem estar esclarecidas de como enfrentar o diagnóstico da infecção pelo HIV/AIDS e a necessidade de utilização da terapia antirretroviral (TARV)¹⁰ (BELOQUI, 2017).

Pensamos ser fundamental considerar, também, as determinações sociais em saúde. Segundo o Professor Rogério Gomes (2021),¹¹ determinação social é entendida como uma forma de compreender a relação saúde-doença, como ela se realiza, como é condicionada e, em última instância, como é determinada. Ademais, dentro desse entendimento, como os pacientes se mantêm em tratamento e quais as situações de vida que vão influenciar sua adesão.

Há também algumas questões relacionadas com o estigma e situações relativas à falta de sigilo, o que se reflete em aflição e constrangimento. Como nos diz Passarelli (2003, p. 59), para além do debate entre uma perspectiva patológica, biomédica, epidemiológica da AIDS, não desapareceu do cenário a perspectiva

⁹ O Grupo Pela Vidda (Valorização, Integração e Dignidade do Doente de AIDS) Rio de Janeiro é uma entidade sem fins lucrativos e foi fundada em 1989. Além disso, tem por objetivo: promover a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV e AIDS, por meio da defesa dos Direitos Humanos fundamentais, da garantia de acesso à informação e da luta contra a discriminação.

¹⁰ Os medicamentos antirretrovirais surgiram na década de 1980 para impedir a multiplicação do vírus no organismo. Eles não matam o HIV, mas ajudam a evitar o enfraquecimento do sistema imunológico. Por isso, seu uso é fundamental para aumentar o tempo e a qualidade de vida de quem tem HIV (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

¹¹ Aula proferida no curso (on-line): SUS, capitalismo e saúde. Fundação Dinarco Reis. 2021. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=xRSyQqnvz34&t=6144s>>. Acesso em: 22 set. 2022.

“moral”.

Essa perspectiva é atribuída a questões históricas que se relacionam com o HIV/AIDS, como por exemplo, a relação dos primeiros casos de infecções por HIV/AIDS que se deu entre homens que faziam sexo com homens e com as profissionais do sexo. Na literatura sobre o tema, não é raro encontrarmos textos que denotem ainda haver uma perspectiva moralizante quanto às questões referentes ao HIV/AIDS e a sua condição histórica.

Infelizmente, para muitas pessoas que vivem com HIV/AIDS, o fato de terem essa infecção as coloca em posição marginal na sociedade e em situação de preconceito. O segredo sobre a doença é justificado como maneira de se resguardarem dessa marginalidade, da discriminação e da vergonha (BRASIL, 2010).

É sabido que as ONGs desempenharam, desde o início da epidemia, um papel de pressão e cooperação nas políticas públicas de HIV/AIDS. Na história da luta contra o HIV/AIDS no Brasil, a contribuição das organizações da sociedade civil foi o grande diferencial para que fosse possível controlar a epidemia e implementar políticas públicas que interferissem de forma efetiva.

Dentre várias ONGs que atuam nesta temática, como o Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS do Ceará (GAPA/CE), Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS do Rio Grande do Sul (GAPA/RS), Grupo de Incentivo à Vida (GIV/SP), Núcleo de Estudos para Prevenção da AIDS (NEPAIDS/USP), Fórum de ONGs/AIDS do RJ, Rio Rede Jovem, Grupo pela Vida, Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), tem-se o Fundo Positivo, cujo objetivo é fortalecer a resposta social na defesa do direito à saúde e à diversidade. Desse modo, contribui-se com as respostas ao enfrentamento das ISTs, HIV/AIDS no Brasil, bem como na atuação em temas congêneres, como direitos sexuais e reprodutivos visando à redução das iniquidades em saúde da população¹².

É relevante mencionar também o papel do Estado nesse processo de oferta de serviços e participação em programas e atividades voltadas para o atendimento de pessoas que vivem com HIV/AIDS. O país foi inovador no que diz respeito às políticas de intervenção voltadas para o HIV/AIDS (trataremos no capítulo 02).

Enquanto persistir essa visão hegemônica de resposta à AIDS que foca na doença e nos processos biomédicos de forma apartada da sociedade, trabalho, política, economia e da cultura, não haverá solução possível para esta epidemia

¹² Disponível em: <<https://agenciaaids.com.br/artigo/fundo-positivo-e-iniciativa-privada-equacao-necessaria-no-combate-ao-crescimento-do-hiv/>>. Acesso em: 02 mar. 2020.

global. Somente uma análise e práxis interseccionais¹³ poderão criar caminhos possíveis para o controle da AIDS¹⁴.

Como informa Monteiro (2002, p. 16), na procura por respostas mais eficazes para o controle da epidemia, é constatada uma maior atenção das políticas de prevenção com questões relativas às transformações da estrutura social, visando à diminuição das condições desiguais de existência e da injustiça social.

Nesse sentido, Parker (2000, p. 121) confirma esse raciocínio afirmando que, sem realizar mudanças em longo prazo na estrutura da sociedade, nas relações de poder que sujeitam certas populações e comunidades à crescente vulnerabilização diante da infecção pelo HIV/AIDS, não pode existir uma esperança concreta de liquidar ou mesmo reduzir a epidemia.

Assim, é importante a luta pelo acesso à saúde e ao tratamento completo e de qualidade. Diante desse novo contexto (de deslocamento do local de tratamento dos serviços de assistência especializada às unidades básicas de saúde), surgiram questões norteadoras da pesquisa, tais como: Em que situação se encontra esse movimento de descentralização do tratamento? Quais são as propostas? Como se dá esse acesso às unidades de saúde? Quais foram os primeiros dados no que se refere ao monitoramento das atividades? Como esses serviços estão se estruturando? Esses questionamentos levam em conta o acesso à saúde pública, as diretrizes, os princípios e as orientações do SUS, o atendimento integral, a promoção do tratamento sem violação, sob o ponto de vista do direito e a utilização deste direito garantido em lei.

É por intermédio das diretrizes, tendo em vista o alicerce estrutural dos princípios da universalidade, equidade e integralidade, que o SUS deve se organizar. São esses os meios pelos quais escolhemos atingir os objetivos do sistema de saúde brasileiro (MATTA, 2007). Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Toda essa configuração do SUS, dentro da proposta de oferta de serviço de saúde, tem se mostrado um desafio dentro dos setores e serviços.

Assim, acreditamos na importância do debate das atuais tendências na área

¹³ O termo interseccionalidade é usado para fazer referência às formas como diferentes marcadores sociais - de gênero, raça, classe, sexualidade, entre outros - interagem entre si influenciando a maneira como experimentamos a vida em sociedade. Disponível em: <<https://www.infoescola.com/sociologia/interseccionalidade/>>. Acesso em: 16 ago. 2021.

¹⁴ Disponível em: <<https://agenciaaids.com.br/artigo/hiv-aids-juventudes-desamparadas-ativismo-adoecido-como-resistir-em-tempos-de-politica-da-morte/>>. Acesso em: 02 mar. 2020.

da Saúde Pública, especificamente no que se refere ao tratamento do HIV/AIDS, relacionando-as às contradições estruturais do modo de produção capitalista no contexto político neoliberal.

Entendemos que o real só pode ser apreendido quando se é capaz de realizar aproximações sucessivas à realidade estudada, procedimento que permite, ainda que não assegure, desvelar todas as contradições que não se apresentam na aparência do fenômeno. Dessa forma, buscamos apreender as principais determinações (sociais, econômicas, políticas e ideológicas) presentes na dinâmica da epidemia de HIV/AIDS.

Logo, parece ficar claro que, mesmo com os avanços no tratamento, dentre eles o desenvolvimento dos antirretrovirais que melhoraram a qualidade de vida das pessoas, afastando-as da grande letalidade da doença, ainda persevera a triste constatação de que a epidemia ainda é soberana. Além disso, a relação do conviver com o HIV/AIDS continua cobrando um alto custo em sofrimento humano advindo do estigma e preconceito

Trata-se de uma questão cultural em torno da sexualidade, hábitos e comportamentos sexuais, como também o risco de morte (por ser uma doença sem cura). Nesse sentido, Kahhale et al., (2010, p. 73) nos alertam que:

Todo adoecimento significa uma ruptura na vida, nos projetos e o indivíduo necessita buscar formas de enfrentamento para essa nova situação. É um processo inserido na história de vida do indivíduo que adoece e, portanto, está vinculado a uma dinâmica em que os pensamentos, emoções e ações atreladas à sua condição sócio-histórica e cultural vão permear as possíveis maneiras de lidar com o agravo à saúde.

Há uma associação muito forte entre AIDS, homossexualidade, infidelidade e sexualidade “fora das normas”, permanecendo a identificação da AIDS como doença de homossexuais e de pessoas com comportamento desviante. As representações da AIDS como uma doença excludente e estigmatizante estão ancoradas na crença de que a mesma está ligada a grupos específicos da população, com maneiras de viver “fora do normal”. O segredo é mantido, assim, pelo medo da morte social e da necessidade de ser aceito (BRASIL, 2010).

Para a maioria, a clandestinidade seria a única forma de sobreviver frente às dificuldades enfrentadas. A vida afetiva e sexual são outro aspecto do cotidiano da pessoa que vive com HIV/AIDS, que sofre maior impacto com a constatação da condição de ser pessoa que vive com HIV desde o resultado da testagem.

Vale ressaltar, portanto, a importância do diagnóstico em tempo hábil para o êxito do tratamento, considerando-se a melhoria da qualidade de vida e de perspectiva para a pessoa infectada.

Contudo, para além da difusão de informações, é importante relacionar a questão da AIDS às tendências político-econômicas, por meio das quais se desenvolveu a própria trajetória da doença (sobretudo nas últimas quatro décadas). Considera-se, desse modo, todas as reconfigurações do capitalismo contemporâneo e suas repercussões nas múltiplas dimensões da vida social.

O fato é que o entendimento da história da epidemia de HIV/AIDS perpassa pela análise do contexto sócio-histórico das políticas públicas de enfrentamento das epidemias no Brasil, a partir de seus determinantes políticos e econômicos. Assim, é importante superar a ideia de uma “história natural” da doença, pensando que, nos termos de Galvão (2000, p.17) “[...] não há uma resposta médico-terapêutica para a AIDS, dissociada do cenário social mais amplo”.

Isso porque as respostas à AIDS, sejam governamentais ou não-governamentais, sempre fizeram parte do cenário macro do país, com fortes incidências da formação social brasileira e das formas históricas de enfrentamento político de questões relacionadas à saúde pública, como aquelas referentes às grandes epidemias. É essa constatação que torna relevante uma apreensão histórico-política das respostas institucionais direcionadas à epidemia da AIDS no Brasil.

Mesmo depois de mais de 40 anos de descobertas e avanços científicos, a epidemia de HIV/AIDS ainda se propaga com intensidade. Como comprova o quadro a seguir:

Quadro 1 - Número de casos de HIV notificados no SINAN
(2011-jun./2021)

ANO	TOTAL
2011	13.293
2012	15.099
2013	21.077
2014	31.629
2015	39.381
2016	41.934
2017	45.431
2018	45.691
2019	43.312
2020	32.701
Jun./2021	15.220

Fonte: Ministério da Saúde, 2021.

Compilação dos dados feita pela autora (dados de 2021 inconclusivos).

Dessa forma, vemos que, ano após ano, o número de infectados pelo HIV/AIDS aumenta e que não há um controle epidemiológico de fato. Exceto para o ano de 2020 em que os casos diminuíram ou, em decorrência da pandemia da COVID-19, pode ter havido menos testagem.

Sem desconsiderar a natureza mutante do HIV/AIDS e a sua capacidade adaptativa, o que dificulta os avanços da terapia, é importante pensar as novas configurações epidemiológicas que a doença assume hoje, levando em conta que o tratamento para HIV/AIDS se insere no contexto de reprodução do capital.

Não nos limitando à determinação econômica, também se consideram outros fatores, tais como questões de gênero, religiosidade, cultura “monogâmica”, poucas campanhas de prevenção, dificuldade em acessar serviços e insumos, aspectos moralizantes e conservadorismo governamental no trato de infecções sexualmente transmissíveis, a falta de busca por informações de qualidade. Tudo isso são fatores que contribuem para a propagação da infecção e, conseqüentemente, dificulta o controle epidemiológico.

Vale lembrar que, no Brasil, o maior número de casos acumulados está concentrado na região Sudeste (43,3%). Nos dados do Boletim Epidemiológico de 2021, do Ministério da Saúde, entre 2007 até junho de 2021, foram notificados no Sistema Nacional de Notificação de Doenças¹⁵ (SINAN) 381.793 casos de infecção pelo HIV no Brasil¹⁶, sendo:

- 165.247 (43,3%) na região Sudeste;
- 75.618 (19,8%) na região Nordeste;
- 75.165 (19,7%) na região Sul;
- 36.218 (9,5%) na região Norte;
- 29.545 (7,7%) na região Centro-Oeste.

Dentre as tendências mais dramáticas da epidemia, cabe ressaltar o aumento da infecção em mulheres heterossexuais casadas (ou com parceiros fixos) e as populações mais pauperizadas, afetadas diretamente pela falta de acesso a serviços essenciais, exclusão social, cultural e econômica.

¹⁵ De acordo com o Ministério da Saúde, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória. O seu uso sistemático, de forma descentralizada, contribui para a democratização da informação.

¹⁶ Dados retirados do Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS de 2021. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-epidemiologico-hivaids-2021>>. Acesso em 01 jul. 2022.

Analisar esta realidade torna-se relevante para contribuir efetivamente com as transformações necessárias na sociedade, tarefa histórica da classe trabalhadora, a partir de uma nova visão de mundo, de novas formas sociais, econômicas e organizacionais de mobilização. A finalidade é superar o paradigma mecanicista, biologizante e as práticas conservadoras que se realizam na política de saúde.

Esta tese apresenta importância acadêmica no que diz respeito às discussões na área do HIV/AIDS, tendo em vista contribuir para a produção científica que destaque os aspectos sociais da temática trabalhada. No entanto, pretendemos que o produto final resultante de pesquisas, estudos e debates, ultrapasse a esfera acadêmica e também possa servir ao Serviço Social e a outras profissões para qualificar o atendimento, particularmente àqueles profissionais que atuam nessa área, de modo a fortalecer entre eles as diretrizes do projeto ético-político¹⁷ que queremos reforçar. Esse projeto se traduz em uma direção social de compromisso e defesa da classe trabalhadora, que atua nas expressões da questão social, desenvolvendo ações que possibilitem a efetivação deste projeto.

Em relação à discussão sobre a questão social no marco da exploração do capital, Iamamoto (2009, p.27) nos diz que a questão social é entendida como o “conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura”. Ressaltando que esta sociedade está inserida numa contradição fundamental entre o trabalho coletivo e a apropriação privada da atividade, das condições e frutos do trabalho.

Assim sendo, cada vez mais é impossível pensar sobre a epidemia de HIV/AIDS como uma simples questão de soluções técnicas mais eficazes. Torna-se claro que uma efetiva resposta à epidemia de HIV/AIDS constitui, também, uma questão política e que implica um processo de mudanças sociais em longo prazo, visando à transformação das relações de poder e dominação que verdadeiramente estruturam a vulnerabilidade social e individual face à AIDS na sociedade brasileira (PARKER; GALVÃO, 1996).

¹⁷ Conforme Netto: “Os projetos profissionais [inclusive o projeto ético-político do Serviço Social] apresentam a autoimagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam os seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, institucionais e práticos) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as balizas da sua relação com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais, privadas e públicas [...]” (1999, p. 95).

Dessa forma, consideramos a proposta da pesquisa de extrema relevância para o fortalecimento da política pública de saúde, uma vez que os motivos que despertam nosso interesse estão conectados com os propósitos político-pedagógicos de qualificação dos profissionais de saúde, com os princípios e diretrizes do SUS e com a superação de preconceitos e humanização¹⁸ do atendimento do SUS.

Esta tese está organizada em cinco capítulos. Na introdução apresentaremos o tema de pesquisa, expondo nossa justificativa e situando o debate. O segundo capítulo consiste na apresentação da trajetória do HIV/AIDS no Brasil: concepções acerca do HIV/AIDS - contextualização da epidemia; dados epidemiológicos da infecção do HIV/AIDS e Políticas Públicas voltadas à prevenção e ao tratamento no SUS e; os aspectos conjunturais brasileiros no tocante à Política de HIV/AIDS. No terceiro capítulo, comentaremos acerca da contextualização da política de saúde no Brasil: a saúde como direito social; os avanços e os limites do SUS e; o tratamento da pessoa com HIV/AIDS no âmbito do SUS.

Já no quarto capítulo, abordaremos a descentralização para o tratamento das pessoas que vivem com HIV/AIDS no município do Rio de Janeiro: as tendências do processo de descentralização para o tratamento das pessoas que vivem com HIV/AIDS no município do Rio de Janeiro e; o panorama do HIV/AIDS no município do Rio de Janeiro – as Unidades Básicas de Saúde como locais de tratamento para o HIV/AIDS. No quinto capítulo, explanaremos sobre o processo de descentralização para o tratamento das pessoas que vivem com HIV/AIDS no município do Rio de Janeiro, trazendo os dados coletados na pesquisa de campo e todo o debate em torno do nosso objeto de pesquisa. Por fim, dedicar-nos-emos às considerações finais da tese.

Quanto ao percurso metodológico (que será detalhado no capítulo 5), este trabalho se trata de uma pesquisa qualitativa, utilizando as seguintes técnicas: revisão da literatura, análise de documentos, entrevistas (*in loco*) com profissionais, usuários e gestores.

¹⁸ Lançada em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. Ademais, aposta na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2021.

2

A trajetória do HIV/AIDS no Brasil

2.1.

Concepções acerca do HIV/AIDS: contextualização da epidemia

Não há exata delimitação do surgimento da doença, mas, segundo Parker; Galvão (1996), o primeiro caso de AIDS registrado no mundo foi no início da década de 1980. Quando se iniciou a descrição dos primeiros casos da AIDS (já em 1981), inicialmente, detectou-se o aparecimento de uma deficiência da imunidade celular em homens jovens. Logo foram notificados casos em mulheres e crianças e, com o aparecimento de casos entre hemofílicos e transfundidos e depois entre usuários de drogas endovenosas, estabeleceu-se uma correlação direta com a transmissão sanguínea.

A rápida disseminação da infecção pelo HIV/AIDS nas sociedades de todo o mundo, no início da década de 1980, e sua associação inicial com várias práticas sexuais e de uso de drogas rapidamente chamaram a atenção para a quase completa falta de conhecimento científico sobre os comportamentos específicos que pareciam ser responsáveis pela transmissão do HIV/AIDS (PARKER, 2000, p. 67).

De acordo com o Ministério da Saúde (2008), a sigla HIV se refere ao Vírus da Imunodeficiência Humana. Causador da AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), ataca o sistema imunológico, responsável por defender o organismo de doenças. As células mais atingidas são os linfócitos TCD4+¹⁹. Além disso, alterando o DNA dessa célula, o HIV faz cópias de si mesmo. Depois de se multiplicar, rompe os linfócitos em busca de outros para continuar a infecção.

Desde sua descoberta, na década de 1980, o HIV/AIDS mereceu atenção especial. Primeiro por sua alta taxa de mortalidade, depois pela infecção rápida e descontrolada e, a seguir, pela ausência de cura (KAHHALE et al., 2010, p. 26).

¹⁹ Linfócitos T CD4+ são leucócitos que atuam ativando e estimulando outros leucócitos a se multiplicarem e atacarem antígenos. Assim, coordenam a resposta imune. Os Linfócitos T CD4+ são as células atingidas pelo HIV, causador da AIDS, por isso a doença torna o organismo vulnerável a infecções oportunistas. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv>>. Acesso em: 15 ago. 2022.

A AIDS foi, inicialmente, associada de forma estigmatizante a chamados “grupos de risco”²⁰, tais como homossexuais, profissionais do sexo, dependentes químicos e hemofílicos, localizados em grandes centros urbanos. Ressaltando que discordamos deste termo pelo seu conteúdo preconceituoso. O resultado dessa associação foi disseminar a falsa noção de que os que não “pertenciam” a estes grupos estariam a salvo da AIDS.

Carvalho (2019) nos informa que a construção do conceito de “grupo de risco” desenvolveu modelos de prevenção centrados numa abordagem epidemiológica e comportamental. Dentre as limitações dessa abordagem, cabe ressaltar a associação da transmissão do HIV/AIDS com a noção de promiscuidade, a presunção de uma homogeneidade de representações e práticas dos grupos sociais no campo da sexualidade e do uso de drogas e a falta de ênfase em alternativas de sexo mais seguro, para além do uso da camisinha ou da abstinência. Em suma, o discurso preventivo não levou em conta a complexa dinâmica de fatores sociais, históricos e econômicos envolvidos.

Camargo Jr. (1994, p. 45) defende que, mais do que uma nova doença, a AIDS tornou-se um poderoso holofote iluminando tensões subterrâneas negadas em nossa sociedade, algumas internas à própria medicina, expondo fantasias mais ou menos ocultas a respeito de vários tabus de nossa cultura. Com isso, a AIDS trouxe para a discussão científica os temas gênero e sexualidade.

Nesse sentido, Czeresnia et al. (1995, p. 17) informam que a disseminação da epidemia internacional de AIDS destacou a necessidade urgente de dados sobre o comportamento sexual humano. Os fatores socioculturais são importantes na determinação dos aspectos básicos do comportamento sexual.

No caso do HIV/AIDS, ficaram evidentes o caráter social da sexualidade e a sua construção cultural, questões ainda pouco trabalhadas no contexto da saúde, mas que são urgentes para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento da epidemia. Como nos diz Parker (2000, p. 40), nunca um problema global comum chamou atenção tão claramente para as importantes diferenças que formam a experiência de culturas e sociedades diversas. Ademais, em nenhuma área isso é mais verdadeiro do que em relação ao nosso entendimento sobre a sexualidade humana.

²⁰ O termo “grupos de risco” se apresenta entre aspas porque já está em desuso. Essa expressão surgiu no campo da epidemiologia para indicar as pessoas mais propensas à infecção pelo vírus. Entretanto, tornou-se ineficaz e estigmatizante. Atualmente, considera-se que quem tem sua vida sexual ativa desprotegida está exposto a ser infectado pelo HIV/AIDS.

Quanto à resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS, o Brasil foi o primeiro país em desenvolvimento a implementar um programa de atenção às pessoas que vivem com HIV/AIDS, que garante a integralidade do cuidado, a universalidade das ações e a gratuidade dos serviços e insumos. O pioneirismo dessa iniciativa, aliado a uma abordagem focada nos Direitos Humanos e no equilíbrio entre tratamento e prevenção, gerou resultados positivos como o aumento do tempo e qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/AIDS. Por isso, a resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS tem sido apontada como uma experiência a ser conhecida, principalmente, por outros países em desenvolvimento (TELES, 2016, p. 141-142).

Dito isso, por se tratar de uma epidemia, o processo histórico-epidemiológico da AIDS envolve a forma como a sociedade constrói os conhecimentos, representações, crenças e significados conferidos à doença, à prevenção e à promoção da saúde, além da tecnologia colocada à disposição para o enfrentamento do agravo (BRASIL, 2010).

Somente em 1984, quando milhares de pessoas já haviam contraído a doença, o agente etiológico da AIDS foi descoberto. Em 1985, já havia no mercado um teste sorológico para diagnóstico da infecção pelo HIV que podia ser utilizado para triagem em bancos de sangue. Em 1986, foi divulgada a primeira droga antiviral, a azidotimidina ou AZT (com valor de mercado muito alto). Observou-se que a mortalidade dos pacientes de AIDS caiu 50%, e a qualidade de vida das pessoas que viviam com HIV melhorou significativamente.

No período de 1981-1984, são identificados os primeiros casos de AIDS no Brasil e a tomada de consciência do problema. Porém, não podemos negar um diferencial: o tratamento da AIDS no país ganhou atenção especial em função das organizações da sociedade civil que auxiliaram na criação e viabilização das políticas públicas específicas com um combate e prevenção especiais (KAHHALE et al., 2010, p. 26-27).

Nesse sentido, o enfrentamento ao HIV/AIDS prevê políticas de prevenção e campanhas divulgadas. Desde a década de 1980, o país implementou campanhas educativas e de prevenção, incluindo a distribuição de preservativos no âmbito nacional, bem como campanhas de prevenção à AIDS (BRASIL, 2010, p. 12). A orientação seria do sexo seguro como exercício de solidariedade. Dessa forma, observamos que sempre foi dada uma ênfase à promoção da camisinha como destaque para a proteção contra o risco de transmissão do HIV/AIDS. A ideia era conter a epidemia educando e fazendo prevenção.

Com relação ao papel das campanhas e programas educativos no controle da AIDS, Monteiro (2002, p. 25-26) nos diz que:

A literatura tem evidenciado que, durante a primeira década da epidemia, o discurso preventivo enfatizou a veiculação de informações básicas das formas de transmissão do HIV/AIDS dentro de uma visão fatalista, normativa e discriminatória. Com exceção de perspectivas alternativas, criadas por organizações não-governamentais, prevaleceu a abordagem alarmista, caracterizada pela divisão entre os culpados pela disseminação do vírus (homossexual, 'desviante', 'promíscuo', 'drogado', africano, profissional do sexo) e as vítimas indefesas (crianças e hemofílicos).

Tal fato provocou ações de discriminação, principalmente entre as pessoas que faziam parte do considerado "grupo de risco" e, contribuiu para a disseminação do vírus entre os diversos segmentos sociais.

Para Parker; Terto Jr. (1998, p.7), é importante:

Compreender o impacto de medidas de prevenção, os níveis de informação sobre DST/AIDS, a incidência de práticas de risco, a adoção de práticas sexuais mais seguras, mas também a identificação de obstáculos e fatores sociais, culturais e econômicos que pudessem estar reforçando a vulnerabilidade da população, assim como impedindo a implementação de medidas de prevenção apropriadas.

No Brasil, as políticas públicas foram aprovadas tanto para a prevenção como para o acesso ao tratamento. As primeiras ONGs brasileiras voltadas à AIDS foram fundadas no final dos anos 1980 e no início dos anos 1990, como por exemplo: (Grupo pela Vida/RJ, Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), Grupo de Apoio à Prevenção de AIDS (GAPA/SP)). Além de já existirem várias ONGs que atuavam pela causa no Brasil, elas também eram capacitadas e trabalhavam com a agenda de tratamento, pressionando o governo para distribuir as novas drogas antirretrovirais (ARVs), inclusive por meio do uso estratégico do sistema judiciário (VILLELA et al., 2017, p. 89-90).

Elas iam além das primeiras plataformas políticas, como por exemplo, o fim do preconceito contra a pessoa que vive com HIV/AIDS e o fim da comercialização de sangue. Portanto, é importante dizer que as ONGs desempenharam um papel decisivo na construção da política pública para a introdução do tratamento de HIV no Brasil e na adoção da legislação específica que garante o acesso universal a medicamentos para a pessoa que vive com HIV/AIDS (Lei 9. 313/96)²¹.

²¹ Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9313.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%209.313%2C%20DE%2013,HIV%20e%20doentes%20de%20AIDS>. Acesso em: 15 ago. 2022.

Dentro desse contexto, para o ativismo na luta contra a AIDS, a agenda política passa a ter grandes desafios no atual contexto nacional e internacional. Estamos vivenciando grandes mudanças, dado que, nos últimos anos, têm ocorrido importantes acontecimentos no mundo, do ponto de vista econômico, político e social.

Atualmente, é necessária uma forte defesa, liderada por redes, grupos e organizações de liderança comunitária, para garantir que o tratamento e a prevenção do HIV/AIDS continuem sendo uma prioridade na agenda política, que os Direitos Humanos sejam respeitados e que as pessoas encarregadas de tomar decisões e aquelas encarregadas de executá-las assumam seus compromissos.

O Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) está comprometido em continuar colaborando com os países e com as redes, grupos e organizações de base comunitária que atuam em seus territórios, enquanto também busca evidências capazes de gerar informações de qualidade que possam ser usadas nas tomadas de decisão e melhorem o formato de políticas públicas em todos os países.

Do ponto de vista quantitativo, segundo dados do próprio Ministério da Saúde, em 1987, os casos notificados no Brasil chegaram a 2.775. Já em 1988, os casos somaram 4.535. Em 1989, o Brasil registrou 6.295 casos de AIDS. Dessa forma, vimos que o HIV/AIDS se espalhou rapidamente pelo país, enquanto as instituições competentes estavam buscando maneiras para controlá-lo e formas de tratá-lo.

Ainda com relação aos dados epidemiológicos, dez anos depois da AIDS ser identificada, a Organização Mundial de Saúde (OMS) anunciou que 10 milhões de pessoas estavam infectadas com o HIV pelo mundo. Para Parker; Terto Jr. (1998, p. 06), tornou-se urgente o levantamento de dados empíricos, principalmente por meio das pesquisas realizadas no âmbito da epidemiologia e da pesquisa comportamental, que pudessem estimular ações urgentes para auxiliar no controle da epidemia.

Conforme os anos foram passando e os estudiosos, cientistas e médicos foram estudando, os governos foram desenvolvendo maneiras de tratamento do HIV. No Brasil, não foi diferente. Ao longo das décadas, podemos observar diversas formas de avanços.

De acordo com Passarelli (2003, p. 40-41), na década de 1990, a Organização das Nações Unidas (ONU) realizou o chamado Ciclo de Conferências abordando as prementes questões sociais, como estratégia de

equilibrar, neutralizar e buscar caminhos para a manutenção e conquista de direitos. Tanto as Plataformas de Ação de Cairo quanto a de Beijing colocaram a questão da epidemia de AIDS como sendo importante e que deve ser enfrentada. Nesta década, cresce, ainda, o movimento mundial da luta contra a epidemia de AIDS, construindo também sua plataforma de luta nas várias conferências temáticas internacionais.

Em 1993, foi dado início à notificação da AIDS no Sistema Nacional de Notificação de Doenças (SINAN). Entre 1980 e 1999, o Ministério da Saúde, por meio de seu Boletim Epidemiológico, notificou 155.590 casos de AIDS, dos quais 67.267 (43,23%) se referem a pessoas entre 25 e 34 anos como a faixa etária mais atingida.

Nos anos 2000, no Brasil, aumentou a incidência da doença em mulheres. Dados de 2001: em duas décadas (1980 - 2001), o total de casos de AIDS acumulados era de 220.000. Aconteceram pelo mundo conferências, encontros e eventos para discussão e socialização de pesquisas e avanços no que se refere ao tratamento do HIV/AIDS.

Em 2005, até junho, foram 371.827 registros de AIDS no Brasil. Em 2006, o país reduziu em mais de 50% o número de casos de transmissão vertical (quando o HIV é passado da mãe para o filho, durante a gestação, o parto ou a amamentação). Em 2007, aumentou o tempo e a qualidade de vida das pessoas com AIDS no Brasil. Isso se deve pelo fato de programas e campanhas terem sido aprimorados pelo governo brasileiro.

Contudo, ainda não temos motivos para comemorações, pois, como constam em documento produzido por participantes da ABIA (2016, p. 23), apesar da existência de uma profilaxia efetiva disponível na rede pública há mais de 15 anos, até hoje, há cerca de 400 casos de transmissão vertical por ano, com uma taxa de incidência de AIDS em menores de 5 anos equivalente a 3,6 por 100 mil habitantes

Até 2010, desde o início da epidemia, foram notificados 592.914 casos de AIDS no país. Em junho de 2012, o Ministério da Saúde divulgou relatório que mostra que o número de pessoas que desenvolveram a AIDS no Brasil é de 656.701. Segundo dados do Ministério da Saúde, importantes mudanças no perfil epidemiológico brasileiro em HIV foram ocorrendo. Nesse contexto, Passarelli (2003, p. 64) defende o entendimento da complexidade da epidemia de HIV, principalmente no que se refere a questão da sexualidade.

Company et al. (2021, p. 376) explicitam as tendências recentes apresentadas pela epidemia do HIV no Brasil – heterossexualização, feminização, juvenilização, pauperização e interiorização (em relação às regiões brasileiras). Essas tendências se articulam com questões de classe, gênero e raça, se conectando com a complexificação da questão social no Brasil.

Dessa forma, a epidemia, além de mudar seu padrão de progressão, torna-se ainda mais complexa, pois não é homogênea e nem concentrada, como afirmam alguns. Logo, houve expansão com o aumento do número de infectados, ao longo dos anos. Tal fato demonstra a propagação dos casos e falta de controle epidemiológico.

Como dados históricos do perfil epidemiológico, temos:

- Em sua primeira fase, de 1980 a 1986, o HIV/AIDS caracterizava-se pela transmissão homo/ bissexual masculino, de escolaridade elevada.
- Em seguida, de 1987 a 1991, caracterizava-se pela transmissão sanguínea e pela participação de usuários de drogas injetáveis (UDI), dando início nessa fase a um processo mais ou menos simultâneo de pauperização e interiorização da epidemia.
- De 1992 até os dias atuais, um grande aumento de casos por exposição heterossexual vem sendo observado, assumindo cada vez maior importância o número de casos em mulheres (feminização da epidemia).
- Atualmente, a principal via de transmissão em crescimento é a heterossexual (em 1991, 15,7%; em 1997, já se atingiu 36,3%; em 2003, 58,3%, mantendo-se essa tendência até os dias atuais).

Monteiro (2002, p. 21-22) salienta que o perfil da epidemia de AIDS no país tem mudado. Segundo as análises epidemiológicas:

Foram identificadas quatro alterações principais, caracterizadas por: diminuição da taxa de mortes e aumento do tempo e da qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/AIDS; 59% dos municípios brasileiros têm, pelo menos, um caso notificado; crescimento de casos entre a população heterossexual, que se reflete no aumento progressivo de casos de AIDS em mulheres; significativo aumento de casos entre pessoas com baixa escolaridade. Até 1985, 76% dos casos eram de pessoas com nível superior ou 2º grau; em 1999/2000, entre os casos com escolaridade reconhecida, 74% dos casos eram de indivíduos analfabetos ou com até oito anos de estudo; somente 26% tinham mais de 11 anos de estudo ou nível superior.

A faixa etária de 20 a 39 anos continua sendo a mais atingida, totalizando 70,1% dos casos. Devido ao longo período de incubação do vírus, que pode durar em torno de 8 a 10 anos, conclui-se que uma parcela significativa da contaminação

ocorre na juventude (MONTEIRO 2002, p. 21-22). Considerando a escolaridade como indicador de estratificação social, tais dados sugerem o fenômeno da pauperização da epidemia, isto é, o número de casos cresce entre os segmentos mais empobrecidos da sociedade.

Acerca da pauperização da classe trabalhadora, sabemos que A Lei Geral da Acumulação Capitalista, apresentada por Marx no capítulo XXIII O Capital – Livro 1, é utilizada amplamente nos estudos sobre pobreza a partir de uma perspectiva marxista, ganhando destaque a dinâmica que produz e reproduz população excedente e, conseqüentemente, pauperização. Um dos fatos que expressam o caráter antagônico da produção capitalista é que a acumulação de capital determina, necessariamente, a criação de uma população supérflua às suas necessidades médias de acumulação e gera diferentes processos de pauperização da classe trabalhadora (pauperização relativa e absoluta) (ESCURRA, 2019).

Nesse debate, Netto; Braz (2007, p. 135) comentam que:

A acumulação capitalista não impacta o proletariado tão somente com o desemprego. Os trabalhadores experimentam, no curso do desenvolvimento capitalista, processos de pauperização que decorrem necessariamente da essência exploradora da ordem do capital. A pauperização pode ser absoluta ou relativa. A pauperização absoluta registra-se quando as condições de vida e trabalho dos proletários experimentam uma degradação geral: queda do salário real, intensificação do ritmo de trabalho, aumento do desemprego. A pauperização relativa é distinta: pode ocorrer mesmo quando as condições de vida dos trabalhadores melhoram, com padrões de alimentação e moradia mais elevados; ela se caracteriza pela redução da parte que lhes cabe do total dos valores criados, enquanto cresce a parte apropriada pelos capitalistas.

Nos dias de hoje, a pauperização absoluta pode ser observada com base no alto índice de desemprego e de informalização do trabalho que atinge a classe trabalhadora. Assim, a pauperização absoluta não atinge apenas os trabalhadores assalariados, mas também os trabalhadores informais ou desempregados.

A essência do pauperismo encontra-se no âmbito dos pressupostos antagônicos da sociedade capitalista e “a base de sua gênese é essencialmente econômica”. Logo, as raízes da chamada questão social estão imbricadas à exploração do capital sobre o trabalho e da luta da classe operária contra essa exploração.

Deste modo, a lei geral absoluta da acumulação capitalista, pode ser descrita nas seguintes palavras:

Quanto maiores a riqueza social, o capital em função, a dimensão e energia de seu crescimento e, conseqüentemente, a magnitude absoluta do proletariado e da força produtiva de seu trabalho, tanto maior o exército industrial de reserva. A força de trabalho disponível é ampliada pelas mesmas causas que aumentam a força expansiva do capital. A magnitude relativa do exército industrial de reserva cresce, portanto, com a potência da riqueza, mas, quanto maior esse exército de reserva em relação ao exército ativo, tanto maior a massa da superpopulação consolidada, cuja miséria está na razão inversa do suplício de seu trabalho. E, ainda, quanto maiores essa camada de lázaros da classe trabalhadora e o exército industrial de reserva, tanto maior, usando-se a terminologia oficial, o pauperismo (MARX, 1974, p. 747).

Dito isso, ainda debatendo sobre o perfil epidemiológico de AIDS, duas décadas após o surgimento da epidemia, homens heterossexuais, mulheres e crianças de todas as classes sociais foram também infectados, o que definiu novas categorias de transmissão, a heterossexual e a vertical (quando a gestante infecta o bebê) e modificou o conceito de grupo de risco para o de comportamento de risco. Além disso, a partir do início dos anos 1990, os casos de AIDS cresceram entre a população mais pobre, sendo esta, hoje, a mais afetada (BRASIL, 2010, p. 157).

Segundo Monteiro (2002, p.7), a epidemia de HIV/AIDS está hoje vinculada à pobreza. Uma análise do Banco Mundial envolvendo 72 países evidencia que, em níveis nacionais, tanto a renda per capita baixa como a desigualdade na sua distribuição estão associadas a taxas mais altas de infecção pelo HIV/AIDS.

Taquette (2009, p. 32) defende que, com relação à pauperização, encontra-se bem documentado que a epidemia se disseminou entre os moradores de comunidades mais pobres, especialmente entre as mulheres, entre os de menor educação formal e entre aqueles inseridos em ocupações mal remuneradas ou excluídos do mercado de trabalho formal. Ou seja, seguindo uma tendência de outros agravos – como outras doenças infecciosas, mortes violentas, doenças cardíacas, neoplasias etc. –, a epidemia progressivamente passou a refletir os padrões de desigualdade predominantes no país.

Logo, a presença de outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e a capacidade de tratamento e apoio para prolongar a vida das pessoas que vivem com HIV são afetadas pelo contexto de dificuldade de acesso a serviço de saúde e a insumos em saúde, dificuldade de acessar informação de qualidade, a vivência de fraca cobertura e de deficiente assistência sanitária, em parte associado a locais com poucos serviços de qualidade.

Desse modo, Passarelli (2003, p. 158) defende que as intervenções que visam à mudança de comportamento com mensagens sobre uso do preservativo,

procura dos serviços de testagem e tratamento das ISTs, entre outras, devem estar relacionadas a outras intervenções de melhoria de vida das populações ligadas a serviços básicos, como saúde, educação, moradia e segurança alimentar. Além disso, deve haver testagem (com trabalho de educação e prevenção), monitoramento e controle da epidemia, com investimento financeiro.

Nesse contexto, Taquette (2009, p. 123-124) nos informa que:

Há uma tendência empírica de correlacionar AIDS e pobreza. A epidemia dessa doença se caracteriza por um sinergismo epidemiológico ou sindemia, no qual diferentes fatores e/ou a co-ocorrência de epidemias convergem para a formação de um ambiente social desfavorável, que, por sua vez, gera a vulnerabilidade ao HIV. No Brasil, a epidemia da AIDS se fixou majoritariamente nos grupos desfavorecidos da população, entre os moradores de comunidades mais pobres, especialmente entre as mulheres. Isso é descrito pela literatura médica como “pauperização e feminização”.

Assim, nos últimos anos, a epidemia da AIDS tem sido associada à pobreza, à violência e ao sexo feminino (desde quando a epidemia passou a ser heterossexualizada). O avanço da epidemia na população feminina vem acompanhado da violência de gênero; conseqüentemente, a violência contra a mulher num contexto de vulnerabilização às ISTs/AIDS contribui com a feminização da epidemia. Há também o aspecto da educação sexual ser diferente entre homens e mulheres, infelizmente.

No ano de 2006, foi estabelecida uma política intersetorial, que envolveu o Ministério da Saúde e a Secretaria Especial de Políticas para Mulheres, da Presidência da República. Essa política se direciona à operacionalização de ações estratégicas que priorizam a redução dos riscos do contágio pelo HIV e buscam incidir no complexo processo que dá expressão à feminização da epidemia de AIDS no Brasil (TAQUETTE, 2009, p. 235-236).

Nessa perspectiva, vale destacar a elaboração do Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Epidemia de AIDS e outras ISTs²² (2007) como estratégia de atuação para o combate do aumento dos casos de HIV em mulheres. Se apresentando como uma proposta de ação intersetorial, pautada pelo conceito de vulnerabilidade - articulação entre fatores individuais, estruturais e institucionais na determinação da suscetibilidade a um agravo específico.

Assim, diante dessa epidemia que provocou profundas alterações, avanços significativos aconteceram (principalmente em relação à política de HIV/AIDS,

²² Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/plano_integrado_enfrentamento_feminizacao_aids_dst.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2022.

como terapia antirretroviral, exames mais eficazes, maior acesso aos insumos de prevenção de IST). Além do mais, ações foram implantadas, respostas foram surgindo, mitos foram sendo desbancados (como por exemplo, só pessoas que faziam parte do “grupo de risco” que poderiam ser infectadas pelo HIV/AIDS, como os homossexuais, as profissionais do sexo e os usuários de drogas injetáveis) e foram acumuladas experiências, reflexões, novas tecnologias de prevenção e assistência e de defesa dos Direitos Humanos. Dessa forma, vemos a importância da ciência na desconstrução dos mitos.

A infecção pelo HIV/AIDS tem sido considerada de caráter crônico, evolutivo e potencialmente controlável, desde o surgimento da terapia antirretroviral (TARV) combinada e da disponibilização de marcadores biológicos, como CD4 e carga viral, para o monitoramento de sua progressão. Tais avanços tecnológicos contribuíram de forma bastante positiva para vida das pessoas que vivem e convivem com HIV/AIDS.

Aliada aos confusos sentimentos – muitos deles provocados pela discriminação e preconceito –, uma série de reações psicossociais também se manifestam, tais como: ansiedade e medo, perda da esperança, fatalismo, negação, sensação de falta de controle ou tentativa de racionalizar o controle das variáveis referentes ao tratamento, falta de desejo sexual/libido, tristeza, depressão.

Kahhale et al. (2010) justificam que a existência de tais questões faz com que muitas pessoas afetadas pela AIDS caminhem solitária e silenciosamente, limitadas em suas possibilidades de direitos e de acesso aos meios de proteção, promoção e assistência. Tal fato obriga-as, muitas vezes, a esconder sua condição sorológica pelo medo de se expor e de padecer de preconceito ou discriminação.

Nesse sentido, a AIDS acaba sendo representada com um núcleo central ou profundo de “uma doença que leva a morte”, sendo esta considerada “definitiva”, “fim de vida”, ou como “pequenas mortes”, pela experiência social de perdas de sentido e perspectivas de vida, rupturas familiares, afastamento do convívio social, entre outros (BRASIL, 2010, p. 160).

Dessa forma, Taquette (2009, p. 236-237) afirma que:

Embora tenhamos atravessado três décadas de convívio com a epidemia de AIDS, ainda se torna relevante ressaltar a necessidade de focalizar os processos sociais de estigmatização e discriminação como fontes fundamentais para a estruturação de respostas consistentes à disseminação do HIV/AIDS. Estudos realizados com

diferentes grupos populacionais – tais como gays e outros homens que fazem sexo com homens e profissionais do sexo – vêm demonstrando a forte incidência do estigma e da discriminação no comportamento e na atitude com relação aos cuidados com a saúde e, em especial, na prevenção das ISTs e do HIV/AIDS.

Infelizmente, a vivência de experiências, no que se refere ao estigma e a discriminação, é muito recorrente nas pessoas que vivem com HIV/AIDS. O estigma e a discriminação associados ao HIV/AIDS podem reduzir ou dificultar a procura pela realização do teste, devido ao receio do resultado, bem como a busca de tratamento adequado nos serviços de saúde. Muitas das consequências perversas da estigmatização de pessoas e/ou grupos específicos envolvem a discriminação nos espaços, gerando hostilidade, segregação, exclusão e/ou autoexclusão daqueles que têm sua condição sorológica revelada.

Monteiro e Villela (2013, p. 31) chamam a atenção para as tentativas de repensar o estigma, o preconceito e a discriminação em termos de uma relação mais ampla entre os processos culturais e as estruturas de poder. Compreendem que as possibilidades de resistência podem nos conduzir a uma análise mais fundamentalmente social e política desses processos.

Nesse sentido, o levantamento do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS)²³, realizado em 2019, traz um retrato importante e preocupante das situações de discriminações cotidianas a que estão expostas as pessoas que vivem com HIV/AIDS no Brasil. A pesquisa aponta que 64,1% das pessoas entrevistadas já sofreram alguma forma de discriminação por viverem com HIV/AIDS. Os comentários discriminatórios ou especulativos já afetaram 46,3% delas, enquanto 41% do grupo diz ter sido alvo de comentários feitos por membros da própria família.

Essa pesquisa ainda revelou que muitas dessas pessoas já passaram por outras situações de discriminação, incluindo assédio verbal (25,3%), perda de fonte de renda ou emprego (19,6%) e, até mesmo, agressões físicas (6,0%) por viverem com o vírus. O estudo ouviu cerca de 100 mil pessoas em mais de 100 países. No Brasil, foi realizado em 7 capitais escutando, aproximadamente, 1,8 mil pessoas. "Ainda hoje, quase 20% das pessoas que vivem com HIV ou que vivem com AIDS não conseguem revelar a parceiros fixos a sua condição por medo do estigma e da discriminação", aponta o relatório.

²³ Disponível em: <<https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/12/10/mais-da-metade-das-pessoas-que-vivem-com-hiv-ja-sofreram-um-tipo-de-discriminacao-aponta-pesquisa.ghtml>>. Acesso em: 02 mar. 2020.

É importante lembrar que o Brasil conta com a lei 12.984/2014²⁴, que protege as pessoas que vivem com o vírus de sofrerem discriminações. A lei ainda garante que elas não podem ser demitidas por sua condição sorológica, nem de terem um emprego negado e, ainda, que a sua sorologia não seja divulgada sem a sua permissão.

Leite; Terto Jr.; Parker (2020, p. 43) alegam que muito se discute sobre avanços das tecnologias; novas formas de testagem, que se encontram, inclusive, disponíveis também em farmácias; e a Profilaxia Pré-exposição (PREP)²⁵ como nova tecnologia que surge para compor todas essas opções de prevenção combinada. Contudo, não vemos os mesmos avanços no campo dos Direitos Humanos e do enfrentamento ao estigma e à discriminação relacionados ao HIV/AIDS.

Logo, mesmo com todos os avanços tecnológicos e científicos, para muitas pessoas ainda é bastante difícil viver com o vírus. Essa dificuldade ocorre pelas diversas formas de estigma e discriminação, levando a consequências como assédio moral, exclusão social, agressão física e perda do emprego.

Nesse sentido, questionamos acerca da base da discriminação, pois, em mais de quarenta anos de resposta à epidemia, seria de se esperar que houvesse muito conhecimento acumulado. Porém, sabemos que um dos fatores que contribuem para a discriminação é justamente a falta de conhecimento.

É sabidamente reconhecido que o combate ao preconceito, ao estigma e à discriminação, ao longo da história da AIDS, em nosso país e no mundo, é importante para o tratamento do HIV/AIDS. Logo, essa situação deve ser, sobretudo, enfrentada no tratamento, principalmente entendendo e respeitando a legitimidade das reações subjetivas dos usuários frente ao diagnóstico de HIV/AIDS positivo, de modo a apreender suas queixas como componentes da complexidade humana.

Um relatório do Programa das Nações Unidas sobre a AIDS (UNAIDS) (2017) mostra como o estigma e a discriminação criam barreiras no acesso aos serviços de prevenção, testagem e tratamento do HIV/AIDS, assim como colocam vidas em risco. O relatório mostra que as pessoas vivendo com a doença que experienciam altos níveis de estigma relacionado ao HIV/AIDS têm mais de o dobro de chances de adiar sua vinculação a serviços de saúde do que as pessoas

²⁴ Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l12984.htm>. Acesso em: 15 ago. 2022.

²⁵ Abordaremos sobre a PREP na página 51.

que não percebem o estigma relacionado ao HIV (LEITE; TERTO JR.; PARKER, 2020, p. 44).

Assim, é importante ressaltar as contribuições advindas dos estudos que vêm sendo realizados sobre comportamento sexual das pessoas. Segundo Taquette (2009, p. 236-237), o objetivo de grande parte deles é ampliar e aprofundar a análise sobre a sexualidade humana e sobre a complexidade das diversas expressões sexuais.

Com isso, a via sexual constitui-se na maior responsável pela proliferação do HIV/AIDS. Sendo assim, traz o peso de se relacionar mais com as questões sobre estigmas e preconceitos no que diz respeito à infecção pelo vírus.

A transmissão vertical (quando a gestante infecta o bebê) está num índice nacional bastante reduzido. O contágio resultante pelo compartilhamento de seringa por meio do uso de drogas injetáveis também caiu, porque, atualmente, diminuiu muito o consumo dessa modalidade de drogas. Por fim, hoje em dia, é rara a infecção por HIV/AIDS ser transmitida por transfusões de sangue, visto que a amostra de sangue é submetida à triagem cuidadosa para detectar HIV/AIDS e outros vírus transmitidos pelo sangue.

Passarelli (2003, p. 260) ainda pontua quanto à orfandade em função da morte dos pais em decorrência da AIDS, que é um dos grandes impactos que podemos considerar, pois encontramos cerca de 30 mil órfãos, aproximadamente, no país. Também podemos falar de um impacto no âmbito da previdência social. Com isso, considerando que a doença gerou a saída de muitos indivíduos do mercado de trabalho, há uma estimativa de que 9,1 mil pacientes recebam benefícios da previdência, sejam esses benefícios permanentes (aposentadoria), sejam temporários.

Sem sombra de dúvidas, embora não seja suficiente, a qualidade da assistência prestada nos serviços de saúde e o diagnóstico ágil são as principais estratégias para a redução da mortalidade e morbidade da AIDS. Considerando a importância da prevenção no contexto do HIV/AIDS, mesmo com o tratamento simplificado, é necessária a ampliação da informação para superar o preconceito. Assim, tem-se as residuais campanhas de prevenção.

Em alguns momentos do ano, o Ministério da Saúde lança campanhas acerca do HIV/AIDS, enfatizando a importância da prevenção e apresentando dados epidemiológicos. No final de 2019, houve o lançamento da campanha que celebrou as conquistas dos 31 anos do Dia Mundial de enfrentamento ao HIV/AIDS, com o slogan “HIV/AIDS. Se a dúvida acaba, a vida continua”, a ação

objetivava mudar, na população jovem brasileira, a atitude e a percepção da importância da prevenção, teste e tratamento.

Já em 2020, durante o período do Carnaval, o governo federal lançou a campanha “Usar camisinha é uma responsa de todos”, em que o foco também foi o público jovem, de 15 a 29 anos e teve como objetivo incentivar o uso de preservativos para evitar transmissão de doenças ligadas ao sexo. Vale salientar que todo o tratamento contra HIV/AIDS é oferecido pelo SUS. O Ministério da Saúde, portanto, prevê a distribuição de preservativos e a finalização da entrega de testes rápidos de HIV para diagnóstico de pessoas infectadas.

Nesse debate, Passarelli (2004, p. 22) informa que, dentro do próprio setor de saúde, ainda persiste uma tradição do Ministério da Saúde em realizar campanhas verticais. Essas são verticais em dois sentidos: primeiro, porque vem de cima para baixo, isto é, algo que o Ministério da Saúde decide e implanta verticalmente em todo o território nacional; segundo, porque não trabalham com um conjunto de situações de necessidade de uma população, mas elegem temas específicos e a eles se endereçam

Ainda em relação a essas campanhas, observa-se que, infelizmente, têm sido centradas apenas em datas como o Carnaval e no Dia Mundial de enfrentamento ao HIV/AIDS (01/12). Além disso, trazem mensagens genéricas e sem foco definido, indo contra a um princípio da comunicação: querer falar com todo mundo ao mesmo tempo e não falar, de verdade, com ninguém. Por fim, as pessoas não fazem sexo só no Carnaval, e a conscientização em relação ao HIV não deveria acontecer apenas no Dia Mundial de enfrentamento ao HIV/AIDS.

Outra constatação é o foco em apenas uma faixa etária, o grupo dos jovens. Não é apenas esse grupo que precisa de atividades preventivas, de orientação e de foco nas campanhas. Todas as faixas etárias se relacionam sexualmente e precisam de orientações, bem como atualizações em saúde quanto à prevenção de HIV/AIDS e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs).

Ainda como atividade referente às campanhas de prevenção, em 2020, houve um projeto divulgado pelo Ministério da saúde que foi amplamente criticado por trazer pessoas reagindo com nojo a fotos de sintomas de ISTs. Essa é uma abordagem considerada ultrapassada, negativa, que reforça práticas de discriminação, pois nem sempre as doenças têm sintomas visíveis. Diaz (2012, p. 78-79) informa que, ao longo dos anos, o tema da prevenção da transmissão das infecções pelo HIV/AIDS tem sido muito controverso e complexo. Não se pode negligenciar que esse vírus continua sendo transmitido em larga escala, não tem

cura e pode levar à morte.

Com isso, a possível reemergência da AIDS torna-se ainda mais preocupante diante do fato de a sociedade brasileira ter freado seu envolvimento na resposta à epidemia nos últimos anos, o que foi marcado pela redução das ações preventivas em HIV (ABIA, 2016, p. 23).

Porém, há que se concordar que os preservativos diminuem enormemente a chance de transmissão do HIV/AIDS. Nesse viés, as intervenções biomédicas para prevenção da transmissão estão surgindo. A adesão das pessoas a algumas medidas é um comportamento que se relaciona, provavelmente, a uma atitude de vida.

Em relação à prevenção, como nos dizem Leite; Terto Jr.; Parker (2020, p. 17), é importante reconhecer a prevenção como um direito, estabelecido no âmbito dos Direitos Humanos, dos direitos de cidadania e da democracia conquistados nas últimas décadas, e pelos quais é preciso lutar para que permaneçam e se consolidem. Salientamos que a perspectiva da prevenção como um direito precisa se construir em articulação com o SUS.

Nesse contexto, é fundamental que se reflita, na construção de um campo de prevenção, acerca de como são consideradas as populações estratégicas (profissionais do sexo, gays e homens que fazem sexo com homens, pessoas transexuais, pessoas privadas de liberdade, pessoas que usam álcool e outras drogas) e as populações prioritárias (jovens, indígenas, população negra, pessoas em situação de rua) no âmbito das transversalidades de cada uma destas categorias populacionais reconhecidas a partir dos dados epidemiológicos. Perspectivas sociais e culturais sobre os grupos populacionais também devem ser consideradas na construção de intervenções efetivas. Dessa maneira, é preciso construir uma abordagem sociopolítica da prevenção, que remeta à noção de vulnerabilidade estrutural como determinante para a maior ou menor exposição ao HIV/AIDS (*Ibidem*, p. 19).

Dito isso, sabe-se que, para qualquer doença existente, nenhum método preventivo é 100% eficaz, nem mesmo as vacinas. É importante lembrar que, por melhor que seja uma estratégia de prevenção, dificilmente terá um alcance de 100%. Assim, surge o que chamamos de prevenção combinada do HIV/AIDS (articulando biomedicalização²⁶, comportamento e estrutura social), que são estratégias diferentes e que podem ser utilizadas em conjunto, para que seja

²⁶ Biomedicalização como práticas e eventos que apontam para as transformações que os recursos tecnocientíficos operam sobre os próprios fenômenos médicos (Parker, 2020).

possível reduzir ao máximo o risco de o indivíduo adquirir a infecção pelo HIV/AIDS.

O debate sobre a prevenção combinada teve início em 2013, a partir da atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos (BRASIL, 2013), que modificou o critério para início da terapia antirretroviral (TARV) independentemente da quantidade das células de defesa CD4, de modo a fortalecer o paradigma do tratamento como prevenção. A ação do Ministério da Saúde se construiu em consonância com os documentos internacionais na área.

Desse modo, a biomedicalização da AIDS tem implicado numa reestruturação. Logo, as mudanças nas diretrizes e nos discursos sobre prevenção do HIV/AIDS têm impactado na reorganização das práticas institucionais, dos serviços de saúde, nas formas de destinação de recursos e de cuidados de si no que se refere à saúde e à sexualidade.

A prevenção combinada surgiu no final dos anos 2010. São consideradas novas estratégias biomédicas de prevenção aquelas em que são defendidas formas de sexo mais seguro. Logo, têm-se, nessa década, o incentivo em pesquisas, tecnologias, operações biomédicas eficazes, bem como a indústria farmacêutica.

O indivíduo não deve aderir a todas as estratégias, ele irá escolher (ou acessar) aquilo que melhor lhe convém (ou for oferecido). O ideal é que ele não se concentre apenas em um tipo de estratégia, mas, em mais de um. E isso é muito importante porque, quanto maior o arsenal que temos de estratégias, melhores ficam as possibilidades de escolha com êxito.

Assim, no âmbito da prevenção combinada como política brasileira, há uma série de estratégias que podem ser acionadas e levam-nos a defender que seja priorizado o acesso (aos insumos e tecnologias novas e antigas). O direito à prevenção deve estar articulado e sintonizado com os processos de escolha de cada um em suas relações diversas e plurais (LEITE; TERTO JR.; PARKER, 2020, p. 17). Nesse sentido, defendemos que é preciso criar uma cultura de solidariedade e prevenção que possibilite reflexões e construções coletivas de práticas seguras, a partir do trabalho acerca das vivências sexuais e suas formas de prevenção de infecções, principalmente nas escolas e em outros espaços oportunos.

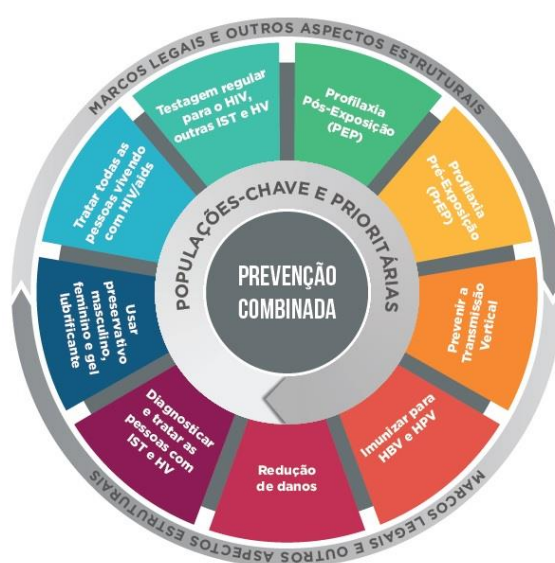


Figura 1- Mandala da prevenção combinada.

Fonte: Departamento de doenças e condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis. Ministério da Saúde, 2021.

Houve o desenvolvimento de novas tecnologias para prevenção biomédica, quais sejam: testagem regularmente para o HIV e também para as outras infecções sexualmente transmissíveis e hepatites virais; a Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP²⁷); a Profilaxia Pré-exposição (PREP²⁸); a prevenção de transmissão vertical (quando a gestante infecta o bebê); a imunização contra algumas doenças sexualmente transmissíveis (como hepatite B e o HPV); a redução de danos (principalmente no que se refere aos usuários de drogas); o diagnóstico ágil e o tratamento das pessoas com infecções sexualmente transmissíveis e hepatites virais; usar preservativo e gel lubrificante; e tratar todas as pessoas vivendo com HIV/AIDS (quem está com carga viral indetectável não transmite o vírus, logo, é uma estratégia de prevenção).

É importante a acessibilidade à testagem, que atualmente é realizada nas clínicas da família, nos centros de testagem e aconselhamento (CTA), e a

²⁷ Segundo o Ministério da Saúde (2021), a Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP) é uma medida de prevenção de urgência para ser utilizada em situação de risco à infecção pelo HIV. Consiste no uso de medicamentos para reduzir o risco de adquirir essas infecções. Deve ser utilizada após qualquer situação em que exista o risco de contágio. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/pt-br/pep-profilaxia-pos-exposicao-ao-hiv-0#:~:text=PEP%20\(Profilaxia%20P%C3%B3s%20Exposi%C3%A7%C3%A3o%20de%20Risco\)&text=Consiste%20no%20uso%20de%20medicamentos,ou%20com%20seu%20rompimento\)%3B](http://www.aids.gov.br/pt-br/pep-profilaxia-pos-exposicao-ao-hiv-0#:~:text=PEP%20(Profilaxia%20P%C3%B3s%20Exposi%C3%A7%C3%A3o%20de%20Risco)&text=Consiste%20no%20uso%20de%20medicamentos,ou%20com%20seu%20rompimento)%3B)>. Acesso em: 15 ago. 2022.

²⁸ De acordo com o Ministério da saúde (2021), a Profilaxia Pré-Exposição (PERP) ao HIV é um novo método de prevenção à infecção pelo HIV. Consiste na tomada diária de um comprimido que permite ao organismo estar preparado para enfrentar um possível contato com o HIV, ou seja, o indivíduo se prepara antes de ter uma relação sexual de risco para o HIV/AIDS. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/prevencao-combinada/profilaxia-pre-exposicao-prep#:~:text=O%20que%20%C3%A9%20PrEP%20HIV,de%20risco%20para%20o%20HIV>>. Acesso em: 15 ago. 2022.

autotestagem. É fundamental a inclusão do teste de HIV/AIDS nos exames de rotina. Não há grupo de risco e, sim, comportamento de risco. A AIDS é uma doença prevenível. Dessa forma, a biomedicina atuou oferecendo serviços para tratamento e prevenção.

Porém, diante dessas novas configurações de prevenção, encontramos complexidades no que diz respeito à prevenção combinada, principalmente quando se refere à oferta nos serviços de saúde. Há dificuldade em ampliar a oferta de teste (pela dinâmica de alguns serviços), PEP e PREP (sendo acessíveis em alguns municípios e tendo alguns critérios para oferta); disponibilização de preservativos, escassez de campanhas (limitadas a 1º de dezembro²⁹ e Carnaval) e materiais educativos e; ausência de ações educativas. Devemos considerar as dificuldades encontradas pelas ONGs também, estas que sempre desempenharam um papel muito importante nos serviços ofertados para a prevenção do HIV/AIDS: dificuldades de sustentabilidade, de recurso, de oferta de editais, de apoio e financiamento.

No que diz respeito ao tratamento como prevenção, estudos indicam os efeitos da adesão ao tratamento (e uso dos antirretrovirais) no aumento do tempo e da qualidade de vida da pessoa que vive com HIV/AIDS e na redução do risco de transmissão (carga viral indetectável). Em relação à PEP e PREP, estudos atestam que o uso de antirretroviral (ARV) entre pessoas não infectadas, mesmo expostas ao vírus, previne o HIV/AIDS.

Nesse sentido, o tratamento do HIV/AIDS, pela própria característica do vírus e da doença, exige uma conduta específica, tendo a necessidade de articular diversos elementos na sua abordagem, além das questões biomédicas e comportamentais. Vemos que há a associação de alta tecnologia com os insumos dispensados, sendo necessária a capacitação profissional para esse tipo de atendimento.

Para Taquette (2009, p. 244), portanto, políticas e programas que buscam focalizar a prevenção das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e do HIV/AIDS devem ser pensados na perspectiva de responder integralmente aos contextos que se colocam como obstáculos ao acesso em relação às ações educativas.

²⁹ Dezembro Vermelho é uma campanha nacional, instituída pela Lei nº 13.504/2017, que promove a prevenção, assistência, proteção e promoção dos Direitos Humanos das pessoas que vivem com HIV/AIDS e outras infecções sexualmente transmissíveis. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/dezembro-vermelho-o-que-voce-precisa-saber>>. Acesso em: 06 dez. 2021.

Essa diversidade no padrão de disseminação do HIV/AIDS no país é um grande desafio para a implementação de políticas de promoção, prevenção, assistência/ tratamento e proteção social que contemplem todos os grupos atingidos, pois nos deparamos com um cenário complexo e heterogêneo. Para garantir efetividade e equidade na resposta, é preciso questionar os passos, os olhares, as proposições e as ações desenvolvidas até aqui, bem como as estratégias apontadas para o futuro.

Nesse sentido, faz-se necessário um acompanhamento epidemiológico dessa doença, como tentativa de controlá-la e avançar nas abordagens realizadas no tratamento do HIV/AIDS. E sobre os retrocessos do governo atual, abordaremos essas questões no tópico 2.3. (aspectos conjunturais brasileiros no tocante à Política de HIV/AIDS).

2.2.

Dados epidemiológicos da infecção do HIV/AIDS e as Políticas Públicas voltadas à prevenção e ao tratamento no SUS

Os dados epidemiológicos são fontes importantes e oficiais para o conhecimento e a atualização quanto à epidemia do HIV/AIDS. Eles dão suporte para elaboração e implementação de políticas de prevenção e tratamento do HIV/AIDS, como também viabilizam o controle epidemiológico da epidemia. Portanto, os dados são relevantes para entender a situação da epidemia e planejar estratégias e ações.

O Boletim Epidemiológico HIV/AIDS do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais (DIAHV), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde (MS), publicado anualmente, tendo seu primeiro ano em 2004, apresenta informações e análises sobre os casos de HIV/AIDS no Brasil, por regiões, estados e capitais, de acordo com os principais indicadores epidemiológicos e operacionais estabelecidos (BRASIL, 2016).

Para o controle da epidemia, são cruciais o acesso público à saúde, que dá direito aos insumos de prevenção e ao tratamento com drogas eficientes, e as ações de equidade, que compensam desigualdades sociais e envolvem a cooperação de diferentes atores como ONGs e governos locais.

O Boletim Epidemiológico de 2021 condensou dados referentes aos casos de infecção pelo HIV notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) até 30/06/2021, com série histórica desde o ano de 2007, quando da implantação do SINAN NET. É fundamental para o acompanhamento dos dados da epidemia a fim de melhor trabalhar as questões voltadas para o HIV/AIDS, como o controle e a vigilância epidemiológica. De 2007 até jun./2021, foram notificados no SINAN 381.793 casos de infecção pelo HIV no Brasil. Com relação aos dados por região, temos a seguinte informação:

Quadro 2- Casos de HIV notificados no SINAN
(por região) (2007- jun./2021)

Região	Nº de casos
Sudeste	165.247 (43,3%)
Nordeste	75.618 (19,8%)
Sul	75.165 (19,7%)
Norte	36.218 (9,5%)
Centro-Oeste	29.545 (7,7%)
Total	381.793 (100%)

Fonte: Ministério da Saúde, 2021. Compilação dos dados feita pela autora (dados de 2021 inconclusivos).

Portanto, vemos que a epidemia de HIV/AIDS se mostra bastante complexa e configura-se como verdadeiro mosaico de subepidemias regionais. Os analistas do tema afirmam que a análise da difusão da AIDS, segundo tamanho populacional dos municípios, mostra que a epidemia teve início nos grandes centros urbanos, mas esses detêm, atualmente, o menor aumento relativo. Verificamos ainda que a dinâmica da disseminação espacial da epidemia tem sido maior, nos últimos anos, entre municípios pequenos e mais pobres, com menos de 50 mil habitantes.

No quadro 3, a seguir, podemos observar os casos de HIV entre 2015 e Jun./2021, por região, bem como os casos de HIV do Estado do Rio de Janeiro:

Quadro 3 - Casos de HIV notificados no SINAN. Brasil, 2015 - Jun./2021

Local	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Jun./2021	Total
Brasil	39.381	41.934	45.431	45.691	43.312	32.701	15.220	263.670
Norte	3.765	4.319	4.736	5.233	5.158	4.299	2.174	29.684
Nordeste	7.767	8.522	10.356	11.229	11.053	8.190	4.082	61.119
Centro-oeste	3.097	3.168	3.726	3.761	3.902	3.210	1.362	22.226
Sul	8.590	8.424	8.496	8.088	7.794	5.732	2.654	49.778
Sudeste	16.162	17.501	18.117	17.380	15.405	11.270	4.948	100.783
Rio de Janeiro	3.732	4.593	5.008	4.881	4.301	3.031	1.222	26.768

Fonte: Ministério da Saúde, 2021. Compilação dos dados feita pela autora (dados de 2021 inconclusivos).

Esses números demonstram que a propagação do HIV/AIDS ainda não está controlada em todo o Brasil e sinalizam a urgência em tomada de decisões para o enfrentamento da epidemia. Além disso, resultante das profundas desigualdades da sociedade brasileira, a propagação da infecção pelo HIV/AIDS revela epidemia de múltiplas dimensões, a qual vem sofrendo transformações epidemiológicas significativas (BRITO et al., 2001).

Em relação ao ano de 2020 e metade do ano de 2021, vale salientar que foram anos pandêmicos, devido a COVID -19 e, com isso, as testagens foram diminuídas em razão da necessidade de isolamento social. Não quer dizer que houve redução no número de casos e, sim, diminuição na quantidade de testagens de novos casos.

Assim, os dados impressionam apontando que os casos de HIV/AIDS aumentaram significativamente em poucas décadas, demonstrando que as políticas públicas voltadas para esta epidemia, incluindo a prevenção, ainda carecem de ampliação e de mais eficácia. Dessa forma, como diz Parker (2000, p. 40) “a rápida propagação da epidemia de AIDS mudou profundamente as maneiras como vivemos e entendemos o mundo”. A forma como esse enfrentamento vem ocorrendo provocará mudanças nas decisões sobre a alocação de recursos, tanto para a saúde pública quanto para as pesquisas, bem como a necessidade de melhorar o padrão de vida da população.

As informações aqui mostradas apontam o fato de que o Brasil pode estar passando por uma fase de transição, com indicadores positivos da resposta

brasileira sendo permeados por indícios de que a epidemia está reemergindo e tende a atingir patamares mais elevados do que os observados nesses últimos 30 anos. Isto acontece apesar de uma política pública que tem garantido o acesso aos antirretrovirais a todos que deles necessitam, evidenciando que a introdução de novas tecnologias medicamentosas, como o caso dos antirretrovirais, tende por si a ter um esgotamento ao longo do tempo, necessitando de outras ações para que seus efeitos sejam os mais amplos possíveis (ABIA, 2016, p. 22).

Isso se dá porque é importante que as pessoas vivenciem práticas sexuais e comportamentos relacionados à sexualidade com mais segurança. Houve a necessidade de se desenvolver práticas de prevenção também. Assim, é notória a urgência da rapidez para o enfrentamento desta questão. Nesse sentido, essa realidade torna-se desafiadora, pois as condutas políticas e econômicas na sociedade capitalista não priorizam a vida em primazia do mercado privado, instaura disputa de poder e recursos no Estado, principal gestor das políticas públicas.

Ao passo que o número de pessoas infectadas aumenta, há cortes na área da saúde e redirecionamento no tratamento de HIV/AIDS. O desfinanciamento das políticas públicas rebate no sistema financeiro do SUS, por meio de Emendas Constitucionais (EC) (como, por exemplo as EC 29/2012 e EC 95/2016, onde falaremos mais adiante) que retiram, cada vez mais, a sustentabilidade financeira do sistema público de saúde no Brasil. Além do conservadorismo sob argumento religioso que, infelizmente, nos deparamos durante o atual governo do Presidente Jair Bolsonaro.

A maioria dos novos casos de infecção no país é registrada na faixa etária de 20 a 34 anos, com 57,5% do total, formando um grupo mais vulnerável, no que diz respeito à utilização dos métodos de prevenção. Não é só falta de informação e/ou acesso, os jovens se colocam numa posição de risco, um pouco pela questão da idade e da forma como se responsabilizam com a situação.

É possível que o país esteja passando por uma mudança geracional no comportamento sexual, marcada, entre outros aspectos, por novos arranjos para encontros e relacionamentos entre parceiros e uma menor adesão às práticas preventivas do HIV/AIDS. Análises preliminares apontam que as novas gerações estão iniciando a prática sexual mais cedo, tendo um maior número de parceiros sexuais e utilizando com menor frequência o preservativo em relações não estáveis. A maior suscetibilidade das novas gerações tem sido acompanhada pela existência de uma elevada parcela de pessoas infectadas pelo HIV/AIDS que

desconhecem seu status sorológico. Em 2015, essa parcela representava 54% (425 mil) dos 781 mil brasileiros infectados pelo HIV/AIDS (ABIA, 2016, p. 21).

Houve uma alta notável também nos casos entre os idosos. Dados do Boletim Epidemiológico HIV/AIDS de 2020, divulgado pelo Ministério da Saúde, mostram que no Brasil, nos últimos dez anos, o número de pessoas da terceira idade com HIV/AIDS cresceu 103%.

Tal fato se deve a vários fatores relacionados à vida sexual da população dessa faixa etária, desde o aumento da expectativa de vida em geral, até a proliferação, nos últimos anos, do uso de medicamentos para disfunção erétil. Esses fatores fazem com que esses indivíduos se mantenham sexualmente ativos por mais tempo. Porém, como se trata de uma geração que, muitas vezes, não aderiu à cultura do uso do preservativo, a incidência do HIV/AIDS tem aumentado³⁰.

Em idosos, o HIV/AIDS pode evoluir rapidamente e acelerar complicações comuns na terceira idade, como osteoporose, hipertensão arterial e insuficiência renal. Além disso, pessoas mais velhas respondem de forma diferente ao tratamento, enquanto um jovem melhora a imunidade logo no início do tratamento antirretroviral, os idosos têm uma resposta mais lenta.

Em todo o mundo, a AIDS continua sendo a maior causa de morte para as mulheres entre 15 e 49 anos³¹. A notícia associa o alto índice de casos entre as mulheres em decorrência da alta prevalência de violência física e sexual contra elas. Em regiões com alta prevalência do vírus da AIDS, a violência de um parceiro íntimo tem levado a um aumento de até 50% no risco de mulheres contraindo o HIV. Ademais, mulheres que vivem com HIV/AIDS relatam violência de seus parceiros e familiares. Por conseguinte, esses elementos da violência são identificados como risco de vida.

A seguir, veremos o cenário epidemiológico atual no Brasil, de acordo com os dados do Boletim Epidemiológico de 2021, do Ministério da saúde.

³⁰ Disponível em: <[https://guiadafarmacia.com.br/por-que-o-hiv-cresce-entre-a-populacao -da-terceira-idade/](https://guiadafarmacia.com.br/por-que-o-hiv-cresce-entre-a-populacao-da-terceira-idade/)>. Acesso em: 02 mar. 2020.

³¹ Disponível em: <<https://exame.abril.com.br/brasil/brasil-arrisca-retrocessos-no-combate -ao-hiv-aids-onde-ja-foi-referencia/>>. Acesso em: 02 mar. 2020.

Quadro 4 - Cenário Epidemiológico – 2020

Números gerais da epidemia de HIV/AIDS no Brasil em 2020:
• Pessoas infectadas pelo HIV: 32.701;
• Prevalência da infecção pelo HIV na população entre 15 e 49 anos: 86,9%;
• Casos de HIV em homens: 24.061;
• Casos de HIV em mulheres: 8.626;
• Casos novos de AIDS: 29.917;
• Taxa de detecção de casos de AIDS: 14,1 por 100.000 habitantes;
• Número de óbitos por AIDS: 10.417 e;
• Coeficiente de mortalidade por AIDS: 4,0 por 100.000 habitantes.

Fonte: Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS, 2021.

Os casos acima são importantes na medida em que revelam a realidade atual da epidemia no Brasil. Ainda segundo dados do Boletim Epidemiológico HIV/AIDS (2021), do início da epidemia da AIDS (1980) até 2020, foram identificados 1.031.854 óbitos cuja causa básica foi a AIDS (CID10: B20 a B24³²).

Podemos perceber que, mesmo com tratamento ofertado, ainda observamos a manutenção de altas taxas de mortalidade por AIDS no país, que, de acordo com a ABIA (2016, p. 22), nos últimos 15 anos variou de forma tênue, ora para baixo, ora para cima. De acordo com os dados do Boletim Epidemiológico HIV/AIDS (2021), em 2020, essa taxa padronizada foi de 4,0 por 100 mil habitantes. Em termos absolutos, entretanto, há um número discretamente crescente de mortes, o que, de certa forma, faz aumentar o impacto social da AIDS. Em 2020, houve 10.417 mortes por AIDS no Brasil.

A distribuição proporcional dos casos de AIDS por região, identificados de 1980 até junho de 2021, mostra a seguinte informação:

Quadro 5- Casos de AIDS notificados no SINAN (por região) (1980- jun./2021)

Região	Nº de casos
Sudeste	50,6%
Sul	19,8%
Nordeste	16,4%
Norte	6,9%
Centro-Oeste	6,3%
Total	100%

Fonte: Ministério da Saúde, 2021. Compilação dos dados feita pela autora (dados de 2021 inconclusivos).

³² A Classificação Internacional de Doenças (CID) -10 é o instrumento de base epidemiológica que foi conceituado para padronizar e catalogar as doenças e problemas relacionados à saúde, tendo como referência a nomenclatura internacional de doenças, estabelecida pela organização mundial de saúde. CID 10: grupo entre B20 e B24 - doença pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV).

Dessa forma, vimos que os dados apresentados apontam a necessidade urgente de revitalizar a reação contra a AIDS. Percebemos também uma diferença regional com relação aos dados, como diriam Brito et al. (2001, p. 207) “demonstrando que a epidemia de HIV/AIDS é multifacetada, constituindo um fenômeno global, dinâmico e instável”.

Muito embora os primeiros casos identificados no Brasil tenham acontecido no eixo Rio-São Paulo e, posteriormente, foram disseminados para as demais regiões, tem-se ainda uma predominância do número de casos na região Sudeste. As transformações no perfil da AIDS no Brasil, embora com dinâmicas regionais e populacionais distintas, devem-se, sobretudo, à difusão geográfica da doença a partir dos grandes centros urbanos em direção aos municípios de médio e pequeno porte do interior do país (*ibidem*, p. 208).

No ano de 2000, Parker (p. 15) afirmava que a propagação de forma ainda descontrolada do HIV/AIDS em todo o mundo, vinha evidenciando, de maneira dolorosa, a nossa profunda ignorância a respeito da sexualidade humana. A falta de incentivos à pesquisa sobre comportamento sexual – que, conseqüentemente, leva a quase total ausência de compreensão a respeito da complexidade e diversidade da expressão sexual – tem praticamente inviabilizado uma resposta eficaz diante do avanço da AIDS. E, diante dessa informação, vemos que nos dias de hoje, ainda permanecem essas dificuldades e essa postura diante da questão da sexualidade.

A Declaração Política de 2016 da ONU sobre o fim da AIDS propõe uma agenda histórica e urgente de aceleração dos esforços para pôr fim à epidemia de AIDS até 2030. Além disso, nesse contexto de erradicação da AIDS até 2030, defende-se que seja fundamental acabar com a violência de gênero, desigualdade e insegurança.

Como já dizia Parker (2000, p. 107), sem que haja uma transformação das relações desiguais de poder de gênero que existem em toda sociedade, as mulheres do mundo inteiro continuarão a ser alvos preferenciais da infecção por HIV/AIDS, assim como serão incapazes de negociar e garantir sua própria segurança.

A ONU defende que é preciso aumentar a conscientização e mobilizar ações para promover a igualdade e o empoderamento de mulheres e meninas. Ainda segundo a ONU³³, apenas 50% dos países latino-americanos e 37% dos países

³³ Disponível em: <<https://unaids.org.br/2019/11/comunidades-fazem-a-diferenca-na-resposta-ao-hiv/>>. Acesso em: 15 ago. 2022.

caribenhos incluíram em suas estratégias nacionais intervenções para responder à violência de gênero e ao HIV/AIDS.

Aliás, desde o início da década de 1990, temos presenciado uma queda acentuada em apoio, investimento financeiro e assistência para responder ao HIV/AIDS nos setores e sociedades onde a epidemia está se espalhando com mais rapidez. Os esforços internacionais para enfrentar a epidemia se tornaram cada vez mais tímidos e burocráticos. Ou seja, está havendo uma desaceleração na resposta global à epidemia nos últimos anos (PARKER, 2000).

Nesse aspecto, o Brasil continua pioneiro no que se refere ao acesso universal. Cabe lembrar que, inicialmente, o país não tinha condições técnicas nem equipamentos para implementação de programas, realização de exames dentre outros. Iniciou sua atuação sem as condições ideais. Mesmo com dificuldades, conseguimos avançar nos serviços, distribuir medicação etc.

Em relação ao financiamento, o Programa das Nações Unidas sobre a AIDS (UNAIDS) adverte em seu relatório que os recursos para eliminar a doença estão em queda. "Pela primeira vez, desde 2000, os recursos disponíveis para a luta global contra a AIDS caíram", alertou Gunilla Carlsson, diretora interina do UNAIDS. Em 2019, dezenove bilhões de dólares foram destinados a programas de luta contra a AIDS, um bilhão a menos que em 2017 e sete bilhões a menos que o valor considerado necessário para 2020 (US\$ 26,2 bilhões)³⁴.

Certamente essa queda no financiamento relaciona-se à crise capitalista, pois, em vez de um aumento constante, o financiamento global para o HIV/AIDS está diminuindo. O compromisso político simplesmente não está sendo acompanhado pelo financiamento necessário. Sem contar que esse déficit é particularmente alarmante, porque sabemos que os investimentos na resposta à AIDS salvam vidas.

No avanço da indústria, em relação ao tratamento da AIDS, observa-se que houve um desenvolvimento global, com investimentos diversos em industrialização e tecnificação para o HIV/AIDS. No entanto, a resposta ao HIV/AIDS não pode se sustentar em ambientes onde os direitos das populações vulneráveis à epidemia não estão protegidos.

Nesse entendimento, para Taquette (2009, p. 241), é na lógica das vulnerabilidades que os processos de estigmatização e discriminação retomam

³⁴ Disponível em: <<https://g1.globo.com/bemestar/aids/noticia/2019/07/16/numero-de-mortes-associadas-a-aids-registra-queda-de-um-terco-desde-2010.ghtml>>. Acesso em: 02 mar. 2020.

sua relevância como dilemas a serem considerados na formulação de políticas de enfrentamento da infecção pelo HIV/AIDS, em termos globais.

Em relação ao termo vulnerabilidade no estudo de HIV/AIDS, Teles (2016, p. 173) nos diz que, em que pesem as diferentes ênfases nas abordagens tanto teóricas quanto práticas, o conceito de vulnerabilidade permite uma apreensão multidimensional e dinâmica dos contextos que podem suscetibilizar pessoas, grupos e populações à infecção pelo HIV/AIDS e suas consequências, como o adoecimento e morte.

Precisamos, urgentemente, de políticas públicas que atuem de forma integral (seguindo o próprio princípio do SUS), em que as pessoas, como um todo, tenham o atendimento de todas as suas necessidades.

No entanto, infelizmente, em alguns países, sobretudo africanos, ainda há muitas dificuldades encontradas para o enfrentamento do HIV/AIDS. Entre outras razões, isto se deve ao fato de as pessoas não realizarem testagem para HIV. Em muitos desses países, muitas pessoas que vivem com HIV/AIDS não têm acesso ao tratamento de qualidade e a terapia antirretroviral, já outros apresentam falhas terapêuticas, o que inviabiliza o sucesso do tratamento por meio da carga viral indetectável. Além de tudo, no mundo inteiro, ainda paira o estigma do HIV/AIDS.

Beloqui (2017, p. 22) defende que:

É claro que as metas de tratamento devem estar associadas com metas de prevenção em pessoas sem HIV/AIDS e por ações de redução do estigma e da discriminação relacionados ao HIV/AIDS e às populações vulneráveis. Com efeito, um ambiente social e legal propício e não discriminatório é condição necessária para alcançarmos o tratamento de uma alta percentagem de pessoas que vivem com HIV/AIDS e para controlarmos a epidemia de HIV/AIDS. O UNAIDS anunciou que em 2015 já temos 15 milhões de pessoas com HIV/AIDS em tratamento. Como a população mundial com HIV/AIDS estima-se em 36 milhões de pessoas, será necessário tratar adicionalmente mais de 15 milhões de pessoas.

O Programa das Nações Unidas sobre a AIDS (UNAIDS), com apoio da OMS, estabeleceu prazo até o final de 2030 para que se cumpra a meta de tratamento "90-90-90". O propósito consiste que 90% das pessoas que vivem com HIV conheçam seu diagnóstico; destes, 90% recebam tratamento e, entre elas, 90% tenham uma carga viral indetectável. Por esse raciocínio, uma tal proporção reduziria notavelmente a transmissão do HIV e resultaria numa diminuição drástica das novas infecções.

Em 2018, no Brasil, estas proporções foram, respectivamente, de 79%, 78% e 86%, com muitas diferenças regionais. Os casos de infecção por HIV cresceram

3% no Brasil desde 2010 até 2019, de acordo com novo relatório do UNAIDS. Em média, o número anual de novas infecções na América Latina se manteve estável - em 2010, foram 96 mil novos registros; em 2016, 94 mil. A maioria dos casos são na Venezuela, no Brasil e na Guatemala³⁵. Nesse mesmo estudo, vimos que as tendências variam entre os países do continente. Na Colômbia, El Salvador, Uruguai, há uma queda de mais de 20%, enquanto no Brasil e na Argentina ocorreu um crescimento de cerca de 3%.

O número de mortes relacionadas à AIDS caiu um terço (33%) em quase uma década, de acordo com um relatório da ONU. Em 2010, 1,2 milhão de pessoas morreram devido a complicações provocadas pelo HIV/AIDS. Em 2018, este número caiu para 770 mil³⁶.

Análises epidemiológicas demonstram que houve aumento no número de casos de AIDS entre os jovens. Dados de 2018 indicam que, no estado de São Paulo, a taxa de AIDS, na faixa de 15 a 19 anos, passou de 2% para 7% dos casos. Houve também um aumento dos casos entre negros, enquanto os índices caíram entre os brancos. A análise interseccional é crucial quando a desigualdade importa, como é o caso do discurso técnico-científico voltado a evitar que diferenças se tornem desigualdades³⁷.

Logo, o crescimento da AIDS entre os jovens também é reflexo de poucas ações em educação sexual (que aborde a sexualidade de uma forma ampla e sem moralismo). Há também influência de aspectos religiosos e o moralismo conservador. Com relação aos insumos preventivos (preservativos), esses são acessíveis nas unidades de saúde. Porém, como falar em prevenção, ofertar novas tecnologias sem abordar a sexualidade e as questões de gênero? Como evitar novas infecções de HIV na população LGBTQIA+ sem atuar nas especificidades deste público? Como avançar no tratamento contra a AIDS e invisibilizar o combate ao estigma e a discriminação? São verdadeiros desafios na área da sexualidade e prevenção de doenças.

Entretanto, no que se refere ao índice de transmissão vertical (quando a gestante infecta o bebê), a cidade de São Paulo não possui mais casos de transmissão vertical do HIV, ou seja, mães que vivem com o vírus não têm

³⁵ Disponível em: <<https://g1.globo.com/bemestar/aids/noticia/casos-de-infeccao-por-hiv-crescem-3-no-brasil-desde-2010-diz-unids.ghtml>>. Acesso em: 02 mar. 2020.

³⁶ Disponível em: <<https://g1.globo.com/bemestar/aids/noticia/2019/07/16/numero-de-mortes-associadas-a-aids-registra-queda-de-um-terco-desde-2010.ghtml>>. Acesso em: 02 mar. 2020.

³⁷ Disponível em: <<https://exame.abril.com.br/ciencia/aids-cresce-entre-jovens-com-cortes-na-saude-alerta-pesquisadora/>>. Acesso em: 02 mar. 2020.

infectado seus bebês. Só duas outras cidades brasileiras já tinham anulado esses casos: Curitiba e Umuarama³⁸.

No Brasil, como atualização das ações realizadas pelas políticas de intervenção, em fevereiro/2019, foi iniciado o programa piloto de distribuição gratuita de autotestes de HIV/AIDS em 14 cidades brasileiras. Com isso, tem dado continuidade a uma série de estudos brasileiros realizados nos anos anteriores, utilizando a modalidade de testagem.

Há uma estimativa de que no Brasil tenha mais de 100 mil pessoas vivendo com HIV/AIDS que ainda não sabem do seu diagnóstico. O autoteste para HIV/AIDS é uma ferramenta confiável e fácil de usar, recomendada pela OMS, que visa à ampliação da testagem em populações que não estão acessando as modalidades tradicionais de testagem³⁹. A testagem faz parte das ações de fortalecimento de todo o processo do cuidado e da promoção à saúde, sendo fundamental ampliar as opções de estratégias de testagem, como o autoteste.

Nesse mesmo estudo, identificou-se que, em abril/2019, nos Estados Unidos, a agência reguladora de medicamentos aprovou o uso de um esquema antirretroviral simplificado, com apenas duas drogas, para o tratamento da infecção por HIV/AIDS. O fato é uma revolução na história do tratamento desse vírus e representa uma melhora significativa na qualidade de vida dos pacientes.

Já em junho/2019, o Supremo Tribunal Federal decidiu que a homofobia e a transfobia devem ser consideradas crime, equiparado ao de racismo. A medida é um importante passo no controle da epidemia de HIV/AIDS, uma vez que funciona como alavanca para a redução da exclusão social a que as vítimas desses crimes são submetidas. Inclusão social e garantia dos direitos básicos de um cidadão são fundamentais para a diminuição dos desfechos negativos associados à infecção por HIV/AIDS. Ressaltamos que a população de travestis e de transexuais esteve, também, envolvida desde o início na luta pelo enfrentamento ao HIV/AIDS.

Em setembro/2019, estreou o documentário Cartas para Além dos Muros, do diretor André Canto, que conta a história da epidemia brasileira de HIV/AIDS. A obra é um verdadeiro marco no Brasil, dado que já nasce com a proposta de promover o debate aberto e sem preconceitos sobre o assunto.

³⁸ Disponível: <<https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/05/22/decreto-muda-estrutura-da-area-de-combate-a-aids-no-ministerio-da-saude.ghtml>>. Acesso em: 02 mar. 2020.

³⁹ Disponível em: <<https://ricovasconcelos.blogosfera.uol.com.br/2019/12/27/retrospectiva-do-hiv-para-tentar-acertar-mais-e-errar-menos-em-2020/>>. Acesso em: 02 mar. 2020.

Mesmo com esses avanços, do ponto de vista do financiamento, a ONU alerta que está havendo uma estagnação nos esforços mundiais para erradicar a doença, que sofre com a redução do financiamento. Assim como em outras partes do mundo, esses cortes vêm acompanhados de um movimento político articulado por discursos religiosos e anticientíficos.

Também houve o encerramento de algumas ações. Ocorreu, além disso, a diminuição do recurso financeiro para a prevenção primária. Logo, observamos que o desfinanciamento das políticas públicas tem impactado no enfrentamento ao HIV/AIDS. A partir do momento em que o desfinanciamento retira, progressivamente, recursos necessários para manutenção dos serviços, há uma queda na oferta das ações.

Portanto, é necessário que haja compromissos que mostrem que existe vontade política para responder às crises mais graves que o mundo enfrenta. Não podemos recuar no investimento da resposta à AIDS.

Para Passarelli (2003, p. 259), o grande impacto da AIDS é na expectativa de vida, mas a redução ainda assim é pequena, se considerarmos a realidade de outros países. Em 1996, estudos indicavam que havia uma redução de quatro meses da expectativa geral de vida do brasileiro em decorrência da epidemia de HIV/AIDS. Entretanto, podemos falar que há um significativo impacto, se olharmos especificamente para aquelas populações que são diretamente afetadas pela epidemia de HIV/AIDS. Tal situação leva, de fato, ao aumento da vulnerabilização social, o que pode ser verificado a partir dos níveis de desemprego entre pessoas com HIV/AIDS. A taxa de desemprego é 50% maior na população de pessoas vivendo com HIV/AIDS do que na população em geral.

Em relação ao tratamento global, houve um avanço no acesso (tanto a maior acessibilidade às consultas e aos exames quanto os medicamentos). O número de mortes em 2019 foi um pouco inferior ao registrado em 2017 (800 mil) e um terço menor que o balanço de 2010 (1,2 milhão). Ademais, está muito abaixo da mortandade de 2004, quando o vírus da AIDS matou 1,7 milhão de pessoas. As cifras globais escondem, no entanto, grandes diferenças regionais, assim destaca a UNAIDS, a qual adverte que a luta contra a doença não avança a um ritmo suficiente⁴⁰.

O programa da ONU afirma que o cenário envolve todas as fontes de financiamento: contribuições internacionais dos Estados, investimentos dos

⁴⁰ Disponível em: <<https://g1.globo.com/bemestar/aids/noticia/2019/07/16/numero-de-mortes-associadas-a-aids-registra-queda-de-um-terco-desde-2010.ghtml>>. Acesso em: 02 mar. 2020.

países ou doações privadas com fins filantrópicos. É importante que as políticas públicas para o HIV/AIDS tenham ações voltadas à prevenção, pois não tem cura. O fato é que o tratamento não se restringe à medicação, uma vez que é necessário que sejam feitos exames complementares, consultas regulares, atividades relacionadas à educação em saúde, participação de campanhas, acesso a tecnologias em saúde para prevenção de doenças, dentre outros.

Além disso, ao se refletir sobre as questões que estão envolvidas na prevenção da AIDS, não resta dúvida de que o importante não é apenas descobrir a frequência de um dado comportamento. Os significados subjetivos (psicológicos) e intersubjetivos (sociais e culturais) a ele associados podem ser muito mais relevantes (PARKER, 2000, p. 21).

Dessa forma, Passarelli et al. (2003, p. 40) informam que utilizar a interseccionalidade e reconhecer o tripé de exploração/opressão de raça, classe e gênero, é importantíssimo para trilharmos caminhos mais proveitosos na AIDS com as juventudes. Utiliza-se da interseccionalidade como um instrumento em busca da liberdade e da emancipação (do racismo, do patriarcado⁴¹).

Nesse contexto, Passarelli et al. (2003, p. 36) nos informam que:

Diariamente, cerca de 14 mil pessoas são infectadas pelo HIV/AIDS no mundo. Desde o início da epidemia, 20 milhões de pessoas faleceram e estima-se que, atualmente, 40 milhões estejam vivendo com HIV/AIDS. Até julho de 2002, 13 milhões e 400 mil crianças ficaram órfãs em decorrência da AIDS. 37 milhões de pessoas que vivem com HIV/AIDS estão à espera de atenção médica adequada nos países pobres. Estima-se que na Ásia 5 milhões e 600 mil pessoas estejam infectadas pelo HIV/AIDS; a China já reporta 7 milhões e 100 mil casos.

As ações de enfrentamento ao HIV/AIDS também perpassam as questões de defesa e garantia dos Direitos Humanos e o envolvimento efetivo de todos os atores: governos, sociedade civil, agências da ONU, universidades e pesquisadores. Parker (2020) salienta que a história das políticas públicas brasileiras voltadas para o HIV/AIDS possui diversas fases, incluindo avanços, fracassos (nos primeiros anos), sucessos, omissões e desmontes (na última década). Em resumo, destacam-se: as barreiras políticas e o preconceito como política de Estado (durante os governos José Sarney e Fernando Collor); as

⁴¹ O patriarcado é um sistema social baseado em uma cultura e relações que favorecem os homens. Esse conceito tem sido usado para significar as relações de poder entre homens e mulheres. As mulheres são subordinadas aos homens no sistema patriarcal. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/se/a/cRnvYmPTgc59jggw7kV5F4d/?lang=pt#:~:text=O%20conceito%20de%20patriarcado%20tem,para%20essas%20rela%C3%A7%C3%B5es%20de%20poder>>. Acesso em: 24 jun. 2022.

inovações e os sucessos relativos (durante os governos Fernando Henrique e Lula); o abandono de protagonismo, a adoção de modelos externos e a censura de campanhas de prevenção (no governo Dilma); a total entrega para a rebiomedicalização da epidemia (nos governos Dilma e Michel Temer); o descaso e o desmonte das políticas e do programa de AIDS (no governo Jair Bolsonaro); o papel da sociedade civil como protagonista e força política ao longo de todo este tempo⁴².

A questão em torno do debate da biomedicalização indica que a atual ênfase nas estratégias biomédicas como norte principal da política nacional não favorece a perspectiva de Direitos Humanos e não discriminação que, no passado, foi marca forte da resposta brasileira ao HIV e à AIDS.

Logo, nesse contexto de ações de enfrentamento, há algumas atualizações das políticas voltadas ao HIV/AIDS que precisam ser mencionadas, pois o Brasil, apesar de já ter sido referência nesse enfrentamento, atualmente, está vivenciando retrocessos e conservadorismo na área do HIV/AIDS.

2.3.

Aspectos conjunturais brasileiros no tocante à política de HIV/AIDS

Sabemos que a AIDS é uma doença de contornos biológicos bastante definidos. Mas ela é também, como qualquer outro agravo de saúde, uma questão altamente complexa de ordem social, política, cultural e econômica (ABIA, 2016, p. 24). Dessa forma, no debate de acesso aos serviços de saúde, levamos em conta questões relacionadas à atual conjuntura brasileira, no que se refere às políticas sociais e à ofensiva neoliberal em curso, que interfere nas políticas públicas, provocando desmontes. Portanto, cada vez mais os recursos destinados ao SUS sofrem cortes, sendo estes escassos e mal distribuídos.

A área social, destacando-se a área da saúde, é a que mais sofre com as condições impostas pelas políticas de ajuste fiscal por ser um terreno conflitivo e exposto de nossa sociedade. Assim, é particularmente sensível às mudanças socioeconômicas, como é o caso das reformas (SOARES, 2000, p. 17).

O orçamento das políticas sociais é tido como flexível pelas classes dominantes, que tendem a priorizar os recursos para áreas lucrativas. Além disso,

⁴² Disponível em: <<https://abiaids.org.br/richard-parker-examina-quase-cinco-decadas-da-epidemia-de-aids-em-2o-dia-de-lives-organizadas-pela-abia/34131>> Acesso em: 23 set. 2022.

o termo “reforma” recebeu uma conotação de algo “mágico e infalível” na solução de problemas nacionais (*Ibidem*, p. 18). Desse modo, o corte de gastos sociais é tratado como solução para os problemas orçamentários do país. Porém, na saúde, o corte de verbas pode representar a morte.

Assim, a capacidade de o Estado brasileiro seguir implementando uma resposta efetiva à epidemia de HIV/AIDS se encontra ameaçada. Dessa forma, afeta a adesão das pessoas que vivem com HIV/AIDS de modo mais cruel, porque reduz o acesso e condições para o tratamento, ainda que o aspecto econômico não seja único.

No Brasil, não por acaso, a tendência mundial de diminuição de recursos para a AIDS e de desmonte de serviços públicos de saúde para a criação de grupos de oferta de serviços privados ganha espaço. Ressalta-se que temos uma dívida pública não auditada, que, na verdade, paga dívidas para bancos e corrói quase metade do orçamento da união⁴³. Presenciamos também perda de autonomia, participação e financiamento das ONGs, fechamento de Conselhos de políticas nacional e local e ausência de financiamento.

Dessa maneira, com os recursos cada vez mais reduzidos, a infraestrutura precarizada e o atendimento focalizado, os usuários passam a ter dificuldades para obter acompanhamento clínico. “Este fato contribui para a redução da oferta de serviços, a demissão dos profissionais, os apagões de insumos e o desinvestimento em Ciência & Tecnologia, justamente quando a população perde emprego e passa a necessitar ainda mais da proteção social” (AGOSTINI et al., 2019, p. 4600).

Isso tudo é muito preocupante, no que diz respeito às pessoas que vivem com HIV/AIDS, tendo em vista o tratamento por tempo indeterminado e a necessidade de uma boa adesão para a obtenção de uma melhor qualidade de vida. Os cuidados em saúde de uma pessoa que vive com HIV/AIDS não se resumem ao atendimento por um infectologista: há a necessidade de um cuidado integral, em serviços de saúde de níveis diferentes – a atenção básica, por exemplo, é um dos lugares em que mais há necessidade de acesso, por ser a porta de entrada do SUS.

Segundo dados do Portal da Transparência, em 2019, o governo gastou R\$ 1,8 bilhão na compra de remédios para pacientes com HIV/AIDS, o que representou 0,06% de todos os gastos públicos do ano. A estimativa do Ministério

⁴³ Disponível: <<https://agenciaaids.com.br/artigo/morre-o-departamento-de-aids-no-brasil-avanco-da-necropolitica/>>. Acesso em: 02 mar. 2020.

da Saúde é que há 866 mil pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil, dos quais cerca de 135 mil não o sabem⁴⁴.

A partir de 2016 (quando foi promulgada a emenda constitucional do teto de gastos públicos), as políticas de austeridade no Brasil têm cortado o investimento em saúde pública, educação e ciência. Desde essa época, o setor de HIV/AIDS do Ministério da Saúde vem sofrendo algumas alterações. Portanto, garantir a saúde sexual e reprodutiva dos jovens exige novas concepções que permitam a sustentabilidade de programas baseados em evidências e não em pregação moral⁴⁵.

Taquette (2009, 250) informa que o alastramento das epidemias é influenciado por fatores estruturais, ambientais e socioeconômicos. Contudo, é importante destacar que elas tendem a atingir de forma mais severa os grupos historicamente excluídos e discriminados. Dentre as razões, estão as restrições que eles sofrem no acesso aos bens e equipamentos sociais ou ainda o fato de as iniciativas de prevenção e controle não levarem em consideração as necessidades e/ou especificidades deles. No caso da epidemia de AIDS, não tem sido diferente.

De acordo com Teles (2016, p. 139), no campo da saúde pública, a epidemia do HIV/AIDS contribuiu de maneira expressiva para acentuar as iniquidades mundiais. Dessa maneira, ao se disseminar rapidamente nos países de média e baixa renda, gerou-se uma enorme crise caracterizada por redução e, até mesmo, uma reversão no desenvolvimento econômico, social e sanitário.

Dessa forma, de acordo com tais estudiosos, essas mudanças culturais e políticas precisam ser prioridade na agenda de pesquisa que contribua para a renovação das ações de prevenção. O desmantelamento de políticas de prevenção e de financiamento de pesquisas que acompanham seus resultados, monitoramento que retroalimenta e corrige técnicas e práticas pouco efetivas, indicam a negligência na promoção de direitos à prevenção, especialmente entre os mais jovens⁴⁶.

Em 2019, houve uma acentuação da perda de autonomia e financiamento no Programa de HIV. Desse modo, é perceptível que o Brasil vivencia retrocessos

⁴⁴ Disponível em: <<https://exame.abril.com.br/brasil/pessoa-com-hiv-e-despesa-para-todos-no-brasil-diz-bolsonaro/>>. Acesso em: 02 mar. 2020.

⁴⁵ Disponível em: <<https://exame.abril.com.br/ciencia/aids-cresce-entre-jovens-com-cortes-na-saude-alerta-pesquisadora/>>. Acesso em: 02 mar. 2020.

⁴⁶ Disponível em: <<https://exame.abril.com.br/ciencia/aids-cresce-entre-jovens-com-cortes-na-saude-alerta-pesquisadora/>>. Acesso em: 02 mar. 2020.

no combate ao HIV/AIDS, onde já foi referência. As políticas de AIDS no Brasil têm passado por diversos declínios, atingindo diretamente a população usuária do SUS. Logo, há comentários quanto ao fim do sucesso do modelo brasileiro do programa de HIV/AIDS (desde 2010), pois existe o abandono do protagonismo, a adoção de modelos externos e a censura e retrocesso de campanhas de prevenção (principalmente no governo Jair Bolsonaro) (falaremos mais a esse respeito ao longo desse tópico).

Parker (2020) comenta que há a centralização da rebiomedicalização da epidemia (porém, não há possibilidade de enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS exclusivamente por meio das questões biomédicas); o descaso e desmonte de política e programa de AIDS (governo Jair Bolsonaro); o retorno do estigma e da discriminação, bem como da moralização das práticas sexuais (características de governo conservador); a neoliberalização e individualização do tratamento, sem atentar às questões de vulnerabilização e precariedade; a dificuldade em criar laços de solidariedade entre grupos identitários (levando em consideração que o Programa de AIDS se faz com solidariedade e com democracia); o desmonte das estruturas de controle social (fim da intersetorialidade); bem como o desmonte do departamento de AIDS do Ministério da Saúde⁴⁷.

Essa situação, de fato, nunca foi totalmente superada socialmente, porém, o que se atualiza é que faz parte do conteúdo político e ideológico do governo, que depende da base cristã evangelista e católica conservadora para se manter no poder. Ressaltamos que esse cenário influencia no direcionamento e ações voltadas para o tratamento do HIV/AIDS.

Dessa forma, as ações que não se relacionam com as questões dos antirretrovirais (ARV's) começaram a diminuir. A partir de 2010, deu-se enfoque para o ARV, o tratamento como prevenção e, dessa forma, reconstruiu-se o paradigma da prevenção, do foco no controle da carga viral, com orientações para que sejam evitadas novas infecções. Assim, a biomedicalização esteve junto com a neoliberalização, onde as barreiras estruturais dificultam o acesso à prevenção e ao tratamento. Nessa década, constatou-se a redução de recursos para AIDS (ABIA, 2016, p. 30).

Então, nos anos 2011, houve a rebiomedicalização da epidemia, aproveitando o sucesso gradual na ampliação de acesso aos antirretrovirais

⁴⁷ Disponível em: <<https://abiaids.org.br/richard-parker-examina-quase-cinco-decadas-da-epidemia-de-aids-em-20-dia-de-lives-organizadas-pela-abia/34131>>. Acesso em: 23 set. 2022.

(ARV's) e pela dificuldade de alcançar mudanças estruturais, nova esperança surgiu sobre as possibilidades de sucesso de resposta. Logo, no final de 2011, verificou-se a diluição e a fragmentação do movimento político frente à epidemia, bem como a iniciativa privada como fonte de recurso para substituir o recurso público. O número de infectados pelo HIV/AIDS diminuiu. Esse dado se apresentou como positivo para o controle epidemiológico.

Em 2016, surgiu uma onda conservadora que agrava a questão de estigma e discriminação. Nesse processo, os estudiosos desenvolvem críticas e descrenças quanto aos números do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS). Salientamos que essa onda conservadora, nos últimos anos, favoreceu a restrição, a contenção e o retrocesso de direitos assegurados na Constituição de 1988. É evidente que o discurso conservador e moralista contrapõe-se ao discurso dos Direitos Humanos, bem como da ciência, tão caros ao enfrentamento da epidemia de AIDS no Brasil e às políticas LGBTQIA+.

Nesse contexto, há a necessidade de reelaboração de uma resposta à epidemia com base nos Direitos Humanos, por meio da criação de uma pedagogia de tratamento e prevenção. Fazendo parte desse processo de reinvenção das respostas contra a AIDS, tem-se, atualmente, a questão da descentralização do tratamento em HIV.

É importante ressaltar a preocupação com a violência estrutural e as lutas pela inclusão, em que o capital cria impedimento com a epidemia. Esses impedimentos são de forma estrutural, tais como: pobreza, racismo, exclusão, opressão. Parker (2019)⁴⁸ informa que “sem enfrentar a desigualdade estamos condenados a perder a batalha contra a AIDS”.

Em janeiro/2019, logo após a posse do governo federal eleito (Presidente Jair Bolsonaro), a diretora do Programa de HIV/AIDS do Ministério da Saúde, que vinha fazendo uma gestão eficiente e elogiada, tanto por especialistas da área quanto pela sociedade civil, foi exonerada do seu cargo. O motivo alegado foi a autorização, no ano anterior, de uma cartilha de promoção de saúde para homens transexuais⁴⁹.

Dentro da proposta de educação em saúde sexual, é consenso que se deve ampliar ações que envolvam temas mais amplos, como a igualdade de gênero, a

⁴⁸ Informações proferidas por Professor Richard Parker no curso “Tópico especial em Saúde Coletiva: a epidemia da AIDS e a invenção da Saúde Global”, que aconteceu na sede da ABIA, em 2019.

⁴⁹ Disponível em: <<https://ricovasconcelos.blogosfera.uol.com.br/2019/12/27/retrospectiva-do-hiv-para-tentar-acertar-mais-e-errar-menos-em-2020/>>. Acesso em: 02 mar. 2020.

inserção das pessoas LGBTQIA+ e o fortalecimento da cidadania. Assim, acreditamos ser de suma importância a atuação dos movimentos sociais de diversidade sexual e de gênero na participação do debate que envolve HIV/AIDS, ou seja, integração da diversidade dentro do próprio movimento.

Carvalho (2019) aponta que se faz necessário, igualmente, pensar sobre a sexualidade, as formas de prevenção, de lidar com o corpo, com o desejo do parceiro e a importância de se incentivar campanhas e programas de saúde capazes de contemplar as especificidades desse grupo.

Em junho de 2019, o presidente Jair Bolsonaro vetou um projeto que dispensava a pessoa com HIV/AIDS aposentada por invalidez de realizar reavaliação pericial, já que a doença não tem cura. Apesar de o governo alegar que a presunção de incapacidade desconsiderava o avanço da medicina, o veto foi derrubado pelo Congresso. Com isso, o presidente teve que alterar a Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, em seu art. 43 para dispensar de reavaliação pericial a pessoa com HIV/AIDS aposentada por invalidez.

A esse respeito, Iamamoto (2010, p. 149) explica que o projeto neoliberal subordina os direitos sociais à lógica orçamentária, e a política social à política econômica. São as definições orçamentárias que se tornam parâmetros para a implementação dos direitos sociais.

Estudiosos concordam que quem se infectou no início da epidemia viveu um estigma muito grande e se aposentou muito cedo e não vai conseguir uma recolocação no mercado de trabalho agora. Tirar a aposentadoria por invalidez de uma pessoa nessa situação é uma crueldade⁵⁰. Esse cenário é gravíssimo porque muitas pessoas que vivem com HIV/AIDS, principalmente os pacientes diagnosticados nos anos 1980/1990, acessaram a aposentadoria por invalidez em decorrência de muitas sequelas e comorbidades por conterem o HIV/AIDS, associado ao acúmulo dos efeitos colaterais dos antirretrovirais que, na época, não eram tão eficazes como atualmente.

O HIV é um vírus tóxico, inflamatório, cancerígeno e, ao longo dos anos, pode provocar comorbidades, adoecimento, diminuição da capacidade laborativa e, inevitavelmente, essas pessoas terão dificuldade para retornarem ao trabalho. Muitas vezes, tal aposentadoria é a única renda da família e, alguns pacientes não têm profissão, estando há mais de 20 anos afastados do mercado de trabalho e encontrando todas as dificuldades em retornar às suas atividades. Estamos

⁵⁰ Disponível em: <<https://exame.com/brasil/brasil-arrisca-retrocessos-no-combate-ao-hiv-aids-onde-ja-foi-referencia/>>. Acesso em: 02 mar. 2020.

falando de pessoas que, por muitos anos, viveram com a doença e hoje convivem com sequelas físicas e psicológicas em decorrência da AIDS e dos efeitos adversos dos antirretrovirais.

Nessa realidade, observamos o empobrecimento da população, o acirramento das condições precárias de vida, os pacientes em situação severa de fome e pobreza, perda de poder aquisitivo, perda de benefício/aposentadoria, vivenciando as mazelas das expressões da questão social.

Como nos diz Meirelles (2015, p. 66-67), a atual conjuntura sociopolítico-econômica indica que os processos de precarização do trabalho acirraram a desigualdade social e aprofundaram a pauperização da classe trabalhadora. Acreditamos ainda que a progressiva dilapidação da perspectiva universal da proteção social brasileira está em consonância direta com a ampliação da exploração capital/trabalho.

Acerca da política social, Iamamoto (2010, p. 147) nos diz que esses tempos e processos particulares afetaram a participação do Estado na prestação direta de serviços sociais e no seu financiamento por meio de impostos diretos e indiretos, com distintos graus de progressividade. A política social, submetida aos ditames da política econômica, é redimensionada ante as tendências de privatização e de cortes nos gastos sociais.

Assim, todo esse cenário irá impactar na realidade dos sujeitos. Esse quadro choca-se com a restrição de recursos para as políticas sociais governamentais, coerente com os ditames neoliberais para a área social, provocando o desmonte das políticas públicas universais.

Isso posto, em julho/2019, contrariando as recomendações da OMS e de estudos científicos recentes, o Ministério da Saúde encerra as atividades dos seus canais em mídias sociais específicos para comunicação sobre prevenção, diagnóstico e tratamento de HIV/AIDS e outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs).

Nesse sentido, perdeu-se boa parte do envolvimento que vinha tentando conseguir com a comunidade brasileira mais jovem, parcela da população que vem apresentando crescimento nos casos de HIV/AIDS na última década⁵¹. Essa situação é lamentável, pois há muitos jovens infectados pelo HIV/AIDS e que acessavam essa plataforma.

⁵¹ Disponível em: <<https://ricovasconcelos.blogosfera.uol.com.br/2019/12/27/retrospectiva-do-hiv-para-tentar-acertar-mais-e-errar-menos-em-2020/>>. Acesso em: 02 mar. 2020.

Outro desmonte de serviço voltado ao HIV/AIDS foi por meio de um decreto presidencial (decreto Nº 9.795, 17/05/2019) que rearranja o organograma do Ministério da Saúde. O atual governo modificou a estrutura do departamento que promove o combate à AIDS, renomeando o antigo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das ISTs, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais para Departamento de Doenças de Condições Crônicas e IST (DDCCI), fundindo todas as doenças crônicas em um único departamento, inclusive com a inserção da tuberculose e hanseníase.

Esse desmonte se apresenta, atualmente, como erro grave. Sua lógica está em mudar o foco do tratamento, do público-alvo, do combate ao estigma, da disputa por recursos e fragmentar o novo departamento. Portanto, a fragmentação poderá resultar em precarização de respostas a essas doenças.

Ou seja, o Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis, HIV/AIDS e Hepatites Virais, do Ministério da Saúde, deixou de existir da forma como vinha funcionando desde a sua criação, em 1986. O extinto Departamento, era bastante respeitado mundialmente por suas inovações nas políticas públicas⁵². Após essa reestruturação, tal Departamento retira a sigla HIV do seu nome e passa a ser apenas uma coordenadoria, dividindo a pasta com outras doenças transmissíveis de enfrentamento completamente diferente.

Na nova estrutura, no entanto, políticas públicas para doenças como hanseníase e tuberculose (que não são de transmissão sexual e possuem cura, mesmo com tratamento de longa duração) são analisadas pelo mesmo departamento que é responsável pela estratégia brasileira contra o HIV/AIDS. Ao juntar três áreas que antes tinham orçamentos distintos, o que se fará na prática é a diminuição dos recursos e a invisibilidade das especificidades de cada uma delas. Ou seja, se apresenta como mais uma ameaça de desmonte da resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS.

Essa modificação da estrutura do departamento pode se constituir num equívoco grave, pois deixa de reconhecer, por exemplo, as particularidades do HIV/AIDS.

[...] na ausência de questões em comum entre as patologias, há o risco de fragmentação do novo Departamento. Além da possível disputa por recursos, a junção de patologias tão díspares poderá comprometer a produção de indicadores epidemiológicos e a eficiência da política de saúde pública. Isso NÃO vai promover

⁵² Disponível em: <<https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/05/22/decreto-muda-estrutura-da-area-de-combate-a-aids-no-ministerio-da-saude.ghtml>>. Acesso em: 02 mar. 2020.

integração, como afirma o Ministério da Saúde e, sim, diluir recursos e desperdiçar a *expertise* acumulada em cada uma dessas áreas. (ABIA, 2019).

Além do mais, essa decisão invisibiliza o HIV/AIDS e permite a desresponsabilização do Estado de uma questão de saúde pública. Sabemos que a atual gestão é orientada pelo pensamento conservador, portanto, estigmatiza a infecção, associando-a à ideia de promiscuidade e retomando a visão de “grupos de risco”.

Esse decreto foi criticado por redes, coletivos e organizações do movimento nacional de luta contra a AIDS. Os grupos comentam que a mudança foi feita sem diálogo com a sociedade civil, já que o tema não foi discutido na Comissão Nacional de IST, HIV/AIDS e Hepatites Virais (CNAIDS) e na Comissão Nacional de Articulação com Movimentos Sociais (CAMS). Logo, retirar a palavra AIDS do nome oficial gera um medo de que enfraqueça os programas estaduais e municipais, uma vez que a doença perde um pouco da visibilidade⁵³.

Em nota, a Articulação Nacional de Luta contra a AIDS (ANAIIDS), a ABIA, o Fórum das ONG/ AIDS do Estado de São Paulo (FOAESP), o Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS no RS (GAPA/RS), o Grupo de Incentivo à Vida (GIV) e a Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (RNP+Brasil) se pronunciaram contra a medida. Eles alegam que não se trata apenas de uma questão de nomenclatura: é o fim do Programa Brasileiro de AIDS. O governo federal, na prática, extingue de maneira inaceitável e irresponsável um dos programas de AIDS mais importantes do mundo⁵⁴.

Com isso, a invisibilização de um departamento tão importante como o da AIDS, que foi construído em conjunto com a sociedade civil, os movimentos sociais e a comunidade científica, é um ataque à gestão participativa e à democracia dentro do SUS. O ex-Ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, que assumiu o cargo em janeiro/2019 (sendo demitido em abril/2020), durante sua atuação no Ministério da saúde, manteve-se inerte e invisível à política de AIDS. Essa postura denota concordância em relação ao desmonte do serviço.

Em nota, o Ministério da Saúde nega que a mudança cause prejuízos para o combate à AIDS no país. A pasta destaca que o orçamento para a área não foi alterado com a nova estrutura e que a verba aumentou em relação a 2018. Alegam

⁵³ Disponível em: <<https://exame.abril.com.br/brasil/brasil-arrisca-retrocessos-no-combate-ao-hiv-aids-onde-ja-foi-referencia/>>. Acesso em: 02 mar. 2020.

⁵⁴ Disponível em: <<https://lucianagenro.com.br/2019/05/politica-de-morte-o-fim-do-departamento-de-aids/>>. Acesso em: 23 set. 2022.

que, do ponto de vista programático, não haverá perda orçamentária para o HIV/AIDS, uma vez que o orçamento da área passou de R\$ 1,7 bilhão em 2018 para R\$ 2,2 bilhões em 2019⁵⁵.

Porém, o temor diante dessa nova configuração não se relaciona apenas com a divisão de verbas e, sim, com uma atuação política que foi construída durante mais de quatro décadas. A situação está ligada à incompetência e à política ideológica de aparelhamento do Estado.

A ABIA ressalta que é flagrante que essa alteração semântica no nome do Departamento tem como objetivo ocultar o HIV/AIDS. Lembramos que nos anos 1980, em resposta a eclosão da epidemia, ativistas no mundo todo adotaram o slogan “silêncio = morte” para dar visibilidade ao HIV/AIDS. Ao invisibilizar o HIV/AIDS, o atual governo brasileiro restaura a política de silêncio e morte, pois essa mudança semântica permite que o Estado se “desresponsabilize”, gradualmente, de respostas efetivas aos efeitos dessa epidemia (ABIA, 2019).

Nesse contexto de descaso, outro fato lamentável foi o atual Presidente da República, Jair Bolsonaro, demonstrar desprezo com as pessoas que vivem com HIV/AIDS, chegando a dizer que “uma pessoa com HIV, além de ser um problema sério para ela, é despesa para todos aqui no Brasil”⁵⁶. Tal declaração denota um retrocesso à visão oitentista sobre a AIDS, a qual é repleta de preconceitos e desumanidade.

Evidencia também falta de valorização da vida. Aspectos éticos também se relacionam com essa situação. Temos que trabalhar pela defesa intransigente da vida. Esse é um discurso conservador que não aborda a sexualidade, culpabilizando e negando a cidadania das pessoas. Há a necessidade do debate acerca da sexualidade sem moralismo e sem pacto religioso. O atual posicionamento do governo federal só reforça aspectos conservadores, negacionistas, anticiência e moralistas.

Todavia, uma campanha nas redes sociais rebateu o preconceito de Jair Bolsonaro contra as pessoas com HIV/AIDS. Em entrevista na época, o Presidente afirmou que apoia a sugestão de abstinência sexual, proposta pela ministra da Mulher, Família e Direitos Humanos, Damares Alves⁵⁷. Moysés

⁵⁵ Disponível em: <<https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/05/22/decreto-muda-estrutura-da-area-de-combate-a-aids-no-ministerio-da-saude.ghtml>>. Acesso em: 02 mar. 2020.

⁵⁶ Disponível em: <<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,pessoa-com-hiv-e-despesa-para-todos-no-brasil-diz-bolsonaro,70003186692>>. Acesso em: 04 dez. 2020.

⁵⁷ Disponível em: <<https://vermelho.org.br/2020/02/05/eu-nao-sou-despesa-campanha-rebate-fala-preconceituosa-de-bolsonaro/>>. Acesso em: 02 mar. 2020.

Toniolo, representante da Articulação Nacional de Luta contra a AIDS (ANAIIDS), comentou sobre a nova falácia bolsonarista: “a saúde das pessoas que vivem com HIV/AIDS é um direito garantido pela Constituição Federal/88”, afirmou Toniolo.

Segundo ele, a fala de Bolsonaro “demonstra preconceito e total desconhecimento da política de HIV/AIDS do nosso país. É com tristeza e indignação que vemos essa tentativa de retrocesso e discriminação. Investir na saúde é investir na vida”⁵⁸. Além disso, o fundo público é recurso extraído do trabalho, por isso é um direito e deve retornar à população por meio dos serviços e investimentos em políticas públicas.

De acordo com o Fórum das ONG/AIDS do estado de São Paulo (FOAESP), o presidente reforça o preconceito e o estigma que há mais de 40 anos paira na opinião pública e que, a duras penas, a sociedade civil tenta desmontar. Atitudes deste tipo, além de detonarem trabalhos com vistas ao fomento da solidariedade e da convivência integrada, reforçam o ódio tão presente em seu discurso desde a vida parlamentar⁵⁹.

Com esse posicionamento, o presidente não considera que viver com HIV não exime dos direitos de cidadão, garantidos na legislação em vigor. A presença de um vírus no sangue não torna ninguém cidadão de segunda classe, muito menos “despesa”⁶⁰. Esta declaração absurda e preconceituosa atinge os Direitos Humanos de todas as pessoas que vivem com HIV, culpabilizando-as e, pior ainda, relacionando com “depravação”. Tal fato é inaceitável, especialmente por vir da Presidência da República e, portanto, pode influenciar negativamente as ações deste governo⁶¹.

A ênfase nos “custos” é inaceitável, especialmente porque em saúde não há custos e, sim, investimento. O Brasil se tornou exemplo de política inclusiva, com ênfase nos Direitos Humanos e respeitada internacionalmente quando decidiu que todas as pessoas vivendo com HIV/AIDS têm direito ao melhores tratamentos e cuidados de saúde.

⁵⁸ Disponível em: <<https://vermelho.org.br/2020/02/05/eu-nao-sou-despesa-campanha-rebate-fala-preconceituosa-de-bolsonaro/>>. Acesso em: 02 mar. 2020.

⁵⁹ Disponível em: <<https://agenciaaids.com.br/noticia/forum-de-ongs-aids-de-sao-paulo-publica-nota-de-repudio-a-declaracao-do-presidente-jair-bolsonaro-sobre-pessoas-com-hiv/>>. Acesso em: 02 mar. 2020.

⁶⁰ Disponível em: <<https://agenciaaids.com.br/noticia/forum-de-ongs-aids-de-sao-paulo-publica-nota-de-repudio-a-declaracao-do-presidente-jair-bolsonaro-sobre-pessoas-com-hiv/>>. Acesso em: 02 mar. 2020.

⁶¹ Disponível em: <<https://agenciaaids.com.br/artigo/analises-sobre-declaracoes-do-presidente-da-republica-sobre-as-pessoas-com-hiv-no-brasil/>>. Acesso em: 02 mar. 2020.

O impacto social desta política é incomensurável (melhor qualidade de vida e de autoestima, para citar apenas alguns), mas, além disso, teve e tem um impacto econômico positivo, já demonstrado cientificamente. Assim, se esta ameaça velada se tornar realidade e diminuir os investimentos também em relação ao controle da infecção pelo HIV/AIDS e de outras infecções sexualmente transmissíveis, haverá aumento exponencial de custos, como por exemplo, com o tratamento de doenças oportunistas, internação, aposentadorias precoces, mortalidade⁶².

Em outubro de 2020, houve a divulgação do fim da ONG Sociedade Viva Cazuza⁶³, fundada e mantida no Rio de Janeiro por Lucinha Araújo, mãe do cantor e compositor Cazuza. Sabemos que ele morreu em 1990 por complicações em decorrência da AIDS. Desde então, por meio da Sociedade Viva Cazuza, Lucinha Araújo criou a Casa de Apoio para crianças e adolescentes que vivem com HIV/AIDS, ofereceu serviços de assistência social e reforçou ações de prevenção e tratamento para as pessoas que vivem com HIV/AIDS.

Para a ABIA (2020)⁶⁴, o encerramento da Sociedade Viva Cazuza é mais um sinal do fim de uma era na resposta à AIDS na cidade do Rio de Janeiro e no Brasil. Essa despedida, contudo, não significa que o HIV/AIDS não continue a ser um grave problema de saúde pública para crianças, adolescentes e jovens em todo o país.

Em abril de 2021, num discurso na cidade de Chapecó⁶⁵, o presidente Jair Bolsonaro comparou a COVID -19 com o HIV e disse que nos anos 1980 foi utilizado tratamento ágil contra o HIV/AIDS e que o vírus “era mais voltado para uma classe específica que tinham comportamentos sexuais diferenciados”, se referindo aos homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis, comentando de forma pejorativa.

Logo, essa fala do presidente se apresenta como equivocada. Novamente, o presidente expôs um discurso preconceituoso e relacionou com “grupos de risco” (nitidamente uma visão oitentista do HIV/AIDS), além do mais, seu grande equívoco é que, em todo o tratamento da AIDS, toda a evolução feita do

⁶² Disponível em: <<https://agenciaaids.com.br/artigo/analises-sobre-declaracoes-do-presidente-da-republica-sobre-as-pessoas-com-hiv-no-brasil/>>. Acesso em: 02 mar. 2020.

⁶³ Disponível em: <<https://abiaids.org.br/para-abia-o-fim-da-sociedade-viva-cazuza-e-o-fim-de-uma-era-na-resposta-a-aids-no-pais/34272>>. Acesso em: 30 set. 2021.

⁶⁴ Disponível em: <<https://abiaids.org.br/para-abia-o-fim-da-sociedade-viva-cazuza-e-o-fim-de-uma-era-na-resposta-a-aids-no-pais/34272#:~:text=Para%20a%20ABIA%2C%20o%20fim,jovens%20em%20todo%20o%20pa%C3%ADs>>. Acesso em: 13 ago. 2022.

⁶⁵ Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/politica/bolsonaro-compara-covid-19-com-hiv-era-voltado-a-uma-classe-com-comportamentos-sexuais-diferenciados/>>. Acesso em 30 set. 2021.

tratamento, a descoberta de novas drogas e a incorporação desses medicamentos foram baseados em pesquisa científica, que comprovaram a eficácia dos tratamentos.

Portanto, os desafios para o enfrentamento do HIV/AIDS não têm relação apenas com a dimensão econômica, dado que eles também decorrem do atual direcionamento conservador, que trouxe abordagens morais do HIV/AIDS e de outras temáticas. Agostini et al. (2019, p. 4600) nos falam que:

Há um aspecto importante do ponto de vista da “agenda de valores”: além da instrumentalização da crise política, fomentaram-se anseios difusos e construíram-se “antiagendas” que passaram a questionar categorias como o “gênero”, a “diversidade sexual” e a “redução de danos”, historicamente centrais à prevenção do HIV no Brasil.

Aprópria ciência foi oposta a noções como “família” e “bons costumes”, encontrando dentro do primeiro escalão do governo eleito a sustentação de posições antisseculares.

A sexualidade tem sido tratada como assunto privado, a ser trabalhado no âmbito familiar, o que leva à censura de materiais especializados na área de prevenção do HIV/AIDS:

Censura a materiais especializados na área de HIV/AIDS, como uma cartilha de prevenção voltada à população de transexuais e travestis e outra dirigida a adolescentes. Ambos os materiais foram produzidos a partir de consensos de especialistas sobre o papel das intervenções educativas em gênero e sexualidade. (Agostini et al., 2019, p. 4601).

Tal fato é grave a partir do momento em que a circulação de informações desempenha papel fundamental na prevenção, contribuindo para “redução da vulnerabilidade à infecção, adoecimento e morte por HIV/AIDS” (*Ibidem*, p. 4602). Tudo isso também dá margem para a disseminação da falsa ideia de controle da epidemia, criando o mito do “fim da AIDS”, que levou a um aumento significativo do número de casos.

A crise e o desfinanciamento do SUS, juntamente com a onda conservadora, repercutem diretamente na política de HIV/AIDS, pois estão ocorrendo ataques sobre aspectos centrais ao enfrentamento da epidemia e ampliação do estigma e das conseqüentes possibilidades de práticas de discriminação.

Agostini et al. (2019, p. 4602) sinalizam que:

O país sofre com retrocessos civilizatórios e a (r)emergência de forças conservadoras e emergência de novos métodos políticos. Neste cenário, a problemática do HIV/AIDS, pelas conexões simbólicas e práticas com temas alvo

de disputas (no campo do gênero, da sexualidade, dos Direitos Humanos e dos ativismos políticos), apresenta-se com potencial de ser impactada diretamente pela crise simbólica, além de ser afetada pelo efeito das demais dimensões da crise no SUS.

Portanto, todos estes fatores que se encontram na atual conjuntura brasileira incidem sobre o tratamento: o desmonte do SUS interfere no tratamento ao dificultar o acesso aos serviços de saúde para acompanhamento e atenção integral, enquanto a dimensão simbólica reproduz o estigma, o preconceito e a discriminação sobre as pessoas que vivem com HIV/AIDS.

É importante salientar também que, no tempo atual de COVID -19 e suas pesquisas, o foco e a atenção na epidemia da AIDS, junto com suas bases de pesquisa, perderam um pouco de visibilidade e apoio, dado que estão sendo direcionados à pandemia da COVID -19. Todo aparato científico de pesquisar sobre AIDS, juntamente com o financiamento das pesquisas foi encaminhado para a questão da COVID -19.

Porém, os elementos que já foram desenvolvidos com a epidemia da AIDS nos ajudam a pensar a pandemia da COVID -19. Enquanto o discurso sobre o “Fim da AIDS” já perdeu força antes da chegada da nova pandemia, a “epidemia da significação” ao redor da COVID -19 encobre o discurso de fim da AIDS⁶⁶.

Na COVID -19, é tudo muito novo e muito emergencial. Uma semelhança é a questão dos óbitos. Com a AIDS, a estimativa é de doze mil mortos por ano. A AIDS, inicialmente assustou pela sua letalidade, pela forma como matava, pela forma como as pessoas morriam e isso provocou reações da sociedade. As pessoas se mobilizaram politicamente em torno do seu luto. Tentavam lutar contra essa banalidade da morte e do mal.

Como todas as pandemias e epidemias, elas são fenômenos sociais e políticos e vêm carregadas de representações e de valores, que, por sua vez, vão influenciar o estigma e a discriminação. No caso da COVID -19, é a “doença do chinês”, é a “doença dos velhos”. A AIDS afetava grupos identitários, de identidade sexual (como os homossexuais e profissionais do sexo). Já com a COVID -19, o grupo que recebe essas representações se refere à nacionalidade. A AIDS, com um número menor de mortes conseguiu mobilização maior do que a COVID -19. Isso reflete a desarticulação das instituições da sociedade. A AIDS conseguiu se constituir numa causa, numa bandeira de luta.

⁶⁶ Informações proferidas pelo Professor Richard Parker em sua aula da disciplina Tópico especial em saúde coletiva: da pandemia da AIDS à pandemia da COVID -19 e a (re)invenção da saúde global. UFRJ. 2021.

É perceptível que o atual momento é semelhante aos primeiros anos da AIDS no Brasil, onde as únicas formas de evitar a possibilidade de contágio de COVID -19 como de prevenir infecção pelo HIV são mudanças sociais, mudanças das nossas práticas, alterações no nosso comportamento para reduzir a possibilidade de infecção. Além do mais, os estudiosos explicam que a máscara de COVID -19 não é tão diferente do preservativo e que o isolamento social não é tão diferente do monitoramento do parceiro sexual a fim de reduzir as possibilidades de infecção pelo HIV/AIDS.

Dessa forma, AIDS e COVID-19 são duas pandemias com características e aspectos diferenciados que vão desde o modo de infecção até a forma como os governos respondem à pandemia ao redor do mundo. No entanto, há muitas dimensões que nos permitem transformar a experiência da AIDS num potente direcionamento para contribuir no enfrentamento da COVID-19. Há a relação entre o medo da morte e o medo do contágio.

O desenvolvimento dessas ferramentas é profundamente afetado por fatores sociais e políticos. Como no caso da AIDS, a indústria farmacêutica, com o seu modo de funcionar e suas patentes, tem uma relação profundamente complexa e difícil com o enfrentamento da epidemia (desenvolve medicamentos importantes, mas cria obstáculos para o acesso a esses medicamentos pelos objetivos de lucro que o sistema capitalista possibilita).

Em comum, as lutas se dão no nível do território e em locais globais, onde há investimentos e estudos mundiais, pois, as pesquisas se dão em âmbito global, a produção de medicamento e vacina também faz parte de uma dimensão internacional.

Em outubro de 2021⁶⁷, o Presidente Jair Bolsonaro divulgou uma notícia que não era verdadeira, associando, erroneamente, a imunização contra a COVID -19 e o desenvolvimento da AIDS. Contudo, especialistas reforçam que a afirmação é falsa e que não existem evidências científicas na relação entre vacinas e a AIDS.

A ABIA se pronunciou quanto a essa divulgação de Jair Bolsonaro, informando que “além de insana, mentirosa, irresponsável e cruel, a afirmação é mais uma manobra para disseminar a ignorância na crise sanitária e política que devasta o país⁶⁸”. Não satisfeito em desconstruir e atacar a ciência, o Presidente

⁶⁷ Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/saude/vacinas-da-covid-19-nao-tem-relacao-com-hiv-e-aids-entenda/>>. Acesso em: 10 nov. 2021.

⁶⁸ Disponível em: <<https://abiaids.org.br/em-nota-abia-repudia-bolsonaro-por-disseminar-a-ignorancia-com-falsa-associacao-entre-aids-e-vacina-contra-a-covid-19/35206>>. Acesso em: 10 nov. 2021.

usa a mesma estratégia para atacar a AIDS e jogar por terra uma história política construída no enfrentamento à esta epidemia.

Como nos diz Morosini (2018, p. 13), infelizmente, estamos vivenciando um rápido fortalecimento de uma pauta antidemocrática e autoritária, orientada para o aprofundamento da mercantilização dos direitos sociais brasileiros.

Diante desse cenário, temos a certeza de que precisamos resistir às atitudes deste governo ou estaremos condenados a cair em um anonimato onde nossas vozes serão caladas, e o verdadeiro ativismo será esmagado pelo direcionamento governamental, atingindo os direitos fundamentais das pessoas que vivem com HIV/AIDS.

3

Contextualizando a política de saúde no Brasil a partir do Sistema Único de Saúde – SUS

3.1.

A saúde como direito social

Ao falar das Políticas de enfrentamento para o HIV/AIDS, devemos recuperar alguns aspectos da Política de Saúde no Brasil. Com efeito, direito social como saúde deve ser assegurado e efetivado a todos os cidadãos brasileiros por meio de políticas sociais públicas voltadas para esta área. Para tanto, “pensar a defesa dos direitos requer afirmar a primazia do Estado – enquanto instância fundamental à sua universalização – na condução das políticas públicas” (IAMAMOTO, 2009, p. 358).

Sabemos que, na conjuntura nacional da década de 1980, o Brasil vivia um clima de efervescência com o processo de transição político-democrática, com o movimento das “Diretas-já” e com as lutas por direitos trabalhistas, sociais, políticos e civis. A política brasileira, nos meados dessa década, tinha como marco a Nova República, que intencionava o exercício da democracia, da cidadania e da regulamentação do Estado de direito (SILVA, 2005, p. 31-32).

Villela et al. (2017, p. 87-88) afirmam que:

Em 1988, o Brasil adotou sua atual Constituição Federal. Pela primeira vez na história do Brasil, a Constituição de 1988 ampliou a carta dos Direitos Humanos fundamentais, incluindo, juntamente com os direitos civis e políticos, os direitos econômicos, sociais e culturais. E nesse contexto, as ideias da vivência do processo de abertura política do país, na década de 1980, notadas na construção da Constituição Federal de 1988, formalmente consagrou o Estado democrático de direito.

Portanto, o processo de redemocratização permitiu uma grande articulação da sociedade em torno da mudança na legislação e das políticas públicas sociais.

Segundo Iamamoto (2009, p. 358), a primeira proposta que norteia os princípios da seguridade social na Carta Constitucional de 1988 aposta no avanço da democracia, fundada na participação e no controle popular democrático; na universalização dos direitos e, em consequência, da cobertura e do atendimento das políticas sociais; na garantia da gratuidade no acesso aos serviços; na

integralidade das ações voltadas à defesa da cidadania de todos.

Entretanto, diante da ofensiva neoliberal, esses direitos estão sendo negados. Ainda lamamoto (2009, p. 358) nos fala que:

Essa primeira proposta político-institucional de resposta à questão social é tensionada por outra proposta de inspiração neoliberal, parte das políticas de ajuste recomendadas pelos organismos internacionais, comprometidas com a lógica financeira do grande capital internacional, que capturam o Estado nacional num contexto de crise e de fragilização do processo de organização dos trabalhadores.

Adentrando na discussão do Estado Neoliberal, segundo Harvey (2014, p. 12), “houve em toda parte uma empática acolhida ao neoliberalismo nas práticas e no pensamento político-econômicos desde os anos 1970. A desregulação, a privatização e a retirada do Estado de muitas áreas do bem-estar social têm sido muitíssimo comuns”.

Dessa forma:

Entende-se neoliberalismo como uma teoria das práticas político-econômicas que propõe que o bem-estar humano pode ser melhor promovido liberando-se as liberdades e capacidades empreendedoras individuais no âmbito de uma estrutura institucional caracterizada por sólidos direitos a propriedade privada, livres mercados e livre comércio. O papel do Estado é criar e preservar uma estrutura institucional apropriada a essas práticas; o Estado tem de garantir, por exemplo, a qualidade e a integridade do dinheiro, deve também estabelecer as estruturas e funções militares, de defesa, da polícia e legais requeridas para garantir direitos de propriedade individuais e para assegurar, se necessário pela força, o funcionamento apropriado dos mercados (Harvey, 2014, p. 12).

Neste entendimento, Harvey (2014, p. 12) defende que as intervenções do Estado nos mercados (uma vez criados) devem ser mantidas num nível mínimo.

O próprio Harvey trata o neoliberalismo como um projeto político feito pela classe capitalista corporativa, porque esta sentia-se intensamente ameaçada política e economicamente no fim dos anos 1960 e durante os anos 1970. Desesperadamente queria lançar um projeto político que travasse o poder da classe trabalhadora. Em suma, o neoliberalismo se tornou hegemônico como modalidade de discurso e de processo e passou a afetar tão amplamente os modos de pensamento que se incorporou às maneiras cotidianas de muitas pessoas interpretarem, viverem e compreenderem o mundo (HARVEY, 2014 p. 13).

lamamoto (2009, p. 359) complementa dizendo que:

A ofensiva neoliberal se materializa, a partir de meados dos anos 90, na profunda reestruturação do aparelho de Estado, atropelando, no processo de sua regulamentação legal, as normas constitucionais relativas aos direitos sociais, o que atinge profundamente a seguridade social. Essa regulamentação ratifica a subordinação dos direitos sociais à lógica orçamentária, a política social à política econômica.

Iamamoto (2010, p. 144) nos informa ainda que, nesse quadro, radicais mudanças nas relações Estado/sociedade civil são orientadas pela ótica neoliberal. Por meio de vigorosa intervenção estatal a serviço dos interesses privados articulados no bloco do poder, sob inspiração liberal, conclama-se a necessidade de reduzir a ação do Estado para o atendimento das necessidades das grandes majorias mediante a restrição de gastos sociais, em nome da chamada crise fiscal do Estado. A resultante é um amplo processo de privatização da coisa pública.

Assim, o indivíduo torna-se, nesta sociabilidade desigual, cada vez mais destituído dos seus direitos. Como nos diz Coutinho (2000 p. 58): “a cidadania plena se mostra incompatível com o capitalismo”. Iamamoto (2009, p. 360) defende que é exatamente o legado de direitos conquistados nos últimos séculos que está sendo desmontado nos governos de orientação neoliberal, em uma nítida regressão da cidadania.

Ao considerar a política social como “processo e resultado de relações complexas e contraditórias que se estabelecem entre Estado e sociedade civil, no âmbito dos conflitos e lutas de classes que envolvem o processo de produção e reprodução do capitalismo” (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p. 36), é importante destacar a “intrínseca relação entre economia e política social e por isso entender que as investidas neoliberais no campo econômico trouxeram inúmeras consequências para as políticas sociais” (BORLINI, 2010 p. 324).

Os argumentos neoliberais criticavam o Estado Social (não implementado no Brasil), em decorrência dos reduzidos índices de crescimento, com altas taxas de inflação. As ideias neoliberais recomendavam o Estado mínimo para o social e máximo para o capital, liberdade de mercado, individualismo, privatização, precarização e flexibilização do trabalho. O próprio Harvey fala do Banco de formação de ideias, como as Universidades, onde estão os aspectos teóricos, conceituais, além de toda propagação midiática em favor do mercado privado em detrimento dos direitos da classe trabalhadora. Com isso, presenciamos a destituição de direitos historicamente conquistados nos países centrais e a sociabilidade capitalista impondo limites à realização destes direitos.

Salientamos que o *Welfare State* ocorreu na Europa e, no Brasil, vivenciamos apenas algumas conquistas sociais. Logo, a concepção de um Estado interventor e redutor das desigualdades sociais, também chamado *Welfare State*, é posta por terra nessa perspectiva (BEHRING; BOSCHETTI, 2008).

Em relação à vivência do Estado de bem-estar social no Brasil, é consenso entre os autores que, infelizmente, o Brasil não viveu essa experiência, tendo em vista não ter acompanhado o curso internacional das condições do *Welfare State*. Behring; Boschetti (2007, p. 125) afirmam que:

Se o Estado social foi um mediador ativo na regulação das relações capitalistas em sua fase monopolista, o período pós-1970 marca o avanço de ideais neoliberais que começam a ganhar terreno a partir da crise capitalista de 1969-1973. Os reduzidos índices de crescimento com altas taxas de inflação foram um fermento para os argumentos neoliberais criticarem o Estado social e o “consenso” do pós-guerra, que permitiu a instituição do *Welfare State*.

O neoliberalismo apregoa o discurso que se concretiza por meio de práticas que buscam demonstrar que o Estado é uma instituição ineficaz, deficitária e perniciosa para o desenvolvimento econômico e, por isso, deve restringir-se à manutenção da ordem, da liberdade e da propriedade privada, bem como assegurar condições para o livre mercado (BORLINI, 2010 p. 322).

Para os neoliberais, “o Estado deve apenas fornecer base legal para que o mercado livre possa maximizar os ‘benefícios aos homens’. Trata-se de um Estado mínimo, sob forte controle dos indivíduos que compõem a sociedade civil, na qual se localiza a virtude” (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p. 59). Essa configuração de Estado altera sua atuação nas relações sociais, modificando as políticas sociais.

Desse modo, “a ampliação da cidadania termina por se chocar com a lógica do capital. Ou seja, há um antagonismo estrutural entre a universalização da cidadania e a lógica de funcionamento do modo de produção capitalista” (COUTINHO, 2000, p. 66). Logo, o que se coloca como tarefa essencial no que diz respeito aos direitos sociais não é apenas a sua presença na Constituição Federal (reconhecimento legal), pois tal fato não garante automaticamente a efetiva materialização desses direitos, o importante é a luta para torná-los efetivos.

Os anos 1990 dão continuidade de forma acentuada aos ideais neoliberais nas políticas brasileiras: planos econômicos visando à estabilidade, mas em benefício do pagamento de dívida externa; processo de privatização de empresas estatais (com imensos incentivos e subsídios por parte do Estado); redução

drástica nos gastos com a área social e; direcionamento das políticas sociais para a focalização, seletividade e descentralização – trinômio do ideário neoliberal para com as políticas sociais (BEHRING; BOSCHETTI, 2008).

Ocorre o início da contrarreforma do Estado (BEHRING, 2003): um conjunto de medidas neoliberais de desmonte e destruição das conquistas democráticas. Assim, trata-se de uma reformatação do Estado de forma a adaptá-lo ao capital.

As autoras Behring; Boschetti (2011, p. 148) acrescentam que:

Reformando-se o Estado, com ênfase especial nas privatizações e na previdência social e, acima de tudo, desprezando as conquistas de 1988 no terreno da seguridade social e outros – a carta constitucional era vista como perdulária e atrasada - estaria aberto o caminho para o novo “projeto de modernidade”. O principal documento orientador dessa projeção foi o Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE/MARE, 1995), amplamente afinado com as formulações de Bresser Pereira, então à frente do Ministério da Administração e da Reforma do Estado (MARE).

Em relação à política de saúde e ao tratamento de HIV, nesse contexto, mesmo diante de alguns impasses, o Estado precisa responder às demandas referentes ao tratamento do HIV/AIDS em todo o Brasil e, nesse caso, políticas públicas foram formuladas e implementadas visando ofertar serviços para a pessoa que vive com HIV/AIDS.

Porém, conforme Souza (2002), as políticas públicas no Brasil sofrem inúmeras restrições financeiras e políticas impostas aos governos, com a adoção de ações restritivas de gastos. O gasto social federal sofreu um impacto negativo em decorrência da prioridade atribuída aos programas de estabilização econômica, que fez com que ficassem inseridas no segundo plano as políticas sociais, de modo a prejudicar as políticas para a saúde.

Considerando a importância do fundo público na garantia dos direitos sociais, “o orçamento público é que assegura concretude à ação planejada do Estado e espelha as escolhas das políticas públicas que serão priorizadas pelo governo” (SALVADOR, 2012, p. 05). Este autor (2012, p. 06) ainda alerta que, “no Brasil, o fundo público ganhou contornos restritivos, tanto pela ótica do financiamento como pela dos gastos sociais”.

Ainda Salvador (2012, p. 12) explica que:

A disputa pela expansão e consolidação dos direitos sociais enfrenta essas funções do fundo público, que são determinantes para o capitalismo cuja maior expressão é a apropriação de parte importante dos recursos do orçamento público. Para tanto,

uma das alternativas para enfrentar a perversa tradição do orçamento fiscal brasileiro, que historicamente serviu para a acumulação de capital, foi a vinculação de recursos para áreas sociais.

Em 2009, a Desvinculação das Receitas da União (DRU) desviou R\$ 39,1 bilhões das políticas da seguridade social para acumulação de capital, por meio do orçamento fiscal. Desde a entrada em vigor da DRU, em 2000, já foram surrupiados da Seguridade Social mais de R\$ 300 bilhões. Uma análise pela ótica tributária das três políticas sociais (previdência, assistência social e saúde) revela que a estrutura do sistema tributário brasileiro rebate diretamente nas fontes de financiamento da seguridade social (Salvador, 2012, p. 12).

O financiamento da política de saúde enfrenta problemas desde o início do Sistema Único de Saúde (SUS), cujo ápice foi a crise em 1993, quando o Ministério da Saúde teve que tomar recursos emprestados do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT). A análise tributária revela que foram três fontes que tiveram participação relevante no financiamento da saúde no período de 2001 a 2011. A principal foi a contribuição social sobre lucro das empresas, que respondeu por 35,31% no período. O segundo tributo foi a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS), que representou 28,66% no período. Depois, a Contribuição Provisória sobre a Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira (CPMF), extinta em 2007, respondeu por 20,32% do financiamento da saúde nos últimos dez anos (SALVADOR, 2012, p. 17).

De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (2020, p. 116), o financiamento do sistema público de saúde no Brasil aumentou substancialmente a partir do ano de 2000, como resultado da vinculação constitucional de recursos, partindo de um patamar inferior a 3% do Produto Interno Bruto (PIB), no início dos anos 2000, para cerca de 4% do PIB, nos anos de 2016 e 2017, considerando o gasto das três esferas de governo.

No que se refere especificamente ao financiamento, dos 9,1% do PIB destinados à saúde em 2015 no Brasil, somente 3,9% eram provenientes de recursos públicos originários de tributos. Ou seja, somente 43% dos recursos alocados para os cuidados com a saúde têm origem pública e destinam-se ao financiamento do SUS, do qual depende quase exclusivamente mais de 70% da população brasileira. O restante, mais da metade do gasto total com saúde, era proveniente de gastos das famílias, por meio de pagamentos diretos e do pagamento de planos e seguros de saúde (IBGE, 2017). A saúde suplementar,

que compreende o segmento de planos e seguros privados de saúde, cobre 27% da população brasileira (IBGE, 2015).

O congelamento das despesas primárias e do piso federal de despesas com ações e serviços públicos em saúde (ASPS), determinado pela Emenda Constitucional (EC) n.95/2016⁶⁹, agrava a situação de subparticipação dos recursos públicos no financiamento da saúde no Brasil do SUS. Além disso, já se observa, a partir de 2017, redução do piso de ASPS, seja em termos per capita, seja em proporção do PIB (IPEA, 2020, p.117).

Consequentemente, o subfinanciamento crônico do SUS tem relação direta com essa situação. O estado capitalista, com orientação neoliberal, não canaliza o fundo público para atender as necessidades da população. Nesse viés, o subfinanciamento é uma repercussão direta dessa questão. O fundo público acaba sendo canalizado para as grandes empresas do sistema financeiro. A privatização interna do SUS é reflexo disso, pois já há pouco dinheiro para o sistema público e, esse pouco dinheiro, inclusive, deve ser utilizado, em grande parte, para os serviços privados.

Conforme Mendonça et al. (2018, p. 39), a EC n. 95/2016 agudiza o subfinanciamento crônico do SUS ao definir o congelamento e a redução progressiva dos recursos federais destinados ao SUS por 20 anos e sobrecarrega bastante os municípios, que já são responsáveis por um terço dos gastos em saúde (31%). A aprovação da EC n. 95/2016 representa importante ameaça, pois estima-se que o setor Saúde perderá mais de R\$ 400 bilhões até 2036, quando finda o prazo de 20 anos para o teto de despesas da União.

Iamamoto (2009, p. 363) aponta que as análises oficiais reconhecem que a tendência à ruptura da dimensão universal das políticas sociais contribui para a redução das necessidades de financiamento do gasto social público, o que se mostra coerente com a estratégia mais geral de contenção fiscal do governo diante das transformações autoimpostas pela primazia da estabilização monetária sobre qualquer outra política econômica.

Dessa forma, entendemos que apenas o Estado pode viabilizar alguns direitos, dependendo do contexto. Como nos diz Pereira (2008, p. 146):

⁶⁹ A proposta brasileira de implementação do teto para os gastos públicos federais, objeto das PEC's 241/55, foi aprovada em 16/12/2016, consolidando-se na Emenda Constitucional n. 95, que instituiu um novo regime fiscal para vigorar nos próximos 20 anos. A referida proposta foi alvo de intensos protestos pela sociedade civil. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/rinc/article/view/50289>>. Acesso em: 05 jan. 2021.

É por meio da relação dialética com a sociedade que o Estado abrange todas as dimensões da vida social, todos os indivíduos e classes, assumindo diferentes responsabilidades, inclusive as de atender demandas e reivindicações discordantes. Por isso, apesar de ele ser dotado de poder coercitivo e estar predominantemente a serviço das classes dominantes, pode também realizar ações protetoras, visando às classes subalternas, desde que pressionado para tanto e no interesse de sua legitimação.

Os direitos sociais que o Estado precisa garantir são resultados de lutas da classe trabalhadora, ou seja, são direitos duramente conquistados. Também são consequências da necessidade de circulação do capital via consumo. Portanto, o Estado também precisa atender às demandas e necessidades das classes subalternas. No contexto capitalista, interesses e objetivos diversos se confrontam em meio ao Estado e fazem parte dessa arena tanto interesses dos representantes do capital, a fim de reproduzir e ampliar a rentabilidade econômica privada, quanto dos trabalhadores, com vistas a compartilhar da riqueza acumulada e influir no bloco do poder.

Essa forma de atuação estatal é uma das estratégias do capitalismo para superar suas próprias crises, no qual a retração do Estado em suas responsabilidades e ações no campo social se manifesta na constrição do orçamento e no deterioramento da prestação de serviços sociais públicos, fortalecendo o privado em detrimento do público (IAMAMOTO, 2009). No capitalismo, os direitos sociais passam à condição de subordinação à política econômica, provocando o acirramento das desigualdades sociais.

Logo, ainda Iamamoto (2009) nos diz que as mudanças na estrutura econômica no seio da sociedade capitalista têm apresentado rebatimentos significativos, também no campo da saúde. Desse modo, agrava as condições de vida da população e exige das políticas sociais públicas, aqui em se tratando a saúde, uma atenção que contemple a totalidade das relações sociais que atravessam o cotidiano dessas instituições e seus diferentes níveis de atenção.

Dessa maneira, com a desproteção do Estado, é provocado, por exemplo, em muitas famílias, o sentimento de incapacidade de prover as necessidades e proteção aos filhos e, que muitas vezes, gera um panorama de insatisfação, desagrado, constrangimento, revolta e deterioração dos vínculos familiares. Assim, o que presenciamos, na condição de pesquisadora, assistente social e usuária da saúde, é a desorganização, bem como a destituição dos serviços sociais públicos, em consequência do “reordenamento do Estado” em suas responsabilidades sociais.

Assim sendo, percebe-se o acirramento das expressões da questão social, como resultado desta sociabilidade capitalista que provoca a violação dos Direitos Humanos, a partir do momento em que se é negado o acesso a um direito fundamental, como é o caso da saúde.

É importante situar a população que acessa a unidade básica de saúde, entendendo de um modo mais amplo os rebatimentos da questão social na vida dos cidadãos. Compreendemos a dificuldade de acesso aos direitos, como por exemplo, a saúde, como expressão de fenômenos macrossociais, a exemplo da mundialização do capital, a ofensiva neoliberal e o aprofundamento da desigualdade social, considerando a falta de acesso à saúde, nesse âmbito, como grave violação dos Direitos Humanos e sociais. Portanto, devemos contextualizar o acesso à saúde pública inserida numa sociabilidade capitalista demarcada.

Dessa maneira, levamos em conta o panorama da exploração do capitalismo como uma das principais causas que obstaculizam o acesso aos serviços oriundos das políticas sociais, a partir do momento em que acirram as expressões da questão social, que prioriza o investimento para o capital ao invés do social e que eleva os níveis de desemprego, dentre outras questões. O que demonstra não existir capitalismo humanizado.

Especificamente em relação à política de saúde, é fundamental expor que a criação da Seguridade Social, composta pela Saúde, Assistência Social e Previdência Social, representa um dos maiores avanços da Constituição Federal de 1988, no que se refere à proteção social, à extensão de direitos sociais e ao atendimento das reivindicações da classe trabalhadora.

A saúde foi uma das áreas em que os avanços constitucionais foram mais significativos. O SUS, integrante da Seguridade Social e uma das proposições do Projeto de Reforma Sanitária, foi regulamentado em 1990 pela Lei Orgânica da Saúde (LOS). Ao compreender o SUS como uma estratégia, o Projeto de Reforma Sanitária⁷⁰ tem como base o Estado democrático de direito, responsável pelas políticas sociais e, conseqüentemente, pela saúde (CFESS, 2013, p. 16-17). O SUS seria uma das dimensões da Reforma Sanitária.

⁷⁰ De acordo com o Ministério da Saúde, o movimento da Reforma Sanitária se referiu ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Este processo teve como marco institucional a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. As propostas da Reforma Sanitária resultaram, finalmente, na universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria#:~:text=O%20movimento%20da%20Reforma%20Sanit%C3%A1ria,necess%C3%A1rias%20na%20%C3%A1rea%20da%20sa%C3%BAde>>. Acesso em: 12 jan. 2021.

O Movimento da Reforma Sanitária no Brasil ocorreu no final da década de 70, e culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Essa conferência ocorreu com o intuito de assegurar que a saúde seja um direito do cidadão, um dever do Estado e que seja universal o acesso a todos os bens e serviços de saúde.

Dessa maneira, a partir do conceito ampliado de saúde proposto nesta conferência, a concepção de saúde passa a se apresentar como não restrita ao enfrentamento da doença, mas, sim, como um conjunto de condições básicas que possibilitem o bem-estar social dos indivíduos, estando relacionada aos diversos espaços da vida social em sociedade, como educação, moradia, lazer, alimentação, trabalho.

Identificamos a saúde como direito de todos, sendo vista como resultante das condições de vida, de trabalho, das relações Estado – Sociedade, etc. Enfim, quando a politização da saúde como questão política e social é colocada para a sociedade brasileira, materializa-se também como uma forma de luta em prol da construção de uma sociedade democrática, na perspectiva dos direitos sociais.

Na própria fala de Sérgio Arouca, na 8ª Conferência em 1986⁷¹:

Saúde não é simplesmente ausência de doença: é um bem-estar social que pode significar que as pessoas tenham mais alguma coisa do que simplesmente não estarem doentes; é um direito à casa, ao trabalho, ao salário condigno, à água, à vestimenta, à educação, às informações [...]. É direito a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e autodeterminação de um povo que não esteja todo tempo submetido ao medo da violência resultante da miséria.

Logo, foi a partir desta Conferência que se pensou no conceito de saúde numa perspectiva ampliada e de determinação social, apresentando-se como um conceito inovador no sentido de que ele olha para a determinação social da saúde, para as questões estruturais que impactam na saúde, já que a saúde é política e socialmente determinada.

Segundo o Professor Rogério Gomes (2021)⁷², a determinação social seria uma forma de compreender a relação saúde-doença, como ela surge, como ela

⁷¹ A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi um dos momentos mais importantes na definição do SUS e debateu três temas principais: 'A saúde como dever do Estado e direito do cidadão', 'A reformulação do Sistema Nacional de Saúde' e 'O financiamento setorial'. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhouforma#:~:text=A%208%C2%AA%20Confer%C3%AAncia%20Nacional%20de,%20e%20O%20financiamento%20setorial>>. Acesso em: 28 dez. 2020.

⁷² Aula proferida no curso (on-line): SUS, capitalismo e saúde. Fundação Dinarco Reis. 2021. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=xRSyQqnvz34&t=6144s>>. Acesso em: 22 set. 2022.

se desenvolve, como ela é condicionada e, em última instância, que impactos tem sobre a vida. É feita uma tentativa de olhar a totalidade da sociedade que vivemos e as implicações dela sobre a saúde. Já a OMS define como modelo multicausal e biopsicossocial.

Salientamos que as relações sociais determinam a saúde-doença e identificamos o processo de adoecimento como resultado das condições de vida da população. Assim, as crises sociais pioram as condições de vida da população.

De acordo com o Professor César Favoretto⁷³, em sua fala no I Simpósio pela Saúde Pública/UERJ (2020), havia uma agenda pensando no conceito ampliado à saúde, principalmente o direito a um sistema político que respeitasse a livre opinião e a necessidade de organização de um povo. Esse era um momento de redemocratização.

Dessa forma, consideram-se questões relacionadas ao trabalho, salário, alimentação, habitação, transporte, cultura, meio ambiente, entre outros. A saúde é vista como um direito de cidadania, portanto, um direito universal e igualitário.

Villela et al. (2017, p. 87) apontam que, desde o início da década de 1970, o Movimento Sanitarista desempenhou um papel-chave na publicação de uma agenda de saúde para todo o país e foi o principal ator que levou ao reconhecimento, na Constituição, de que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”. Essa disposição constitucional impulsionou o desenvolvimento do sistema de saúde nacional público conhecido como o SUS.

No entanto, apesar de todas as vitórias e garantias constitucionais, o acesso às ações e aos serviços de saúde ainda não é uma realidade para muitas pessoas no país. Muitos elementos precisam ser considerados na análise da atual situação do sistema público de saúde no Brasil, em um cenário de recursos limitados e de subfinanciamento deste sistema.

Chaves et al. (2017, p. 42) informam que, no Brasil, a aprovação da Constituição Federal de 1988 estabeleceu as bases para o SUS, seguindo a diretriz da saúde em garanti-la mediante a implementação de políticas públicas (artigo 196). Os princípios da universalidade do acesso, integralidade das ações e serviços de saúde, bem como a equidade conferem legitimidade ao SUS. Assim, o SUS deverá ter ações contínuas no sentido da promoção, da proteção, da cura e da reabilitação, com princípios acessíveis viáveis.

⁷³ O I Simpósio pela Saúde Pública foi organizado pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em julho de 2020. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=tNIU4qRuvp8&t=1860s>>. Acesso em: 22 set. 2022.

São destacados como fundamentos dessa proposta: a democratização do acesso; a universalização das ações; a melhoria da qualidade dos serviços, com a adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações; a democratização das informações e transparência no uso de recursos e ações do governo; a descentralização com controle social democrático; a interdisciplinaridade nas ações.

O impacto do projeto neoliberal no atendimento à saúde, de um modo geral, é extremamente perverso. Os recursos autorizados para os serviços, programas/ações exclusivos ao atendimento dos usuários são insuficientes na capacidade de enfrentar a realidade de adoecimento, a falta de acesso à medicação, a realização de exames, as consultas médicas, os atendimentos de urgência/emergência, o atendimento digno e humanizado.

Como estratégia do grande capital, no enfrentamento da crise brasileira, tem-se a acirrada crítica às conquistas sociais da Constituição Federal de 1988. Verifica-se, na década de 1990, a afirmação da contrarreforma de cunho neoliberal, defendida pelas agências internacionais. Na defesa do processo de privatização, ressalta-se a mercantilização da Saúde e da Previdência e a ampliação do assistencialismo (CFESS, 2013).

A contrarreforma do Estado atingiu a saúde por meio das proposições de restrição do financiamento público e da dicotomia entre ações curativas e preventivas. Há ênfase em programas focais, tais como: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF). Entende-se que todas essas medidas visam ao estímulo ao seguro privado de saúde, ficando o SUS restrito aos pobres, por meio de ações mínimas, programas focalizados e contratos por Organização Social, e havendo outro sistema para os consumidores (CFESS, 2013, p. 18-19).

Portanto, é nesse contexto contraditório e complexo da realidade brasileira, em meio a desigualdades sociais; entre uma grande mobilização social pela cidadania, normativas internacionais amplamente difundidas, legislação estabelecida e o desrespeito institucionalizado, que se inserem as políticas públicas de enfrentamento à epidemia do HIV/AIDS.

Nessa conjuntura, Passarelli (2003, p. 09-10) defende que:

As formas como a AIDS vem afetando as mais variadas nações em todo o mundo têm tornado explícitas as disparidades existentes entre os países mais ricos e a imensa maioria dos países em desenvolvimento. Dessa forma, é importante nos atentar aos verdadeiros determinantes da vulnerabilidade coletiva frente ao HIV/AIDS.

Na relação entre as primeiras organizações para dar enfrentamento ao HIV/AIDS no Brasil e o movimento pela Reforma Sanitária, Passarelli (2004, p. 19) identifica características bastante importantes e alguma similaridade entre os movimentos de HIV/AIDS e a reforma sanitária. Caracteriza-se por ter surgido ainda durante a ditadura, como parte dos movimentos pela redemocratização do país. No Brasil, há cruzamento de processos históricos. Nesse viés, a construção inicial da resposta frente à epidemia aconteceu no processo de redemocratização (no final dos anos 1980 e início dos anos 1990, coincidindo com a Constituição Federal que data de 1988 e o SUS que data de 1990). Por conseguinte, o início da AIDS no Brasil se deu com o país na redemocratização.

A política pública de saúde tem encontrado notórias dificuldades para sua efetivação, como a desigualdade de acesso da população aos serviços de saúde, o desafio de construção de práticas baseadas na integralidade, os dilemas para alcançar a equidade no financiamento do setor, entre outras. Este cenário da saúde pública do país provoca influências na forma como o governo vai conduzir as políticas de prevenção e o tratamento do HIV/AIDS. No que se refere ao tratamento de HIV/AIDS, entre as décadas de 1990 e 2010, o Ministério da Saúde divulgou algumas recomendações.

Também chamadas de diretrizes de terapia, as recomendações de tratamento e prevenção reúnem as técnicas de especialistas de todo o país para tratamento da pessoa que vive com HIV/AIDS. Hoje as diretrizes são denominadas Protocolos Clínicos e Diretrizes de Tratamento e possuem caráter normativo e não apenas orientações a serem seguidas.

A última recomendação data de 2013, sendo atualizado em 2015. Atualmente, tem-se o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos (2018). É importante destacar que a utilização da terapia anti-HIV já evitou 9,5 milhões de mortes⁷⁴.

Este documento trata, de forma técnica, da utilização de medicamentos antirretrovirais, da rede de assistência em saúde, da prevenção combinada e

⁷⁴ Dados do Ministério da Saúde. Disponível em: <<https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/redacao/2019/12/03/ele-descobriu-hiv-aos-59-anos-como-e-ser-idoso-e-conviver-com-o-virus.htm>>. Acesso em: 02 mar. 2020.

saúde reprodutiva das pessoas que vivem com HIV/AIDS, traz conceitos acerca do cuidado integral, das novas metodologias de prevenção, aborda a evolução da infecção pelo HIV/AIDS, a importância do diagnóstico ágil e a abordagem inicial das pessoas que vivem com HIV. Desse modo, apresenta informações para o esclarecimento dos pacientes e recomendações aos profissionais de saúde sobre o manejo clínico inicial e contínuo das pessoas que vivem com HIV/AIDS.

À medida que a epidemia de HIV/AIDS avança para a sua quinta década, o sentimento de urgência que acompanhava as discussões a respeito da AIDS há uns 15 ou 20 anos parece está desaparecendo. O que é lamentável e arriscado, pois os dados recentes do boletim epidemiológico de 2021 revelam números preocupantes no que se refere à epidemia do HIV/AIDS que, mesmo com tantos avanços e investimentos nos programas de atenção à pessoa vivendo com HIV/AIDS, o Brasil ainda convive com situações graves desta epidemia.

Quanto ao índice de contaminação do HIV/AIDS, de acordo com os dados apresentados pelo Ministério da Saúde⁷⁵, em 2019, havia, aproximadamente, 900 mil pessoas com HIV/AIDS, 766 mil foram diagnosticadas e 594 mil faziam tratamento com antirretroviral. Logo, vemos que há uma deficiência no tratamento como um todo, pois nem todas as pessoas infectadas estão diagnosticadas e nem todos os diagnosticados estão em terapia antirretroviral.

Nesse sentido, temos que concordar com Parker (2000, p. 100) quando diz que, desde o início da década de 1990, presenciamos uma queda acentuada em ajuda e assistência para responder ao HIV/AIDS nos setores e nas sociedades onde, precisamente, a epidemia está se espalhando com mais rapidez. Os esforços internacionais para enfrentar a epidemia se tornaram cada vez mais tímidos e burocráticos.

Todavia, o número de pessoas infectadas pelo HIV/AIDS vem diminuindo em escala global, assim como o número de mortes causadas pela AIDS. Mas, segundo as estatísticas oficiais, essa redução ocorre de maneira desigual entre diferentes países e também entre diferentes segmentos sociais.

Em adolescentes, por exemplo, o risco de contrair a infecção tem crescido significativamente nos últimos anos. Enquanto nos países de baixa e média renda as mulheres jovens são as mais afetadas, nos países mais ricos são as pessoas

⁷⁵ Dados do Ministério da Saúde. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2019-11/ministerio-da-saude-135-mil-convivem-com-hiv-no-pais-e-nao-sabem#:~:text=De%20acordo%20com%20os%20dados,ano%2C%20eram%20866%20mil%20pessoas>>. Acesso em: 12 jan. 2021

transgênero⁷⁶, bissexuais, gays e a população indígena não branca.⁷⁷

Na discussão das políticas voltadas ao enfrentamento do HIV/AIDS, Parker (2000) sinaliza como é necessário entender essa epidemia numa ideia mais ampla, de análise da conjuntura, viabilizando políticas/programas no sentido de combater essa situação com maneiras de derrotá-la e não de administrá-la.

De fato, os pesquisadores sugerem que a epidemia de HIV/AIDS jamais será derrotada a não ser que consigamos descobrir as verdadeiras forças que a estruturam e que a deram seu dinamismo próprio – e até que derrubemos a indústria peculiar que tem crescido à sua volta (PARKER, 2000, p. 10).

Nesse sentido, é nítido que há interesses do mercado que investem e lucram com esta epidemia, seja no sentido de fabricação de medicamentos, realização de exames, fabricação de preservativos e investimentos em campanhas de prevenção. Quanto às campanhas de prevenção, entendemo-nas como direito, no entanto, há uma necessidade de se reinventar a pedagogia da prevenção, onde o desafio é trabalhar formas de sexo mais seguro.

Assim, concordamos com Parker (2000), quando pontua que a crescente percepção do HIV/AIDS como parte de um contexto social mais amplo – e da resposta ao HIV/AIDS como necessariamente parte de um processo maior de mudança social voltado para a reforma de estruturas de desigualdade e injustiça – forneceu novo incentivo para o planejamento de programas de prevenção.

Embora esteja claro que um único programa não é capaz de responder inteiramente à gama de questões que, em última análise, devem ser abordadas na produção de mudanças sociais de maior alcance, a visualização das estratégias de prevenção como parte desse processo mais abrangente tornou possível abrir novas frentes de ação e, de maneira mais eficaz e inovadora, associar a prevenção do HIV/AIDS a movimentos sociais.

Como parte da política de saúde, as políticas de enfrentamento à AIDS encararam permanente tensão entre a ampliação dos serviços e a disponibilidade de recursos financeiros. Além disso, elas enfrentam também os interesses advindos das relações entre os setores estatal e empresarial médico.

⁷⁶ Transgênero é uma pessoa que nasceu com determinado sexo biológico e não se identifica com o seu corpo. Quer poder se expressar como o sexo oposto (usando roupas, por exemplo), mas não tem necessidade de modificar sua anatomia corporal. Disponível em: <<https://br.mundopsicologos.com/artigos/o-que-significa-ser-transgenero>>. Acesso em: 13 abr. 2022.

⁷⁷ Disponível em: <<https://exame.abril.com.br/ciencia/aids-cresce-entre-jovens-com-cortes-na-saude-alerta-pesquisadora/>>. Acesso em: 02 mar. 2020.

Consequentemente, deverão ser oferecidos importantes incentivos ao desenvolvimento de programas de prevenção ao HIV/AIDS – e uma nítida esperança de que o trabalho com HIV/AIDS pode contribuir para as lutas mais amplas por uma ordem social mais justa.

3.2.

Os avanços e os limites DO Sistema Único de Saúde – SUS

No debate de política de saúde, considerando os 31 anos do SUS, é importante situar seus avanços e limites, identificando os desafios e possibilidades de vivência como política pública.

Como já falado, a Constituição Federal de 1988, em seu Art. 196, apresenta que: “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”. Nesse sentido, vemos que o poder público precisa dispor de políticas e serviços que ofertem o acesso à saúde. Além disso, o próprio artigo 197 da Constituição traz que “o poder público também precisa regulamentar, fiscalizar e controlar essas ações em saúde”.

Já no Art. 198, vemos que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e;
- III - Participação da comunidade.

É importante a vivência das políticas e programas em saúde dentro dessa lógica estabelecida na Constituição de 1988. O próprio SUS, na sua legislação, prevê esses direcionamentos dentro da sua proposta. Não podemos, porém, desconsiderar as dificuldades e os limites quanto à execução do que está programado legalmente, considerando também todos os obstáculos quanto a questão do financiamento e dificuldades no que se refere às questões relacionadas com a desigualdade social, em se tratando de um país continental.

De acordo com o IPEA (2020, p. 102), o Brasil conta com um sistema de saúde de acesso universal e financiamento público a partir de tributos gerais, o que, a priori, atenderia aos requisitos para alcance da meta de cobertura universal e proteção financeira. Além disso, o sistema brasileiro se propõe a organizar a atenção integral à saúde e possibilita avançar em direção a uma maior redução da mortalidade infantil e materna, à promoção e prevenção de doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), bem como ao acesso aos serviços de saúde para aqueles que desenvolveram doenças.

De acordo com Santos (2008, p. 2010), o SUS transformou-se no maior projeto público de inclusão social em menos de duas décadas: 110 milhões de pessoas atendidas por agentes comunitários de saúde em 95% dos municípios e 87 milhões atendidos por 27 mil equipes de saúde de família; 212 milhões de atendimentos odontológicos; 12 mil transplantes; 3,1 milhões de cirurgias; 9 milhões de seções de radioquimioterapia; o controle mais avançado da AIDS no terceiro mundo.

Esses são números impressionantes para a população atual, em marcante contraste com aproximadamente metade da população excluída antes dos anos 1980, a não ser pequena fração atendida eventualmente pela caridade das Santas Casas.

Mesmo com a participação insuficiente do financiamento público, o Brasil conseguiu avançar em direção ao acesso universal à saúde, por meio do SUS, garantindo avanços importantes no acesso à atenção à saúde. A integralidade da atenção, definida como “o 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”, também avançou tanto no sentido de ações promocionais, preventivas e reparadoras, quanto ao acesso aos diferentes graus de complexidade dos serviços oferecidos (IPEA, 2020, p. 96).

O SUS, ao longo de mais de três décadas, tem cumprido um papel fundamental na melhoria das condições de vida da população brasileira. Como atualização do SUS, de acordo com o Professor José Temporão, em sua fala no I Simpósio pela Saúde Pública/UERJ (2020)⁷⁸, os dados da população brasileira e dimensão do SUS até 2018 são:

- 208 milhões de habitantes (2018);

⁷⁸ O I Simpósio pela saúde pública foi organizado pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro em julho de 2020. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=wH4338JsJaw&t=17s>>. Acesso em: 22 set. 2022.

- 75% da população depende totalmente para suas necessidades do SUS. 25% da população usa planos e seguros de saúde;
- 3,9 bilhões de procedimentos ambulatoriais;
- 1,3 bilhão de consultas/ atendimentos;
- 11,4 milhões de internações;
- 1,9 milhão de partos;
- 899,6 milhões de exames; e
- 300 milhões de doses de vacinas e imunobiológicos distribuídos.

Com relação aos obstáculos e desafios do SUS, vemos que, desde seu início, esse Sistema nunca foi efetivado como um todo e na sua concretude, infelizmente. Dessa maneira, houve uma fragilização desse sistema, com a saúde sempre vista como gasto e não como investimento (a EC n.95/2016 acentua essa questão). Associada a essa questão, tem-se, evidentemente, o gigantismo e a complexidade do Projeto SUS, em um país continental, de grande população e socialmente desigual.

No que se refere ao financiamento do SUS, há uma longa e trágica história, porque, desde o início, o SUS nunca conseguiu ser financiado em sua totalidade. Infelizmente, o Sistema sempre foi subfinanciado, em todos os governos. Essa é uma incompletude do SUS, em termos constitucionais.

Como nos afirmam Ugá; Marques (2005, p. 195), a tímida presença do Estado no gasto em saúde deve-se também ao fato de que, no momento da consolidação do SUS, o modelo econômico brasileiro se encontrava (e ainda se encontra) sob as rédeas do ajuste macroeconômico de cunho liberal.

Para Campos (2006, p. 19), é importante reconhecer que o discurso e a atuação dos últimos governos têm se vinculado à privatização e à contenção de gastos por meio de medidas que promovam “austeridade” e “seleção de demandas”. Orientação econômica que impõe um processo recessivo e políticas sociais cada vez mais restritas, conforme as recomendações de organismos financeiros internacionais e dos próprios países desenvolvidos, dos quais temos grande dependência.

Dessa forma, vemos que o SUS foi uma grande conquista, mas há, contraditoriamente, um movimento de desmonte. Desde sua gênese, percebe-se essa situação de destruição, muito em decorrência do cenário político e econômico no Brasil e do avanço das privatizações.

A Professora Tuane Devit (2021)⁷⁹ nos informa que são as crises políticas que interferem na concepção e execução da saúde, tais como: troca de ministros, alianças políticas; governos progressistas que insistiram na lógica neoliberal, na mercantilização e privatização da saúde (abertura para o capital privado, privatização dos hospitais universitários); não enfrentamento de problemas estruturais (a questão do subfinanciamento, ampliação de serviços).

Nos anos 1990, já se observava o avanço da política neoliberal, a abertura para a iniciativa privada. Ao longo das décadas, fomos nos deparando com o impacto no financiamento das políticas sociais, com uma disputa do setor privado por ampliação, bem como a redução do funcionalismo público.

A Constituição Federal de 1988 previa que o SUS seria financiado com recursos da previdência e de impostos. Houve uma mudança, em 2000, por meio de emenda constitucional, e o SUS passou a ser financiando só por impostos, mas a proposta dessa emenda é que houvesse uma vinculação orçamentária (que anualmente houvesse recursos garantidos para o SUS, como há na educação).

Dando continuidade aos parâmetros neoliberais na saúde, o governo Lula manteve e deu sequência às medidas neoliberais, imperantes no governo anterior. Dentre as ações desse governo e tendo em vista os interesses do capital, importa destacar três medidas que se relacionam ao financiamento da saúde: a Desvinculação de Receitas da União (DRU), a Emenda Constitucional 29 (EC-29) e a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). Todas seguem a lógica de desviar recursos da saúde para outros fins econômicos (BORLINI, 2010, p. 328).

Lígia Bahia, ao proferir palestra no I Simpósio pela Saúde Pública/UERJ (2020)⁸⁰, informou que essa emenda (EC n. 29/2012)⁸¹ demorou 12 anos para ser regulamentada, ocorrendo no governo Dilma (em 2012). Essa aprovação aconteceu em meio a ideias de ajustes fiscais para as políticas sociais, com políticas fiscalistas (só observando o corte de despesa e não o aumento da arrecadação, por meio de taxação de riquezas, por exemplo).

Em relação à Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), ressalta-se que, em 2004, previa que gastos previdenciários, serviço da dívida e recursos para o Fundo

⁷⁹ Aula proferida no curso (on-line): SUS, capitalismo e saúde. Fundação Dinarco Reis. 2021. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=I9CghWPrVsl&t=1785s>>. Acesso em: 22 set. 2022.

⁸⁰ Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=cBmHQ0dql-g&t=2534s>>. Acesso em: 22 set. 2022.

⁸¹ A regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, em 2012, representou uma importante conquista da sociedade para a construção do SUS, pois estabeleceu a vinculação de recursos nas três esferas de governo para um processo de financiamento mais estável do SUS. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/webec29/index.html>>. Acesso em: 13 de jan. 2021.

de Combate e Erradicação da Pobreza fossem contabilizados como gastos do Ministério da Saúde no SUS. Frente à forte contestação do Conselho Nacional de Saúde e da Frente Parlamentar da Saúde, essa medida foi vetada. Entretanto, em 2006, surge nova tentativa de “desvirtuação” dos recursos, novamente recuada frente à mobilização de entidades (MENDES; MARQUES, 2005).

Atualizando a questão da LDO para 2021, o Professor Áquilas Mendes (2021)⁸² explica que houve a retomada das regras fiscais do teto de despesas primárias da EC-95/2016, em combinação com as metas do resultado primário, materializando a austeridade fiscal. Ou seja, o governo federal admitiu que, para 2021, a crise sanitária não necessitaria de novos recursos, retornando com o teto de despesas primárias da EC-95/2016, pois a mesma tinha sido paralisada no ano de 2020 em decorrência da pandemia. No Projeto de Lei Orçamentária (PLOA) da União, a saúde recebeu o mínimo obrigatório, congelado pela EC-95/2016.

O IPEA (2020, p. 118-119) mostra que o receio maior é de que as medidas de austeridade, centradas quase exclusivamente na retração dos gastos públicos, representem uma mudança de paradigma no enfrentamento das desigualdades sociais e do papel do Estado na promoção do desenvolvimento, na promoção da justiça social e na área da promoção, proteção e recuperação da saúde.

Assim, como nos dizem Ugá; Marques (2005, p. 200), o ajuste macroeconômico afetou o SUS drasticamente por meio da contenção de recursos para a política de saúde, implementada ao longo da década de 1990, agravada pelos recorrentes contingenciamentos dos recursos alocados ao setor, gerando uma crise de financiamento do SUS.

Após a crise econômica de 2008, os países tiveram aumento com gastos em saúde, porque a população envelheceu e, os problemas de saúde foram se complexificando. No Brasil, não tem sido assim, pois não houve aumento no investimento em saúde. O Brasil gasta pouco com saúde e, o pouco que gasta nessa área é gasto privado: 45% de gasto público e 55% de gasto privado (BAHIA, 2020).

Logo, esse subfinanciamento crônico do sistema, como diz Passarelli (2004, p. 26), coloca o nosso país na insólita condição de ser o único país do mundo que, mesmo tendo um sistema público com responsabilidade constitucional de prover cobertura universal, tem um gasto público inferior ao gasto privado.

⁸² Aula proferida no curso (on-line): SUS, capitalismo e saúde. Fundação Dinarco Reis. 2021. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=WGCuFpzm9hc>>. Acesso em: 22 set. 2022.

Esse processo é assustador quando o transformamos em números. De 1995 a 2004 houve um aumento da receita corrente da União perante o Produto Interno Bruto (PIB) de 19,7% para 26,7%. Entretanto, há queda dos gastos do Ministério da Saúde perante a receita corrente: 8,9% para 7,2%. De 1980 a 2004: queda federal de 75% para 49,6% e aumento da soma estadual/municipal de 25% para 50,4%, de todos os recursos públicos de saúde (SANTOS, 2008).

O Professor Áquilas Mendes (2021) aborda a dimensão destruidora das políticas sociais e da saúde do governo Jair Bolsonaro em que está inserido o processo de desmonte da saúde pública. A relação entre a crise do direito à saúde e a reconfiguração do Estado capitalista brasileiro manifesta-se por um regime político de legitimidade restrita que ganha intensidade após o golpe institucional de 2016, especialmente com o governo de Jair Bolsonaro.

Nesse sentido, no que se refere ao financiamento do SUS, atualmente, este passa pelo subfinanciamento e desfinanciamento, em que houve muita construção e avanços, mas também há muitas contradições e recuos nesse processo. Do ponto de vista dos recursos do SUS, Mendes (2021)⁸³ explica que podemos dizer que a história do SUS se identifica com a questão do subfinanciamento, portanto, a saúde não foi considerada prioritária pelo Estado.

Atualmente, o que assistimos é o desfinanciamento. A partir da EC-95/2016, que congela o gasto público por 20 anos, para o SUS, isso representa que, além do subfinanciamento, configura-se como desfinanciamento, em que o SUS perde cada vez mais recursos. A perda do financiamento federal do SUS (por isso, desfinanciamento) a partir da EC-95/2016, em 2020, foi de R\$ 22.526 bilhões. A Desvinculação de Receitas da União (DRU), entre 1995 a 2019 retirou R\$ 1,3 trilhão do orçamento da seguridade social (MENDES, 2021).

Desse modo, algumas evidências contribuem para caracterizar esse subfinanciamento: o gasto do Ministério da Saúde com ações e serviços públicos em saúde com relação ao PIB, de 1995 a 2018, girou em torno de 1,7%. Em 2019, esse gasto caiu para 1,6% e em 2020 despencou para 1,5%. Já o gasto do governo federal com os juros da dívida, em 2020, foi de 7,0%, e, em 2012, esse gasto já foi de 4,9%. O orçamento federal, por sua vez, executado em 2020 (o equivalente a R\$ 3,535 trilhões) previu apenas 4,26% investidos em saúde. Em

⁸³ Aula proferida no curso (on-line): SUS, capitalismo e saúde. Fundação Dinarco Reis. 2021. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=WGCuFpzm9hc>>. Acesso em: 22 set. 2022.

compensação, com os juros e a amortização da dívida, houve o investimento de 39,08%⁸⁴.

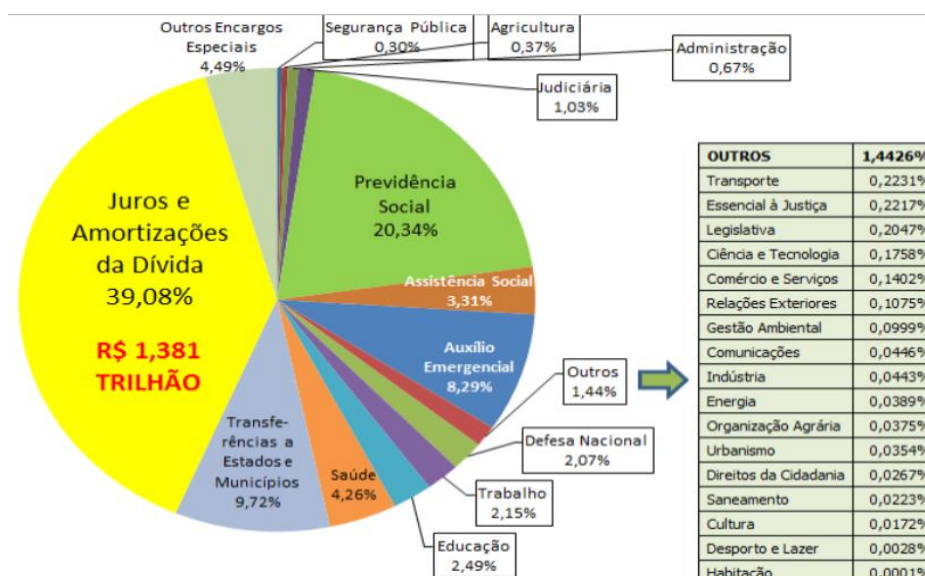


Figura 2 - Orçamento Federal Executado em 2020.
Fonte: <<https://auditoriacidada.org.br/>>.

Consequentemente, vemos que, de todo valor do orçamento federal executado, foram poucos os investimentos para a saúde. Os dados revelam a crise do orçamento público e de como o capital se apodera do recurso público (na sua lógica como tendência para enfrentar a crise). O Estado capitalista não tem interesse em garantir o SUS universal, pois está ao lado do capital.

De acordo com Mendes (2021), como exemplo de subfinanciamento, temos: em 2019, o orçamento da seguridade social foi de R\$ 750,1 bilhões, sendo que se destinados 30% à saúde, considerando os gastos do governo federal, corresponderiam a R\$ 225,0 bilhões, mas a dotação foi de R\$ 122,3 bilhões, correspondendo a apenas 16,5% deste orçamento. Infelizmente, o orçamento da seguridade social foi apropriado, foi desconsiderado pelos diversos governos por meio de emenda constitucional, para o superávit primário. Vemos o fundo público articulado com o conservadorismo desse atual governo e aliado ao neoliberalismo (que subtrai recurso público para o setor privado).

Com relação ao aspecto privado do SUS, Bravo; Matos (2002) apontam que as organizações privadas se tornam questionáveis, tais como: a composição do controle social e suas divergências de interesse; a redução do financiamento e o

⁸⁴ Disponível em: <<https://auditoriacidada.org.br/>>. Acesso em: 19 out. 2021.

repassa as ações à sociedade civil; a construção de um cidadão consumidor e não detentor de direitos e; a duvidosa autonomia dos gestores das organizações.

Todos esses aspectos vão de encontro aos ideais preconizados pelo SUS. Ainda podem ser apontadas, dentro da reforma da saúde, outras normalizações, como a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96), que regula os planos e seguros privados de saúde, bem como a desarticulação da atenção básica da atenção secundária e da terciária, dividindo o SUS em dois blocos: hospitalar (com ampla “parceria” com a rede privada) e assistência básica por meio de programas focais (com caráter público), ou ainda como “deixa subentendidos dois sistemas: um SUS para os pobres e outro sistema para os consumidores” (BRAVO; MATOS, 2002, p. 210).

Dessa forma, vemos que há mais recursos para menor parte da população e menor recurso para maior parte da população. Esse é o padrão e a estrutura de financiamento da saúde no Brasil. O SUS é o maior sistema universal de saúde do mundo, pois é grande, é um projeto generoso, é um projeto extraordinário, do ponto de vista da ousadia de se pensar um sistema universal num país capitalista periférico. Entretanto, não é o maior sistema universal de saúde do mundo, do ponto de vista do financiamento.

Bahia (2020) ainda comenta que o tamanho do SUS não se refere só ao financiamento, dado que se expressa também em relação aos recursos objetivos. 70% dos médicos trabalham no setor privado e menos de 27% da população tem plano de saúde. Quanto aos profissionais de enfermagem, 60% trabalham no setor privado. A desproporção é cruel, tendo em vista a maior parte da população ter acesso a poucos profissionais e, muitos deles têm sua formação realizada em instituição pública de ensino.

Contudo, de acordo com Temporão (2020), a saúde é uma das áreas mais dinâmicas, inclusive em termos de criação de empregos, inovação, riqueza, ciência e bem-estar. Entretanto, a dinâmica do capital também se inseriu na saúde, com seus interesses e contradições.

Bahia (2018, p. 03) nos informa que quem não está vinculado a plano privado pode buscar atendimento no SUS ou no setor privado. Parte das pessoas que têm cobertura de plano recorre à rede assistencial do SUS. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, considerando quem não tem plano, 57,6% declararam ter buscado atendimento no SUS, e 12,6% pagaram pela assistência. Entre os vinculados a planos privados, 17,5% afirmaram terem sido atendidos em serviços públicos.

Entretanto, há a manutenção e, até mesmo, o incremento de incentivos e de condições propícias à expansão do mercado privado na área da saúde. Nesse sentido, o cenário atual revela um desmonte em curso, bem como um processo de privatização acirrada do SUS por meio do subfinanciamento constante, da lógica reducionista do SUS (planos de saúde acessíveis à população), das concepções conservadoras e negacionistas (cancelamento de várias políticas importantes), dos esquemas de corrupção e privilégios ao setor privado (principalmente nas organizações sociais), precarização do trabalho (por meio da terceirização, salários atrasados). Inegavelmente, essas são situações que impactam negativamente no serviço de qualidade e na proposta inicial do SUS.

Nesse processo, Gomes (2021)⁸⁵ identifica algumas repercussões da precarização dos serviços da saúde, quais sejam: ausência de integralidade, perda da qualidade dos serviços, degradação do atendimento (em decorrência da lógica de redução de custos). Assim, com a reestruturação produtiva na saúde, tem-se a financeirização da saúde privada, precarização de vínculos trabalhistas/flexibilidade do trabalho (contratos temporários, terceirizações, vínculos por organização social etc.), ampliação da jornada de trabalho, mecanismos contemporâneos da telemedicina (plataformização/ “ifood da saúde”). Apresentam-se como mecanismos atuais das empresas capitalistas ao buscarem nichos e formas de ampliarem seus negócios. Na rede pública, os problemas não são desconectados dessa dinâmica geral da acumulação capitalista.

Apesar de estar inserido numa situação adversa, sob o ponto de vista dos avanços, o SUS tem um ideário forte. Atingimos um nível respeitável de acesso universal à saúde. Nesses anos, não podemos negar a expressiva ampliação da cobertura e do acesso e um importante impacto na melhoria das condições objetivas e subjetivas de vida.

O IBGE (2018)⁸⁶ nos informa que a expectativa de vida no Brasil, nos anos 1960, foi de 52,5 anos e, em 2018, foi de 76,3 anos. Quanto à taxa de mortalidade infantil (ainda que seja heterogênea e com variações por região brasileira), houve

⁸⁵ Aula proferida no curso (on-line): SUS, capitalismo e saúde. Fundação Dinarco Reis. 2021. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=xRSyQqnvz34&t=6144s>> Acesso em: 22 set. 2022.

⁸⁶ Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/21301-saude-avanca-mas-segue-longe-do-idealizado-em-1988>>. Acesso em: 13 jan. 2021.

uma melhoria importante, dado que, nos anos 1960, era de 131 mortes por mil nascidos vivos e, em 2018, foi de 14,4 por mil.

A assistência ambulatorial do SUS se expandiu entre 1995 e 2015. Em 2015, o setor público realizou a maioria das consultas (75%) e dos exames diagnósticos (59%). O privado, por sua vez, foi responsável por 72% dos tratamentos de nefrologia e, o filantrópico, por 66% das quimioterapias (BAHIA, 2018, p. 04).

Houve um impacto muito importante no controle das doenças imunopreveníveis e infectocontagiosas, por meio da alta cobertura vacinal brasileira, pois o Brasil tem uma alta capacidade de produção de vacinas que poucos países têm (exemplo: Instituto Butantan e Biomanguinhos/Fiocruz são alguns dos maiores produtores de vacinas do mundo). O programa nacional de imunização viabilizou importantes conquistas: 19 vacinas para 20 doenças, 80% de cobertura vacinal média, cobertura nacional e gratuita, transferência tecnológica, tendo impacto significativo no controle ou erradicação de doenças.

O Brasil foi pioneiro (sendo respeitado por essa iniciativa até hoje) no atendimento universal e no cuidado universal às pessoas que vivem com HIV, a política de controle da AIDS, na produção de genéricos, no fornecimento de medicamentos, nas internações, nos cuidados e nos exames. O avanço no atingimento da meta 90/90/90 até 2030 no Brasil é: 84% das pessoas que vivem com HIV/AIDS foram diagnosticadas, 72% das pessoas que vivem com HIV/AIDS estão em tratamento antirretroviral, 88% das pessoas que vivem com HIV/AIDS estão em tratamento antirretroviral alcançaram a supressão da carga viral⁸⁷.

Como desafios, temos, inicialmente, a transição demográfica e o envelhecimento muito rápido da população. Segundo dados do IBGE, em 2018, dos 208 milhões de brasileiros, 19 milhões têm mais de 65 anos, e a previsão para 2048 é que tenhamos 233 milhões de brasileiros e 49 milhões tenham mais de 65 anos. Além do mais, há problemas de qualidade do SUS, como por exemplo, no que se refere aos leitos dos CTIs, pois temos menos de 50% desses leitos disponíveis para o SUS, evidenciando uma desproporção entre a oferta e a demanda.

Ainda como obstáculo, Temporão (2020) sinaliza que não avançamos nos modelos de gestão (administração direta, fundações, organizações sociais/OS's, dentre outras). Ou seja, mantemos uma estrutura de gestão do serviço público muito heterogênea. Então, é necessário definir modelos institucionais que

⁸⁷ Dados do Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/brasil-aumenta-diagnostico-e-tratamento-para-o-hiv-0>>. Acesso em: 13 jan. 2021.

garantam redes integradas compostas por equipes multiprofissionais em dedicação exclusiva para o serviço público.

O termo 'Organização Social' é uma titulação conferida pelo Poder Público às entidades que preencham determinados requisitos que as qualifiquem como aptas a celebrar contratos de gestão, pois são entidades com natureza jurídica (MIRANDA, 2015, p. 47).

Nesse sentido, atualmente, tem-se a gestão partidarizada e excessivos cargos de confiança. Sendo provocada a seguinte situação: fragmentação, terceirização, precarização, contratos de trabalho com prazo determinado, ausência de planos de carreiras profissionais, hegemonia das Organizações Sociais. Assim, os órgãos de controle e suas ligações com a gestão pública estão, geralmente, sob conflitos. No que se refere às formas de privatização da gestão, tem-se as organizações sociais: as fundações públicas de direito privado, o fim do Regime Jurídico Único e a precarização de vínculos de trabalho.

A desigualdade estrutural também se apresenta como desafio. O Brasil é um dos países mais desiguais do mundo. De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNADC) / IBGE (2019), o rendimento médio mensal do 1% da parcela mais rica da população brasileira alcançou em 2018 o equivalente a 33,8% vezes o ganho obtido pela metade mais pobre. Enquanto na base, os 50% mais pobres ganham em média R\$820,00 por mês, no topo, a parcela de maior renda ganhou em média R\$27.744,00.

Se é dramática a situação da desigualdade, haverá reflexo na questão da sustentabilidade econômica e do financiamento da política. Apenas 46% do gasto total é público. Em termos de comparação, seria necessário, para cumprir as prerrogativas do SUS (universalidade, equidade e integralidade), um investimento de R\$ 106 bilhões, ao contrário dos apenas R\$ 48,5 aprovados para o orçamento de 2008 (SANTOS, 2008).

Temporão (2020) chama a atenção dizendo que metade dos gastos privados são despesas diretas das famílias. O desembolso direto tem impacto maior nas famílias de menor renda. É visível que os gastos tributários (subsídios e renúncia fiscal) que retiram 18 bilhões ao ano do SUS servem para subsidiar o mercado privado de planos e seguros. Dentro desse contexto, é importante reforçar que a EC n. 95/2016, que congelou os gastos em políticas sociais por 20 anos, já impacta, de modo dramático, o próprio orçamento do SUS, tendo retirado 20 bilhões do orçamento do Ministério da Saúde a partir de 2016.

Essas medidas incidem sobre uma relação frágil entre o SUS e a sociedade brasileira e caminham em paralelo ao fortalecimento ideológico do setor privado como alternativa de qualidade para o atendimento das necessidades de saúde. Conforma-se, assim, o terreno propício para dar prosseguimento à desconstrução do SUS, cujo financiamento jamais alcançou um patamar de suficiência e estabilidade (MOROSINI et al., 2018, p. 14).

Entendendo a saúde como política necessária para a melhoria das condições de vida, mas ao mesmo tempo possuindo uma dinâmica econômica fundamental, Temporão (2020) nos diz que a saúde é uma área estratégica para a economia e o desenvolvimento e não apenas gasto ou alocação de recursos escassos. Um exemplo é a situação da pandemia da COVID-19, com crise sanitária mundial, em que o Brasil não produzia testes, equipamentos de proteção individual, respiradores e outros insumos necessários, apenas importava. Dessa forma, no início da pandemia, houve grande dificuldade para acessar tais insumos e tecnologias.

Sendo assim, no caso do Brasil, deve haver também uma política de fortalecimento dessa dimensão econômica, utilizando-se do nosso sistema universal, com uma população grande, uma base industrial importante e a ciência bem desenvolvida. O Brasil conta com a política do complexo econômico-industrial da saúde e a sustentabilidade tecnológica do SUS⁸⁸.

Em 2016, o PIB brasileiro foi de R\$ 6 trilhões⁸⁹. A conta da saúde foi de R\$ 600 bilhões (10% do PIB), demonstrando uma dimensão econômica imensa. Nesse contexto, temos 12 milhões de trabalhadores diretos e indiretos que trabalham no SUS, 25% do esforço nacional de ciência e tecnologia está no SUS (área de maior crescimento do esforço de inovação do mundo).

A saúde é a plataforma das tecnologias críticas para o futuro do país: biotecnologia, equipamentos médicos, telemedicina, nanotecnologia. Então, deve haver uma proposta para tratar essa questão para que o país não fique numa situação de vulnerabilização, como foi em relação à pandemia da COVID-19.

⁸⁸ A Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS) é o instrumento norteador para os atores envolvidos na gestão dos processos de avaliação, incorporação, difusão, gerenciamento da utilização e retirada de tecnologias no Sistema. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_gestao_tecnologias_saude.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2021.

⁸⁹ Disponível em: <[https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/22936-em-2016-pib-chega-a-r-6-3-trilhoes-e-cai-3-3-em-volume#:~:text=O%20Produto%20Interno%20Bruto%20\(PIB,para%20%2D3%2C3%25](https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/22936-em-2016-pib-chega-a-r-6-3-trilhoes-e-cai-3-3-em-volume#:~:text=O%20Produto%20Interno%20Bruto%20(PIB,para%20%2D3%2C3%25)>. Acesso em: 14 jan. 2021.

Na proposta de saúde e desenvolvimento, tem-se o uso do poder de compra do Estado, para reduzir a dependência tecnológica e internalizar a produção de tecnologias estratégicas, por meio de parcerias entre empresas privadas e laboratórios públicos, as PDP's (parcerias para o desenvolvimento produtivo) – já obtiveram uma economia de R\$ 20 bilhões para o SUS, desde 2008 até meados de 2015, pois foi quando essa política, infelizmente, deixou de ser prioridade e, no momento, está praticamente paralisada (TEMPORÃO, 2020).

Há a necessidade de oferecer sustentabilidade política para o SUS. Para isso, precisa ser dado enfrentamento para algumas questões importantes que se apresentam como fragilização do fortalecimento político do SUS, como a visão arcaica da caridade e da filantropia em um contexto da saúde como direito; saúde compreendida como gasto e não como investimento. Deverá haver o tratamento e defesa da saúde como direito. Esse posicionamento, nesse processo, é fundamental.

Temporão (2020) orienta que a luta pela democracia, por um sistema de saúde justo, por justiça social, atualmente, é mais importante do que nunca, tendo em vista as ameaças que sofremos no SUS. Vivemos num cenário de aumento das desigualdades sociais, autoritarismo, retrocesso na participação social, gestão populista da saúde, subfinanciamento crônico do SUS, PEC 241/55 – 2016⁹⁰, privatização, descaracterização da estratégia de saúde da família (ESF), perda de direitos sociais, precarização das relações de trabalho, aumento da violência.

Nessa conjuntura atual da saúde, Devit (2021)⁹¹ nos atualiza indicando que, indo além do subfinanciamento, nos deparamos com um desfinanciamento (CNS, 2020); crescimento dos planos privados de saúde (subsidiários de bancos); interesse do capital financeiro internacional; gasto absoluto per capita distante dos parâmetros internacionais; envelhecimento da população (demanda mais investimento em saúde); achatamento dos salários dos profissionais do setor (precarização, fragilização e terceirização do trabalho); e mudanças na concepção da política e nos debates (saúde mental, atenção básica etc.).

⁹⁰ A PEC 241/55 – 2016 objetiva frear a trajetória de crescimento dos gastos públicos e tenta equilibrar as contas públicas. A ideia é fixar por até 20 anos, podendo ser revisado depois dos primeiros dez anos, um limite para as despesas. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2016/10/10/politica/1476125574_221053.html>. Acesso em: 15 jan. 2021.

⁹¹ Aula proferida no curso (on-line): SUS, capitalismo e saúde. Fundação Dinarco Reis. 2021. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=I9CghWPrVsl&t=1785s>> Acesso em: 22 set. 2022.

Na vivência da pandemia, em 2020, houve aprovação de recurso emergencial, porém não foi utilizado para o fortalecimento do SUS, bem como do aumento da oferta de serviço. Infelizmente, o Ministro da saúde na época utilizou mal os recursos que estavam sendo distribuídos por critérios político-partidários e que, na verdade, deveriam ser utilizados para resolverem problemas das disparidades regionais e das desigualdades sociais (TEMPORÃO, 2020).

Com relação ao orçamento utilizado em 2020, durante a crise da COVID - 19, Mendes (2021) informa que o valor foi de R\$ 125,2 bilhões. Durante o ano da pandemia de 2020, o gasto para o seu enfrentamento foi baixo, correspondendo a apenas R\$ 39,4 bilhões (valores pagos), sendo 31,5% do total do orçamento do Ministério da Saúde para 2020. Distribuídos 22,8% para transferências para Estados/DF, 58,6% para transferências para os municípios, 14,4% para aplicação direta pelo Ministério da Saúde e 4,0% para transferências ao exterior (CNS, 2020)⁹².

Obviamente que a pandemia da COVID -19 não estava prevista na Lei Orçamentária de 2020 do governo federal, à medida que teve início em março de 2020. Consequentemente, tornou-se necessária a abertura de créditos extraordinários de R\$ 60 bilhões para as ações e serviços de saúde. Destes recursos, R\$ 20 bilhões foram alocados apenas no final de dezembro para financiar vacinas e com a finalidade de permitir sua execução em 2021. Havia a necessidade de manter o SUS também, não apenas alocar para o enfrentamento da COVID -19 (MENDES 2021)⁹³.

Esses números mostram a fragilidade do desfinanciamento do SUS, tendo sentido por ser o movimento do capital numa crise. Mendes (2021) esclarece que a proposta orçamentária para 2021 do Ministério da Saúde, em plena continuidade e ascensão da pandemia, ficou em torno de R\$ 131,2 bilhões, sendo: R\$123,8 + R\$ 7,4 bilhões (emendas). É um orçamento inferior ao de 2020 (R\$ 125,2 bilhões, quando ainda não havia iniciado a pandemia). Dito de outra maneira, o orçamento da saúde foi aprovado com valores equivalentes ao do piso federal do SUS do ano de 2017 (atualizados pela inflação do período).

Não houve planejamento voltado para reduzir os problemas da pandemia. O que foi lamentável porque na oportunidade em que havia a possibilidade de maior investimento na política de saúde, isso não ocorreu, foi um momento

⁹² Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/>>. Acesso em: 19 out. 2021.

⁹³ Aula proferida no curso (on-line): SUS, capitalismo e saúde. Fundação Dinarco Reis. 2021. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=WGCuFpzm9hc>>. Acesso em: 22 set. 2022.

também quando o sistema político estava completamente destruído e não conseguimos ter força de intervenção.

No entanto, percebemos que o SUS tem sido valorizado e reconhecido durante esse processo de pandemia, assim como seus profissionais. Todavia, essa valorização positiva não reverte um padrão de igualdade para alocação de recursos. É um padrão de poucos recursos e muitas desigualdades.

O desafio vai ser pensar o SUS no pós-pandemia, as atuais tendências revelam que o setor privado cresce, aparece e nos atrai. O governo brasileiro sempre teve políticas de apoio ao setor privado. Há uma mistura dessa valorização positiva com a estrutura muito forte de financiamento inadequado do SUS e de crescimento do setor privado. Hoje, nós temos grandes empresas privadas na saúde, grandes empresas de plano de saúde, grupos hospitalares e de medicina diagnóstica que permanecem e crescem.

Nessa reflexão, vemos que a importância da defesa do SUS, principalmente na atual conjuntura, passa pelo tensionamento dos interesses da população em relação aos interesses do mercado (com interesse em privatização e lucro); construção coletiva de conhecimento e da concepção de saúde (debate coletivamente os avanços e retrocessos atuais); articulação entre movimentos sociais, trabalhadores, estudantes e usuários do SUS.

Quanto às estratégias para a luta em defesa do SUS, Devit (2021)⁹⁴ defende a determinação social do processo saúde-doença (saúde no contexto mais amplo das desigualdades sociais); a defesa da gestão e do financiamento adequado para uma rede pública e estatal de serviços de saúde; o modelo assistencial que garanta o acesso universal com serviços de qualidade; a política de valorização do trabalhador da saúde; a efetivação do controle social e da participação social; a análise crítica da realidade, contra toda forma de mercantilização e privatização da saúde (por meio das organizações sociais, da EBSEH⁹⁵, dos convênios público-privados).

Dessa forma, após esse debate dos avanços e desafios da política de saúde, faz-se importante reforçar que o SUS não foi algo dado, foi um processo,

⁹⁴ Aula proferida no curso (on-line): SUS, capitalismo e saúde. Fundação Dinardo Reis. 2021. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=I9CghWPrVsl&t=1785s>>. Acesso em: 22 set. 2022.

⁹⁵ A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH) é uma empresa pública de direito privado, vinculada ao Ministério da Educação, com a finalidade de prestar serviços de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, no âmbito do SUS. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br>>. Acesso em: 19 out. 2021.

uma luta, uma conquista democrática e social do povo brasileiro em 1988. Não foi só um processo técnico, foi uma luta política também.

É necessário que a saúde dos brasileiros seja tratada com todo o respeito que a população merece, digno de uma vida valorizada acima dos lucros capitalistas. Nesse sentido, para esta pesquisa, é importante situar o tratamento de HIV no contexto do SUS. Entender como esse sistema atende às necessidades de tratamento da pessoa que vive com HIV/AIDS.

3.3.

O tratamento da pessoa com HIV no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS

O período das primeiras políticas de intervenção para o HIV/AIDS se alinha com a promulgação da Constituição Federal/1988 e todo o debate em torno da criação do SUS. Além disso, os primeiros casos de AIDS no Brasil surgiram na década de 1980 e as respostas do estado frente a essa epidemia datam dos anos 1990. Depois de trinta anos de SUS e de epidemia de AIDS no Brasil, é importante ressaltar que não existe enfrentamento desta doença no Brasil sem o SUS.

Assim, a coincidência, nos anos 1980, entre a eclosão da epidemia e o momento mais vibrante da democratização brasileira produziu uma convergência virtuosa em torno da reconstrução do Estado e em especial das políticas sociais. Ao mesmo tempo, as questões de gênero e sexualidade tomaram corpo nos debates da esfera pública numa vinculação estreita com a demanda por direitos de cidadania, favorecendo a construção de uma resposta ao HIV/AIDS pautada pela não discriminação e pelos Direitos Humanos. Em paralelo, a criação do SUS estabeleceu o arcabouço institucional necessário para ancorar a resposta sanitária ao HIV/AIDS (ABIA, p. 2016, 10).

No princípio da epidemia, a AIDS foi descrita, segundo o modelo epidemiológico de causa e efeito, como aguda, de evolução rápida e fatal, acometendo homens que faziam sexo com homens, com boas condições econômicas, definindo-se os então chamados “grupos de risco”. Duas décadas após o surgimento da epidemia, homens homossexuais, mulheres e crianças de todas as classes sociais foram também infectados, o que definiu novas categorias de transmissão, a homossexual e a vertical, modificando o conceito de grupo de risco para o de comportamento de risco (BRASIL, 2010, p. 157).

Ainda, o Brasil foi um dos primeiros países no mundo a promover o acesso gratuito universal para o tratamento de HIV/AIDS. A distribuição deste tratamento pelo sistema público de saúde brasileiro começou em 1991, um ano após a criação do SUS. Dessa forma, foi observado que a conexão principal que mantém a resposta brasileira à AIDS, em seus mais de 25 anos de existência, é a estruturação das ações como parte do SUS (BRASIL, 2010, p. 15-16).

No Brasil, os números de atendimento às pessoas vivendo com HIV/AIDS são altos, indicando também ampla cobertura. Nesse sentido, observamos que a resposta brasileira já serviu como modelo para outros países, com capacitações promovidas pelo Ministério da Saúde. A testagem para o HIV/AIDS se destaca no programa brasileiro, embora o Brasil não seja mais modelo de tratamento de AIDS como foi em décadas passadas.

A Constituição Federal de 1988 é a primeira carta magna brasileira a afirmar o direito à saúde como direito fundamental, entrando em sintonia com o que é determinado pela OMS, em diferentes resoluções que reforçam o direito à saúde como direito fundamental de todo ser humano.

Nesse sentido, a resposta brasileira à AIDS é marcada pela compreensão da epidemia no quadro da vulnerabilização e dos Direitos Humanos. Tal fato implica o reconhecimento das identidades de grupos e populações, o respeito à diferença e a valorização da diversidade.

Assim, em 1988, paralelamente à criação do SUS e ao Movimento da Reforma Sanitária, ocorreu a criação do Programa Nacional de AIDS no âmbito do Ministério da Saúde.

O Movimento de Reforma Sanitária, que cresceu no início da década de 1980, diante do intenso processo de redemocratização política e do surgimento dos primeiros casos de AIDS, se constituiu no principal arcabouço da política de AIDS desenvolvida em âmbito governamental, contribuindo para fundamentar seus princípios e diretrizes. (SOUZA et al., 2010, p. 24).

No campo social, o surgimento da AIDS, em 1981, reacendeu discussões sobre temas polêmicos na sociedade brasileira, tais como sexo, drogas, orientação sexual, dor, morte, promiscuidade, doença, agonia, pecado e discriminação.

Em relação à resposta do Brasil à AIDS, segundo dados do Ministério da Saúde (2016), a criação das políticas de prevenção foi iniciada em 1985. Tal Ministério lançou as bases para o Programa Nacional de Controle da AIDS, que

foi criado em 1986. O programa foi reorganizado novamente em 1992 com mais ênfase na articulação entre governo e ONGs.

A partir de 1994, o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Nacional (DST e AIDS), passou a implementar o Projeto de Controle de DST e AIDS. Como condição essencial ao desenvolvimento do Projeto, houve uma reestruturação administrativa do Programa Nacional, com ampliação do quadro de pessoal proporcionado pelas novas contratações de profissionais. Sendo caracterizada a ação da esfera governamental com uma abordagem pragmática e mais técnica da epidemia. Conforme as pesquisas relacionadas à AIDS foram avançando, foram sendo elaborados consensos médicos e orientações técnicas para combate da epidemia.

Nesse sentido, Taquette (2009, p. 252-253) esclarece que a resposta brasileira à epidemia já foi considerada a melhor do mundo, sendo orientada pelos princípios do SUS: universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social. Seu sucesso decorreu de múltiplos elementos convergentes e sincrônicos, dentre os quais destacamos: o desenvolvimento do Programa Nacional de Prevenção e Controle das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e AIDS, que definiu diretrizes e normatização das ações de prevenção, controle, tratamento/assistência e apoio nos estados e municípios.

Já Passarelli et al. (2003, p. 37) comentam que o Brasil é exemplo no mundo por ter um programa que dá boas respostas. Porém, é um programa realizado num contexto de reforma neoliberal do Estado, no qual instituições governamentais foram privatizadas e, em especial, a saúde teve investimentos cortados, sucateando os serviços.

No Brasil, nos anos 1990⁹⁶, houve a reorganização do Programa Nacional de AIDS no Ministério da Saúde e lançamentos de campanhas de prevenção à AIDS. Foi ainda nessa época que um grande avanço ocorreu: começou a ser oferecida a terapia antirretroviral no Brasil. Mas só em 1996, após a XI Conferência Internacional de AIDS, realizada em Vancouver, Canadá, em que foi apresentada a terapia tripla, popularmente conhecida como “coquetel”, o Brasil tornou obrigatória a distribuição de medicamentos anti-HIV pelo SUS (BRASIL, 1999).

Destacamos que a resposta brasileira no combate ao HIV/AIDS fortaleceu o movimento internacional de luta pelo acesso a medicamentos nos países em

⁹⁶ O Brasil já vivia o governo de Fernando Henrique Cardoso, com José Serra no Ministério da Saúde. Havia muita pressão da sociedade civil e das organizações não governamentais para que o Estado desse resposta à demanda de HIV/AIDS.

desenvolvimento. Ativistas e representantes do governo brasileiro e de outros países em desenvolvimento passaram a atuar de forma articulada nos fóruns internacionais da OMS e ONU (TELES, 2016, p. 153).

A incorporação desses medicamentos, em grande medida, foi fruto de mobilização e pressão social por parte do movimento de luta contra a AIDS. Em 13 de novembro de 1996, a lei 9.313 entra em vigor, a chamada “Lei Sarney”. Essa lei garantiria a disponibilização dos medicamentos antirretrovirais a todas as pessoas que vivem com HIV/AIDS por meio do SUS. Por meio dessa lei, foi possível reduzir significativamente as taxas de mortalidade, garantir acesso universal ao tratamento e colocar os medicamentos como um direito humano.

No entanto, a ABIA (2016, p. 42) alerta que a grave conjuntura política e econômica atual do país, aliada a um contexto internacional igualmente difícil para a saúde pública e os Direitos Humanos, traz uma série de ameaças ao programa de acesso a medicamentos no Brasil e seus resultados. Logo, o alto preço dos novos medicamentos, calçado no monopólio garantido pelas patentes das grandes empresas farmacêuticas internacionais, já prenunciava as ameaças contra a sustentabilidade do programa de acesso a medicamentos.

Assim, uma série de fatores políticos – mobilização da sociedade civil e movimento AIDS – e tecnológicos e produtivos – fabricação de antirretrovirais genéricos nacionalmente – estabeleceu uma conjuntura que permitiria ao Estado brasileiro lidar com os desafios (a produção local de medicamentos genéricos foi o que possibilitou ao governo brasileiro oferecer tratamento antirretroviral universal e gratuito a todos que dele necessitassem). Nacionalmente, a estratégia de negociar redução de preços dos novos medicamentos com os detentores das patentes continuou a ser a mais utilizada (ABIA, 2016, p. 42).

Assim, governo e sociedade civil passaram a concentrar esforços para preservar uma política de Estado, fundamental para a garantia do direito à saúde das pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil. Atualmente, podemos dizer que, apesar das dificuldades, o programa de acesso aos antirretrovirais ainda funciona e atende ao número crescente de novas infecções diagnosticadas, porém o cenário é cada vez mais preocupante.

Sendo assim, com a “Lei Sarney”, o Brasil passou a celebrar a palavra-chave para o combate justo e universal da epidemia: o acesso. O país, ainda no final de 1996, em mais uma decisão inovadora para o sistema público de saúde brasileira, incorporou o teste de carga viral também no sistema público de saúde (o teste poderia ser potencialmente utilizado para monitorar o tratamento com

antirretrovirais). O Brasil foi o primeiro país no mundo a disponibilizar todos os medicamentos antirretrovirais disponíveis e o teste da carga viral para o monitoramento do tratamento.

Em relação à testagem, o país, desde os anos 1990, executa ações de oferta de serviços de testes para o HIV/AIDS, quer seja por meio dos centros de testagem e aconselhamento (esses setores foram os primeiros a serem criados dentro do programa de AIDS), quer seja o acesso aos testes por meio de teste rápido ou autoteste.

Atualmente, em 2021, o Ministério da Saúde lançou o projeto: Ampliação do acesso à testagem de HIV/AIDS: Viva Melhor Sabendo⁹⁷. A iniciativa, implementada nacionalmente em parceria com Organizações da Sociedade Civil (OSCs), visa aumentar o acesso das pessoas à testagem do HIV/AIDS por meio do teste rápido de fluidos orais. Testes voluntários, confidenciais e gratuitos de HIV/AIDS são oferecidos nas ruas, locais de trabalho sexual, bares, boates, festas e locais de uso de drogas.

Segundo a ABIA (2016, p. 21), é evidente que as iniciativas do Ministério da Saúde para universalizar o diagnóstico do HIV/AIDS e tratar todas as pessoas infectadas têm redundado em um expressivo aumento do número de testes anti-HIV realizados no âmbito do sistema público de saúde. Nos anos 2010, esse aumento foi de 19,3%. Ainda no mesmo período, as pessoas que iniciaram o tratamento com antirretroviral representaram um aumento em 59%, num contingente de aproximadamente 400 mil pessoas.

Contudo, sabemos que a complexidade dos fatores que envolvem as novas tendências da epidemia no Brasil, como o aumento da população jovem suscetível, deixa interrogada a possibilidade de um maior controle da epidemia com o uso quase exclusivo das estratégias de testar e tratar. Essa estratégia pode ser insuficiente se não for acompanhada por respostas endereçadas às questões estruturais e que estão na base dos determinantes da epidemia no Brasil, como as situações de preconceito e estigma; a estrutura dos serviços de saúde, que apresenta déficit de profissionais e insuficiência nas estratégias de acolhimento e retenção dos usuários (ABIA, 2016, p. 23).

Fomos o primeiro país em desenvolvimento a executar uma política pública de acesso ao tratamento antirretroviral. A atuação brasileira no tratamento da doença se destacou por seu pioneirismo no plano internacional e demonstrou ser

⁹⁷ Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_instrucional_viva_melhor.pdf>. Acesso em: 22 set. 2022.

possível atuar na dinâmica dos preços dos medicamentos no mercado global. Nesse cenário, a AIDS deixou de ser um agravo com alta letalidade e passou a ser considerada uma doença crônica potencialmente controlável.

É importante situar que a terapia antirretroviral inibe o vírus de se multiplicar, em que se bloqueiam as etapas de multiplicação do vírus dentro da célula e, à medida que se consegue inibir essa multiplicação viral, permite-se, então, que o organismo recupere aquelas células de defesa que estavam sendo destruídas e restaura-se a imunidade do indivíduo (BRASIL, 2010, p. 14).

Sendo assim, com o acesso aos antirretrovirais, ocorreu uma queda na mortalidade em mais de 40% nos pacientes com HIV/AIDS. Desde o início dos primeiros antirretrovirais até os dias atuais, houve um desenvolvimento progressivo de novas drogas. As drogas mais recentes são extremamente potentes, são de fácil posologia e têm menos efeitos colaterais do que as primeiras drogas. Tal fato denota a evolução do tratamento de HIV/AIDS.

O Brasil possui métodos preventivos bastante eficazes. Porém, não conseguimos levar esses métodos a toda população que tenha interesse em utilizá-los. Muitas vezes, quem utiliza a PREP (profilaxia pré-exposição), por exemplo, são jovens que moram nos grandes centros urbanos, com alto nível de escolaridade e poder aquisitivo. Enquanto aqueles jovens que residem na periferia, muitas vezes em situação de pobreza, ou até mesmo a população transexual ou as profissionais do sexo, que sofrem muitas barreiras no acesso à saúde, ficam de fora do acesso a esses insumos de prevenção.

Em São Paulo, há uma ação interessante nesse sentido, referente à acessibilidade da Prep. É o projeto “PREP na Rua”, no município de Tatuapé. A iniciativa pioneira disponibiliza a PREP ao HIV fora das unidades de saúde. A ação acontece na praça, onde são oferecidos o início da PREP para HIV, teste rápido para HIV, distribuição de kits de autotestes para HIV, camisinhas e gel lubrificante.⁹⁸ No entanto, sabemos que, infelizmente, a PREP não foi implementada e, embora regularizada, não tem sido devidamente informada para a população, sendo que em muitas cidades este serviço não é oferecido.

É importante frisar também que apenas a acessibilidade à terapia antirretroviral não garante a totalidade ao tratamento, principalmente quando as dificuldades se referem às condições socioeconômicas, pois apesar de o tratamento ser ofertado gratuitamente, o fato de as pessoas vivenciarem situações

⁹⁸ Disponível em: <<https://agenciaaids.com.br/noticia/projeto-prep-na-rua-chega-ao-tatuape/>>. Acesso em: 20 out. 2021.

de precarização de vida, tais como fome, pobreza, falta de condições de habitabilidade, violência, desemprego, dentre outras, dificulta que elas tenham boa adesão ao tratamento e uma boa resposta à terapia.

Anualmente, são aproximadamente 33.000 novos casos diagnosticados e notificados por ano. O sucesso na luta contra a epidemia de AIDS no país, traduzido pela queda dos índices de mortalidade e morbidade a partir de 1996 e sustentado pela organização da rede de serviços, pela disponibilização de medicamentos antirretrovirais e pelas ações de prevenção desenvolvidas, foi uma conquista do governo, da sociedade civil organizada e dos profissionais de saúde envolvidos com o enfrentamento da epidemia (BRASIL, 2010, p.11).

No período entre 1980 e junho de 2019, foram detectados 966.058 casos de AIDS no país. Por causa do tratamento mais acessível, o governo informou ainda que os casos de AIDS reduziram em 13,6% entre 2014 e 2018. O índice equivale a 12,3 mil casos evitados da doença. Já a mortalidade por AIDS caiu em 22,8%, nesse mesmo período, evitando 2,5 mil óbitos⁹⁹.

Além do financiamento das ações relacionadas à prevenção, ao diagnóstico e à assistência em infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) / AIDS, o Ministério da Saúde utiliza, desde 2002, um mecanismo de repasse regular de recursos às secretarias estaduais e mais de 480 secretarias de saúde dos municípios prioritários para o controle da epidemia (BRASIL, 2010, p. 28).

O Departamento de doenças de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis responsabiliza-se pela política pública nessa área, orientando o tratamento de indivíduos infectados pelo HIV, apoiando organizações de pessoas que vivem com o HIV/AIDS, assim como projetos de organismos não governamentais. Tal Departamento é responsável por estabelecer as diretrizes da política nacional de combate à AIDS, apoiando estados e municípios no planejamento, implementação, monitoramento e avaliação das ações.

As orientações para o tratamento seguem documentos que constituem as Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos, em Crianças e Adolescentes e em Gestantes, elaboradas por comitês assessores formados por especialistas da área, representantes da sociedade civil e de sociedades médicas. Essas recomendações são atualizadas à medida que novas drogas são registradas na ANVISA ou que novas evidências demonstrem necessidade, na perspectiva do uso racional desses medicamentos (BRASIL, 2010, p. 11-12).

⁹⁹ Disponível em: <<https://g1.globo.com/bemestar/noticia/2019/11/29/cerca-de-135-mil-pessoas-vivem-com-hiv-no-pais-estima-ministerio-da-saude.ghtml>>. Acesso em: 15 ago. 2022.

Em 2013, a Política de tratamento como prevenção do HIV/AIDS, em suas diferentes modalidades, foi adotada no país. Foi o início do uso de um protocolo de tratamento, substituindo o consenso médico. O uso dos medicamentos antirretrovirais passou a ser indicado para qualquer fase da doença. Ademais, teste rápido por meio do fluído oral foi anunciado para venda em farmácias. Por fim, organizações não governamentais foram capacitadas para a aplicação do novo teste rápido.

No entanto, segundo a ABIA (2016, p. 29), essa lógica biomédica na adoção de estratégias para o enfrentamento do HIV/AIDS afrouxa as ações coletivas e as respostas sociais a toda a complexidade da AIDS, que é muito mais do que o ponto de vista biomédico. O resultado mais evidente em termos de políticas públicas de AIDS é a ênfase no chamado “testar e tratar”, em que não há financiamento para atividades de educação em saúde ou redução da discriminação, mas somente para o tratamento, confundindo a cura da AIDS com a eliminação do vírus ou o impedimento de sua replicação.

Villela et al. (2017, p. 87-88) apontam que foi obrigação do Brasil promover o acesso aos cuidados com a saúde à sua população, principalmente às pessoas que vivem com HIV/AIDS, por meio de um sistema público universal. O Brasil é o único país no mundo com uma população acima de 100 milhões de pessoas que assumiu o desafio de fornecer um sistema de saúde universal para todos.

Parker (2000, p. 10-11) informa que a intervenção na saúde pública (ou em qualquer outra área), e principalmente com relação ao HIV/AIDS, nunca é somente um processo técnico, mas, muito pelo contrário, sempre uma ação política – que nos obriga a enfrentar as estruturas de desigualdade e de opressão que formam a crescente propagação da infecção por HIV/AIDS e moldam a face da AIDS em todas as sociedades.

Vê-se que, no Brasil, tem sido importante buscar garantir os recursos necessários para a luta contra a AIDS, incluindo-se aí a aquisição e distribuição de medicamentos antirretrovirais e cobertura dos custos de exames e outros procedimentos, em grande medida, porque essa demanda se insere numa luta mais ampla pela manutenção e ampliação das fontes de financiamento público.

Se no Brasil é possível falar em prevenção como direito (o direito à prevenção e ao acesso dos insumos a ela necessários) e se conseguiu estruturar e manter um programa de acesso universal ao tratamento antirretroviral, é porque nossa resposta nacional à AIDS se insere dentro de uma noção de saúde como direito de todos. Essa noção se ancora nos Direitos Humanos, sendo assegurada

pelo SUS e pela mobilização permanente da sociedade civil para sua efetiva implantação.

A política brasileira de enfrentamento das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) /AIDS, baseada na integração entre prevenção, assistência e promoção dos Direitos Humanos, serve para fortalecer a participação do país em discussões internacionais com vistas a uma defesa intransigente do direito humano à saúde, em seu conceito mais amplo (BRASIL, 2010, p. 61).

Nesse contexto, é importante frisar que, no Brasil, há legislações específicas em HIV/AIDS, pois, de acordo com a Constituição Federal de 1988, as pessoas vivendo com HIV/AIDS, assim como todo e qualquer cidadão brasileiro, têm obrigações e direitos garantidos; entre eles, estão a dignidade humana e o acesso à saúde pública e, por isso, são amparadas pela lei.

Em 1989, profissionais da saúde e membros da sociedade civil criaram, com o apoio do Departamento de IST, HIV/AIDS e Hepatites Virais, a Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da AIDS, em que é posto que “todas as pessoas têm direito à informação clara, exata, sobre a AIDS”; “todo portador do vírus da AIDS tem direito à assistência e ao tratamento, dados sem qualquer restrição, garantindo sua melhor qualidade de vida”; “ninguém tem o direito de restringir a liberdade ou os direitos das pessoas pelo único motivo de serem portadoras do HIV/AIDS, qualquer que seja sua raça, nacionalidade, religião, sexo ou orientação sexual”, dentre outros.

Já em 2014, a Lei nº 12.984, de 2 de junho de 2014, que define o crime de discriminação às pessoas que possuem o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e sintomáticos de AIDS, em seu Art. 1º aponta que: “constitui crime punível com reclusão, de 1 (um) a 4 (quatro) anos, e multa, condutas discriminatórias contra a pessoa que tem HIV/AIDS, em razão da sua condição de possuir o vírus”. Dessa forma, podemos observar que há um respaldo legal que busca garantir os direitos da pessoa que vive com HIV/AIDS.

Nesse sentido, Passarelli (2004, p. 21-22) alerta que é importante lembrar que o Programa Nacional de infecção sexualmente transmissível (IST) /AIDS não está fora do SUS. Sob o aspecto do controle social, talvez não haja exemplo mais bem-sucedido do que o Programa Nacional de IST/AIDS.

A organização de serviços de referência no Brasil desempenhou um papel histórico no manejo clínico da infecção pelo HIV/AIDS, com grande impacto no tempo e na qualidade de vida dos pacientes. Atualmente, no país, temos 1.197 Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM), 683 unidades de referência

para o tratamento (Serviços de Assistência Especializada) e 434 hospitais de referência¹⁰⁰.

Os resultados obtidos com o tratamento – a redução progressiva da carga viral e a manutenção e/ou restauração do funcionamento do sistema imunológico – têm sido associados a benefícios marcantes na saúde física das pessoas que vivem com HIV/AIDS e permitido que elas retomem e concretizem seus projetos de vida (BASTOS, 2006). Todavia, temos de nos atentar ao debate sobre as tendências da epidemia de HIV/AIDS no Brasil, pois tem nos mostrado diferentes visões sobre o impacto das ações preventivas e do acesso universal aos antirretrovirais.

Dessa maneira, há alertas de parte da comunidade científica, ativistas e gestores locais de saúde pública quanto à magnitude que a epidemia de HIV/AIDS no Brasil atingiu em anos recentes, o que tem sido acompanhado por uma inflexão na tendência de estabilização da epidemia; a existência de um contingente expressivo de pessoas infectadas ainda desconhecedoras do status sorológico. Parte significativa dessa constatação deriva da insuficiência de pesquisas e de informações de vigilância epidemiológica que permitam aprofundar o conhecimento da dinâmica do HIV/AIDS no país (ABIA, 2016, p. 19).

Contudo, não podemos desconsiderar a relevância do Programa Nacional de DST/AIDS e o sucesso de suas ações. Passarelli (2004, p. 24) pontua que, no que diz respeito à ideia de universalidade e equidade, a extensão da cobertura, a inclusão social e a possibilidade de estar atendendo a todos também são uma marca forte do Programa Nacional.

Tal programa prevê alguns planos, os quais são estratégias de consolidação e pactuação de ações já em andamento. Dentre esses planos, citam-se: o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e DST (2007); o Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis Congênita (2007); o Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de AIDS e das DST entre Gays, outros HSH e Travestis (2007); e o Plano de Ação para a prevenção e o controle do HIV e de infecções sexualmente transmissíveis (2016-2021).¹⁰¹

Infelizmente, esses planos não chegaram a se efetivar em sua integralidade, embora ainda estejam em vigor. Sua incorporação variou entre os diferentes

¹⁰⁰ Disponível em: <<http://azt.aids.gov.br/>>. Acesso em: 25 out. 2021.

¹⁰¹ Disponível em: <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/34077>>. Acesso em: 20 out. 2021.

estados e municípios nos seus anos iniciais e, dificuldades com o financiamento das ações têm atrapalhado a execução plena dos serviços.

Todavia, é preciso salientar que a atual conjuntura brasileira não é favorável à plena expansão das ações do programa de AIDS. Esse quadro problemático e preocupante decorre de uma interseção perversa de tendências negativas no âmbito da política de saúde num sentido amplo, debilitação dos compromissos do Estado com a agenda dos direitos humanos e efeitos da crescente influência do conservadorismo moral na formação de políticas e na produção legislativa (ABIA, 2016, p. 11).

No entanto, mesmo diante desse cenário, é possível refletir que:

Tanto o programa de AIDS como o SUS lograram avanços e têm problemas, mas um pode aprender com o outro. Esse esforço de integração pode ser pedagógico e útil para os dois. E, fundamentalmente, a grande lição que pode ser apreendida da história e da existência do programa de AIDS é a incorporação do controle social e da participação popular (PASSARELLI, 2004, p. 25).

Dito isso, na área de ações para o enfrentamento do HIV/AIDS, tem-se a Política de Incentivo às Ações em infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) /AIDS, destinada ao fortalecimento da gestão dos programas locais, aumentando a autonomia para o planejamento e implementação das ações, com participação social. Além disso, o Ministério da Saúde promove e articula políticas intersetoriais de governo para a promoção dos Direitos Humanos das pessoas que vivem com HIV/AIDS (BRASIL, 2010, p. 28).

Uma vez que a resposta brasileira é marcada pela intensa participação da sociedade civil, isso também encontra reflexo na atuação internacional. Governos e organizações não governamentais, movimentos sociais e pessoas que vivem com HIV/AIDS trabalham em forte parceria no âmbito dos diversos foros multilaterais e em projetos de cooperação técnica entre países.

Destacamos a participação do Brasil na criação, em 2004, da Rede de Cooperação Tecnológica em HIV/AIDS, voltada à pesquisa e ao desenvolvimento de insumos estratégicos; no financiamento, de forma contínua, da UNITAID (Central Internacional de Compra de Medicamentos para AIDS, Tuberculose e Malária); na cooperação em vacinas anti-HIV por meio do IBAS (consórcio entre Índia, Brasil e África do Sul) e cooperação Brasil-França; e no estímulo a redes regionais de pesquisa na América Latina e Caribe. Some-se a isso a atuação do país junto à OMS, à Junta de Coordenação do UNAIDS (Programa Conjunto das

Nações Unidas sobre HIV/AIDS) e, mais recentemente, ao Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas (BRASIL, 2010, p. 61).

Em relação às lições aprendidas correspondentes à complexidade da resposta brasileira à AIDS, ao tamanho e à diversidade do país, temos o envolvimento da sociedade civil, dos profissionais de saúde e de outros setores da sociedade que exercem a função de controle social sobre as políticas públicas; autoridade nacional, estadual e municipal com grande manejo de recursos e capacidade de decisão (Programa de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e AIDS); a priorização das ações de assistência à saúde e prevenção, que são entendidas como direitos essenciais no campo da saúde (BRASIL, 2010, p. 66).

No entanto, atualmente, observamos alguns retrocessos no que se refere à resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS. Sabemos que esse programa já foi modelo para o mundo, porém, o Brasil está num caminho de recuo. O que identificamos, infelizmente, é que o país perdeu a capacidade de construir uma resposta à epidemia utilizando a experiência dos movimentos sociais. De acordo com a ABIA (2021), o Brasil deixou de lado a *expertise* para o amplo diálogo intersetorial, a articulação da saúde com os Direitos Humanos e a capacidade de atenção aos princípios da universalidade, da justiça e da participação social.

Observamos uma transformação na sociedade e na política brasileiras que resultou na contínua expansão de visões conservadoras e moralistas em relação a gênero, sexualidade e família. Assim, desde os anos 2010, até os dias atuais, tem sido crescente esse conservadorismo, que tem imposto barreiras importantes à continuidade das ações de prevenção, tais como a censura ao kit anti-homofobia, em 2012.

A história recente de crescente conservadorismo, de redução do diálogo com os movimentos sociais que deram base às respostas comunitárias à epidemia e de menor participação popular, assim como a ampliação de ações de prevenção de caráter individual, centradas na oferta de tecnologias preventivas sem a promoção de reflexão e conscientização acerca das implicações de sua adoção, tem repercutido negativamente no recrudescimento da epidemia (CALAZANS, 2019, p. 18).

Diante deste quadro de avanço da epidemia, é preciso assegurar a sustentabilidade da política de ações para o controle de infecções sexualmente transmissíveis – ISTs e HIV/AIDS e colocar como prioridade o enfrentamento dos fatores estruturais que contribuem para este quadro.

Por isso, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA)¹⁰² salientam alguns compromissos interessantes nesse sentido: garantia do direito ao tratamento e do direito à prevenção de todos os cidadãos; ênfase no combate ao estigma e à garantia dos Direitos Humanos das pessoas que vivem com HIV/AIDS; continuidade das campanhas educativas, dentro do marco dos Direitos Humanos e do respeito à diversidade sexual e social; continuidade e ampliação de estratégias que investem em novas abordagens comprovadamente mais efetivas, como a prevenção combinada – que inclui o uso do preservativo e da Profilaxia Pré-exposição (PREP) e a Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP).

Calazans (2019 p. 19) nos diz que, historicamente, as políticas de AIDS no Brasil foram tidas como exemplares pela bem-sucedida integração entre prevenção, tratamento e cuidado, assim como por sua abordagem fundada nos Direitos Humanos e pela promoção dos princípios de cidadania e solidariedade.

É compreensível que, ao longo dos mais de 40 anos de epidemia, o protagonismo da participação da sociedade civil na prevenção, na assistência e na promoção da saúde e dos Direitos Humanos tem sido reconhecido e reafirmado por pesquisadores e autoridades nacionais e internacionais como fundamental para os sucessos alcançados.

No que se refere à implantação das políticas de AIDS no Estado do Rio de Janeiro, em relação à reorganização do modelo e intersectorialidade, do ponto de vista da integralidade de atendimento, Passarelli (2004, p. 31-32) nos diz que um dos desafios é a reorganização do modelo, em especial quanto à articulação das várias ações e integração de vários níveis de atendimento e de atenção: prevenção, promoção à saúde, reabilitação e assistência.

Além disso, esse modelo, que tem a acolhida das pessoas como um dos seus princípios fundamentais, encontra algumas dificuldades de atuação, principalmente no que se refere à oferta de serviço em saúde livre de estigma, discriminação e preconceito em ações voltadas ao atendimento de pessoas que vivem com HIV/AIDS.

Outro desafio com relação à integralidade diz respeito à intersectorialidade. Sabemos que o enfrentamento da epidemia de AIDS transcende muito a área da saúde. Porém, essa responsabilidade ainda está sobre o setor de saúde. Desse

¹⁰² Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/abrasco-e-abia-em-defesa-da-politica-nacional-de-hiv-aids/39194/>>. Acesso em: 20 out. 2021.

modo, é um desafio conseguir avançar e implementar políticas sociais abrangentes, e isso também se refere à garantia de uma atenção integral.

Para Passarelli (2004, p. 40), a política de AIDS precisa promover igualdade, ou seja, reduzir as desigualdades de gênero, dar enfrentamento ao estigma e discriminação, combater o preconceito e etc. A desigualdade é um traço que segue com a epidemia de uma maneira marcante.

Nesse sentido, Parker (2000, p. 103) aponta que:

Sem negar, de maneira alguma, que todo ser humano seja biologicamente suscetível à infecção por HIV/AIDS, ou que a transmissão realmente ocorra mediante atos comportamentais de indivíduos específicos, esse conceito expandido de fatores sociais que colocam alguns indivíduos e grupos em situações de maior vulnerabilidade permitiu-nos começar a perceber mais plenamente como a desigualdade e injustiça, o preconceito e a discriminação, a opressão, exploração e violência da sociedade aceleram a disseminação da epidemia em países pelo mundo afora.

Logo, para além da questão da infecção, considera-se também as questões relacionadas à vulnerabilização e desigualdade. É importante destacar o papel do Programa de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) /AIDS como fundamental na resposta à AIDS no conjunto das políticas nacionais, com grande capacidade de contribuição para a redução da desigualdade entre os cidadãos brasileiros.

Na realidade, a concentração dos gastos da assistência (atenção médica e farmacêutica) é muito alta dentro do sistema de saúde. É interessante notar que os gastos de saúde são diferentes dos gastos relativos à AIDS, chegando a ser muito mais concentrados na assistência individual (mais de 90%), ao passo que os gastos relativos à promoção e ao fortalecimento institucional são muito minimizados.

O que acontece no cenário brasileiro fortalece o argumento de que as respostas biomédicas não substituem as respostas sociais. Além disso, chama a nossa atenção para o fato de que a biomedicalização – ou seja, a ênfase nos medicamentos como forma privilegiada de enfrentar a epidemia – pode servir como uma cortina de fumaça que esconde uma série de retrocessos. A tendência da biomedicalização da resposta à epidemia e a crescente desmobilização da sociedade civil em âmbito global têm gerado efeitos nocivos ao enfrentamento da AIDS em inúmeras sociedades (ABIA, 2016, p. 08).

Por fim, concordamos com Passarelli (2004, p. 47) quando defende que a importância de se estabelecer parcerias na luta pela saúde com qualidade começa

pelo respeito às diferenças. No caso específico do movimento de luta contra a AIDS, é preciso entender que a busca por uma saúde de qualidade para as pessoas que vivem com HIV/AIDS passa pela qualidade no tratamento de todas as demais patologias.

Sabemos que a antecipação e a transparência da resposta foram aspectos que garantiram ao Brasil resultados positivos ao longo desses mais de 30 anos de enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS.

4

O debate da descentralização no Sistema Único de Saúde – SUS

4.1.

As tendências do processo de descentralização para o tratamento das pessoas que vivem com HIV/AIDS no Município do Rio de Janeiro

Com a abertura política brasileira, ocorrida nos anos de 1980, quando se inicia o processo de ruptura com o poder autoritário e centralizado do regime militar (vigente até então), foi intensificado esse ideário de participação social, em que os mais diversos setores organizados da sociedade buscavam construir formas e encontrar instrumentos capazes de influenciar as administrações públicas no país.

Por um lado, vale ressaltar que a gestão pública, no contexto brasileiro, até o início dos anos de 1980, caracterizava-se pela centralização decisória e financeira na esfera federal, cabendo aos estados e municípios, quando envolvidos em uma política específica, o papel de executores das políticas formuladas. Por outro lado, à medida que os recursos eram centralmente controlados e as esferas locais de poder se expunham diretamente às necessidades e demandas dos cidadãos, tendia a estabelecer-se uma articulação clientelista entre governos estaduais e municipais e o federal, baseada na troca de favores (DRAIBE, 1992).

Nesse contexto, era característica central da gestão pública a exclusão da sociedade civil do processo de formulação das políticas públicas, da implementação dos programas e do controle da ação governamental (DINIZ, 1996).

Dessa forma, as políticas públicas eram (e ainda são) marcadas pela fragmentação institucional e desarticulação que ocorriam num mesmo nível de governo e entre diferentes esferas. Tal desenho institucional dificultava a tarefa de coordenação, com implicações para a efetividade das políticas públicas na sociedade (ROCHA, 2009).

Nesta perspectiva, a descentralização e a participação democrática eram vistas como ingredientes fundamentais desta reorientação das políticas sociais, voltada para a garantia da equidade e para a inclusão de novos segmentos da população na esfera do atendimento estatal. Trata-se de uma tendência que se

contrapõe à forma centralizada e autoritária que, por mais de duas décadas, prevaleceu na estrutura política brasileira.

A década de 1980 foi marcada, no Brasil, por profundas mudanças sociais, políticas e institucionais, reflexos do intenso processo de busca pela democratização da gestão pública brasileira. Nesse cenário, começam a ser travados fortes embates entre o poder estatal, movimentos sociais, partidos, sindicatos e organizações da sociedade civil. Com isso, desencadeia-se uma trajetória de lutas pela ampliação democrática, que visava assegurar a participação da sociedade nos processos decisórios da gestão e controle dos recursos públicos.

Conforme Rocha (2009), trata-se, assim, de um novo formato institucional, legitimado pela Constituição Federal de 1988, integrante do processo de implementação da gestão descentralizada e participativa, que ocorreu no Brasil nos anos de 1990, nas esferas municipal, estadual e federal.

Como nos diz Salvador (2014, p. 03), o Brasil é um país regido por um modelo federativo que permite um arranjo político-institucional entre os diversos níveis de governo (federal, estadual e municipal) que estabelece a cooperação e articulação entre os mesmos, mas sem a superação das desigualdades sociais e econômicas entre as regiões brasileiras.

Dessa forma, esse arranjo federativo pós-Constituição de 1988 vem indicando a maior responsabilidade das unidades federativas e dos municípios na execução das políticas sociais, ao mesmo tempo em que se conferiu autonomia na arrecadação tributária (SALVADOR, 2014, p. 01).

Assim, observamos que a estrutura organizacional do Sistema de Proteção Social brasileiro foi sendo profundamente redesenhada. Nas áreas da educação, assistência social, saúde, saneamento e habitação, foram implantados programas de descentralização que vêm transferindo paulatinamente um conjunto significativo de atribuições de gestão aos níveis estadual e municipal de governo. No Estado federativo brasileiro pós-1988, estados e municípios passaram a ser, de fato, politicamente autônomos. Tal realidade implica que os governos interessados em transferir atribuições de gestão de políticas públicas devem implementar estratégias bem-sucedidas de indução para obter a adesão dos governos locais (ARRETCHE, 2011).

Rocha (2009) ainda pontua que, na Constituição Federal de 1988, encontram-se claros sinais da luta pela democratização da gestão pública, quando nela se garantiu, por exemplo, o princípio da gestão descentralizada e

participativa. Nos artigos 204 e 227, a Carta Constitucional assegura a participação da população, por meio de organizações representativas, no processo de formulação e controle das políticas públicas em todos os níveis da gestão administrativa (municipal, estadual e federal).

Desse modo, já na década de 1990, assiste-se a um processo de regulamentação da gestão descentralizada das políticas públicas em diversas áreas sociais (saúde, educação, assistência social etc.), com a inserção da participação da sociedade civil, na sua formulação e controle (ROCHA, 2009). Além disso, esperava-se que, como decorrência da democratização e da descentralização fiscal, estados e municípios passassem a assumir tarefas de gestão das políticas públicas (ARRETCHE, 2011, p. 27).

Segundo Cohn (1998, p. 145-146), é nesse contexto que emerge o tema da descentralização e o papel do poder local no processo de construção de uma sociedade mais democrática. No geral liderada por setores progressistas da sociedade, essa emergência do tema vem acompanhada da priorização da criação de novos espaços institucionais de participação social com poder deliberativo, entendida como estratégia política que, além de possibilitar maior eficiência da gestão pública, amplia as oportunidades de acesso ao poder de novos sujeitos sociais.

Dessa forma, a política de saúde também está inserida nesse processo de descentralização iniciado na década de 1990. Segundo Barata et al. (2004), a descentralização, desde a Constituição Federal de 1988, tem sido uma das diretrizes mais ressaltadas na elaboração do SUS no Brasil. Um dos instrumentos fundamentais do processo de reforma da saúde foi, sem dúvida, a regulamentação da Lei 8.080/90 e da Lei 8.142/90, que tratam das normas gerais de funcionamento do SUS, especialmente das transferências intergovernamentais de recursos financeiros para a área.

Iamamoto (2009, p. 358) sinaliza quanto ao pacto federativo, indicando que há o estímulo da descentralização do poder e o impulso ao processo de democratização das políticas sociais no atendimento às necessidades das majorias. Ela implica partilha e deslocamento de poder (e dos recursos orçamentários), combinando instrumentos de democracia representativa e democracia direta, o que ressalta a importância dos espaços públicos de representação e negociação respaldados em bases efetivas e organizadas. Supõe, portanto, politizar a participação, considerando a gestão como arena de interesses que devem ser reconhecidos e negociados.

Quanto ao termo “descentralização”, o vemos como polissêmico. Com relação ao seu conceito, Arretche (1996, p. 01) esclarece que:

“Descentralização” significa genericamente a “institucionalização no plano local de condições técnicas para a implementação de tarefas de gestão de políticas sociais”. Assim, é indiferente se esta toma a forma da estadualização e/ou da municipalização. A noção de “local” estará, na verdade, referida à unidade de governo para a qual pretende-se transferir atribuições. Por exemplo, nas políticas educacional e de saúde, os programas de descentralização têm como meta municipalizar a gestão de determinadas tarefas. Nestes casos, a descentralização é entendida como municipalização.

Outros autores também vêm chamando atenção para questão da descentralização. Em tais estudos, algumas variáveis relacionadas às características político-institucionais dos municípios têm sido destacadas: ausência ou fragilidade do corpo técnico burocrático; dependência financeira frente ao governo federal; presença e persistência de arranjos políticos clientelistas; descontinuidade administrativa e dificuldades na contratação e fixação de profissionais mais qualificados nos pequenos municípios ou naqueles mais pobres.

Bodstein (2002) destaca que essas situações têm sido preocupação constante dos pesquisadores e estudiosos do processo de descentralização das políticas sociais e de saúde (ANDRADE, 1996; SOUZA, 1999 e ARRETCHÉ, 2000). Ressaltamos que esses fatores que demonstram as dificuldades da descentralização acontecem em vários municípios, independente do seu porte, não se localizando apenas nos municípios menores e/ou nos mais pobres. Nesse viés, nos municípios maiores, principalmente nas regiões metropolitanas, a taxa de prevalência tem crescido.

Essas são variáveis importantes que explicam incontestavelmente as restrições e limites da descentralização e as profundas variações no desempenho técnico-político dos gestores locais na prestação de serviços, principalmente aqueles voltados para a educação e saúde.

Nos anos de 1990, reformulam-se os papéis e as funções dos entes governamentais na oferta de serviços, na gerência de unidades e na gestão do sistema de saúde. No entanto, o cenário dos anos 1990 não é favorável a estas mudanças, pois as relações intergovernamentais nesse período são marcadas por incessantes conflitos e disputas sobre recursos, centralização ainda excessiva, fragmentação institucional e pouca tradição participativa da sociedade.

Contudo, nesta década, a onda neoliberal influenciou as reformas de Estado em todo o Brasil. Como consequência da conjuntura estabelecida, o Estado perdeu sua capacidade de formular e implementar políticas nacionais de desenvolvimento, centrou-se no ajuste fiscal, além de estar permeado pelas pressões da globalização do capital.

Bravo (2008, p. 104) destaca que, ainda na década de 1990, no que se refere aos aspectos da política de saúde, ressaltou-se a ênfase na focalização dos programas, precarização das condições de trabalho, terceirização dos contratos de trabalho, desfinanciamento e falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social.

Já Iamamoto (2009) complementa esta discussão afirmando que com essas medidas, presencia-se a desorganização e destruição dos serviços sociais públicos, em consequência do “enxugamento do Estado” em suas responsabilidades sociais. Nessa situação, em decorrência da redução nos gastos com políticas sociais, a classe trabalhadora se vê inserida em condições precárias de vida e, conseqüentemente, de negação de seus direitos fundamentais.

Com relação aos princípios organizacionais, a descentralização foi impulsionada na vertente da municipalização. É no nível municipal que ocorre o processo de implementação dessa política. A esfera municipal, em particular, ainda que de modo lento, gradual e negociado, torna-se a principal responsável pela gestão da rede de serviços de saúde no país e, portanto, pela prestação direta da maioria das ações e programas de saúde.

Cohn (1998, p. 181-182) comenta que a área da saúde, dentre os setores da área social, é tida como aquela que vem apresentando mais avanços no processo de descentralização, apesar da presença ainda decisiva do nível central, sobretudo pela lógica de seu financiamento, que tem na esfera federal sua principal fonte de recursos, proveniente das contribuições sociais. Dessa forma, a defesa da descentralização da saúde é associada, desde o início, à necessidade de se formular e implementar um novo modelo de atenção baseado na saúde, e não mais na assistência médica; no acesso universal aos cuidados à saúde; na equidade e; na democratização da gestão em todas as esferas de poder.

Arretche (2011, p. 225) alerta que diversos podem ser as razões e os incentivos para que os municípios estejam enquadrados em qualquer uma das condições de gestão previstas pelo SUS; mas, em qualquer uma delas, houve uma decisão da administração municipal para criar e institucionalizar as condições organizacionais exigidas pelo Ministério da Saúde e habilitar-se a exercerem em

nível local determinadas tarefas de gestão da oferta dos serviços de saúde. Assim, o “índice de municipalização” de cada estado deve revelar a quantidade de municípios que se consideram aptos a assumir as tarefas atribuídas a cada uma das condições de gestão.

Sabemos que a implementação do SUS redesenhou o modelo de prestação de serviços de saúde e redefiniu a distribuição das funções a serem desempenhadas por cada nível de governo, quais sejam: transferir aos governos locais (estados e municípios) as funções de gestão dos atos e procedimentos médicos (ambulatoriais e hospitalares) do setor público e privado, restando ao governo federal as funções relativas ao financiamento; transferir aos municípios a maior parte dos atendimentos básicos em saúde e; transferir aos estados e municípios as atividades de vigilância sanitária e epidemiológica (ARRETCHE, 2011, p. 197). Portanto, vemos que há múltiplos objetivos e metas, com diferentes atribuições a serem descentralizadas.

Como delimitação de atribuições de cada nível de governo, tem-se: o governo federal com o papel de formulação e condução da política de saúde; aos estados caberia um conjunto de funções de gestão, coordenação, controle e elaboração, além da prestação de alguns serviços de saúde; e aos municípios caberia o planejamento, a gestão, a coordenação do plano municipal de saúde, bem como a execução de serviços e ações básicas (ARRETCHE, 2011, p. 202-203).

Entre as principais razões que fundamentavam essas propostas, tem-se que somente em um sistema descentralizado seria possível a maior participação de todos os interessados na formulação da política e na implantação de serviços e ações de saúde, adaptados às diferentes regiões e realidades de saúde; a noção de que o município é o mais adequado âmbito para tratar a questão da saúde de maneira direta, uma vez que é o ente federado mais próximo da população.

Nesse sentido, Passarelli (2004, p. 23) nos diz que:

Quando o SUS começou a ser implementado, a estratégia de descentralização não era tanto no sentido de abrir mão do poder, mas sim dos recursos e o governo central colocava-se mais numa posição de fiscalização. Na verdade, seria uma desconcentração de responsabilidade, mas o poder ainda continua extremamente centralizado no nível federal. Havendo determinação das regras de repasse e de tudo o mais, quem está na ponta tem menor liberdade de ação.

Ainda conforme este autor (2004, p. 38-39), com a descentralização, tem-se imposto a necessidade de pensar a natureza da transferência de recursos e o que

isso implica em termos de responsabilidades do gestor. As regras de repasse têm de se diferenciar se consideramos os diferentes níveis de gestão (federal, estadual e municipal), justamente para que se tenha um maior controle sobre as relações que os gestores mantêm com os prestadores de serviços de saúde.

A descentralização não se refere apenas à temática da gestão e não se trata apenas de uma questão administrativa, mas também tem relação com o orçamento financeiro. Esses aspectos vão impactar na qualidade do serviço. Como nos diz Passarelli (2004, p. 35), há a necessidade de ampliação e a capacidade de gerenciar e mesmo de identificar diversas possibilidades de financiamento que hoje existem pulverizadas no SUS.

Assim, orçamento não se limita a uma peça técnica e formal ou a um instrumento de planejamento; ele é, desde suas origens, uma peça de cunho político, portanto, serve para orientar as negociações e os membros da sociedade no tocante ao financiamento do Estado e é utilizado como instrumento de controle e direcionamento dos gastos. Os gastos orçamentários definem a direção e a forma de ação do Estado nas suas prioridades de políticas públicas (SALVADOR, 2014, p. 05-06).

No que se refere ao cofinanciamento e à descentralização da política de saúde, no período após a Constituição de 1988, destacamos que:

a) o repasse fundo a fundo ganhou espaço como forma de transferência dos recursos federais para os entes subnacionais à aplicação direta na área hospitalar e ambulatorial e convênios em outras áreas e; b) o automatismo dessa forma de repasse dos recursos federais ficou distante da concepção preconizadas por alguns defensores da descentralização que defendiam a utilização de critérios predefinidos e partilha já na origem dos recursos, nos moldes do FPE (fundo de participação dos Estados e Distrito Federal) e do FPM (fundo de participação dos municípios) (PIOLA et al., 2013).

Em relação ao financiamento, o maior desafio era redirecionar parcela significativa de recursos do fundo público para ampliar a cobertura de ações e serviços de saúde para toda a população. Dessa forma, para viabilizar a descentralização, era necessário ampliar a participação de estados e municípios no financiamento do SUS e transferir para a gestão de estados e municípios recursos, até então majoritariamente administrados pelo governo federal (PIOLA et al., 2013, p. 8).

Nesse sentido, percebemos que, a partir dos anos 2000, as novas regulamentações das políticas sociais nas áreas de educação, saúde e assistência social vêm exigindo um maior esforço de recursos orçamentários dos

estados, do Distrito Federal e dos municípios, sem a criação ou aporte de receitas fiscais adicionais (SALVADOR, 2014, p. 01-02).

Dito isso, observamos nas políticas sociais importantes mudanças legislativas que marcaram a primeira década do século XXI no Brasil com implicações diretas no arranjo federativo, destacadamente: a Emenda Constitucional nº 29/2000 (já tratada anteriormente), que assegura recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, regulamentada em 2012. Além disso, as diversas políticas sociais não apresentam uma evolução homogênea na repartição das responsabilidades entre a União e os entes da federação no tocante à gestão e ao financiamento dos gastos com saúde, educação e assistência social (SALVADOR, 2014, p. 17).

Os dados da consolidação das “Contas Públicas” da Secretaria do Tesouro Nacional revelam que no período de 2004 a 2012, excetuando o refinanciamento das dívidas, o orçamento fiscal e da seguridade social cresceu na esfera da União, 74,05% acima da inflação, mas os gastos com saúde no orçamento apresentam um crescimento bem mais modesto, 48,26%. Enquanto nos municípios, os gastos com saúde aumentaram 92,12%, superando o crescimento de 81,45% verificado nos orçamentos fiscal e da seguridade social, no mesmo período (SALVADOR, 2014, p. 13-14).

Tendo em vista o protagonismo dos municípios nesse processo de descentralização, Arretche (2011, p. 95) entende a municipalização dos serviços como transferência das funções de gestão para o município.

Neste caso, é preciso lembrar que, como um legado das políticas previamente implementadas – as quais não privilegiaram a oferta municipal de serviços –, é muito provável que grande parte dos municípios estejam ampliando seus equipamentos em saúde por ocasião da implantação do modelo SUS (ARRETCHE, 2011).

Arretche (2011) ainda pontua que, mesmo que a municipalização da saúde tenha obtido elevado grau de consenso na agenda de reformas da área social, há intensa pressão local pela adesão municipal ao SUS.

Esta autora ainda sinaliza que:

A ação dos governos estaduais pode influir decisivamente nos rumos da municipalização dos programas sociais no Brasil. Porque o Brasil é um país caracterizado pela existência de uma esmagadora maioria de municípios fracos: com pequeno porte populacional, pouca expressiva densidade econômica e significativa dependência de transferências fiscais. Neste caso, a ação dos governos estaduais contribui decisivamente para compensar adversidades à

possibilidade técnica de gestão destas políticas, obstáculos estes de ordem econômica ou fiscal. É certo que há administrações municipais que, por sua densidade econômica, populacional e política, são mais independentes dos reforços ou pressões dos governos estaduais. Mas, esta não é a realidade da maioria dos municípios brasileiros (1996, p. 20).

Cohn (1998, p. 183) sinaliza que a ausência de uma definição clara das atribuições dos distintos níveis leva a uma participação oscilante das esferas estadual e municipal no processo de implementação do SUS, ora predominando um dos níveis, ora outro, na negociação com o nível central. Como resultado, tem-se um processo de descentralização com fortes marcas de desconcentração, isto é, um processo em que se delega ao nível municipal a execução da prestação de serviços, sem repassar a autonomia para a definição e implementação de uma política de saúde local.

Com a Constituição Federal de 1988, várias iniciativas institucionais, legais e comunitárias foram criando as condições de viabilização plena do direito à saúde. Assim, a política descentralizadora na área da saúde contou, no Brasil, com uma indução estratégica de centro, por meio da formulação e da instituição de instrumentos reguladores próprios.

Destacamos, neste sentido, as chamadas Leis Orgânicas da Saúde (Nº. 8.080/90 e 8.142/90), o Decreto Nº.99.438/90 e as Normas Operacionais Básicas (NOB). As NOBs de 1991/1992, de 1993 e de 1996, a partir da avaliação do estágio de implantação e desempenho do SUS, voltam-se, mais direta e imediatamente, para a definição de estratégias e movimentos táticos, que orientam a operacionalidade deste Sistema.

A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS)¹⁰³ – nas versões 2001 e 2002 – aparece como uma possibilidade de definição efetiva das responsabilidades em todos os níveis de gestão (federal, estadual e municipal), a partir da construção de regiões de saúde, privilegiando a questão do acesso e da resolutividade (PASSARELLI, 2004, p. 34).

As Normas Operacionais Básicas (NOBs) não representam apenas estratégias de indução ou de constrangimento do processo de descentralização; ao contrário, passam a configurar outros espaços de pactuação de interesses na área da saúde, originando ordenamentos, além da emergência e do fortalecimento

¹⁰³ A Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

de novos atores, pela incorporação de inúmeros centros de poder na arena decisória da política (VIANA et al., 2002).

A implantação das NOBs do SUS, NOB-SUS 91/92, em especial das NOB-SUS 93 e 96, além de promover uma integração de ações entre as três esferas de governo, desencadeou um processo de descentralização intenso, transferindo para os estados e, principalmente, para os municípios um conjunto de responsabilidades e recursos para a operacionalização do SUS, antes concentradas no nível federal.

Passarelli (2004, p. 33-34) esclarece que:

Com relação à descentralização, a implantação da Norma Operacional da Assistência à Saúde tenta responder à organização da assistência naquele componente que diz respeito ao acesso a todos os níveis de atendimento. Isso ainda é um desafio grande, porque há uma diversidade de municípios com capacidades de resposta diferentes e com dificuldade para responder, de maneira efetiva, aos problemas de saúde enfrentados nas suas localidades. A perspectiva do plano de ação de metas da assessoria de IST/AIDS da Secretaria Estadual de Saúde estrutura a regionalização da assistência, do sistema de referências e de contrarreferências.

Já as Normas Operacionais Básicas (NOBs) trazem uma questão mais geral de orientação normativa, não apontando questões relacionadas diretamente ao HIV/AIDS. Porém, dão alguns destaques ao debate da descentralização do atendimento em saúde, quando apontam para a importância da “consolidação da direção única do SUS, em cada esfera de governo, para a efetivação e a permanente revisão do processo de descentralização e para a organização de redes regionais de serviços hierarquizados”¹⁰⁴.

As NOBs ainda informam acerca da cooperação técnica e financeira com o conjunto de municípios, objetivando a consolidação do processo de descentralização, a organização da rede regionalizada e hierarquizada de serviços, a realização de ações de epidemiologia, de controle de doenças, de vigilância sanitária. Nesse contexto, o documento também sinaliza sobre as estratégias de descentralização das ações de saúde para os municípios.

A experiência acumulada, à medida que o processo de gestão descentralizada do sistema amadurecia, evidenciava um conjunto de problemas/obstáculos em relação a aspectos críticos para a consolidação do SUS. Existem, no Brasil, milhares de municípios pequenos demais para gerirem, em seu

¹⁰⁴ Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>>. Acesso em: 27 out. 2021.

território, um sistema funcional completo, assim como existem dezenas que demandam a existência de mais de um sistema em sua área de abrangência¹⁰⁵.

A publicação da NOAS-SUS 01/2001 é um importante passo no processo de implantação do SUS, ao orientar a macroestratégia da regionalização, pactuada de forma tripartite e prevista na Lei Orgânica da Saúde. Traz consigo inúmeros desafios, na medida em que disponibiliza instrumentos para os gestores promoverem a reorganização do sistema, buscando garantir a equidade no acesso às ações e serviços de saúde em seus diferentes níveis de complexidade.

Assim, para o aprofundamento do processo de descentralização, a NOAS-SUS 01/2001 orienta que deve-se ampliar a ênfase na regionalização e no aumento da equidade, buscando a organização de sistemas de saúde funcionais com todos os níveis de atenção, não necessariamente confinados aos territórios municipais e, portanto, sob responsabilidade coordenadora da Secretaria Estadual de Saúde.

O conjunto de estratégias apresentadas na NOAS – SUS 01/2001 articula-se em torno do pressuposto de que a ampliação das responsabilidades dos municípios na garantia de acesso aos serviços de atenção básica, a regionalização e a organização funcional do sistema são elementos centrais para o avanço do processo.

De acordo com o Informe da Atenção Básica nº12 (ago. /2001)¹⁰⁶, a atenção básica perpassa todos os grupos de estratégias, por englobar um conjunto de ações que deve ser ofertado em todos os municípios do país, independentemente de seu porte. A experiência em curso possibilitou inquestionável avanço na organização dos serviços em diversos municípios. Entretanto, persistem problemas em muitos outros que, ao não assumirem suas responsabilidades gestoras e de prestação de serviços, contribuem para a desorganização do sistema como um todo, transpondo os limites de seu território municipal.

A proposta de ampliação da atenção básica trazida pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS) busca definir as responsabilidades e ações estratégicas mínimas que todos os municípios brasileiros devem desenvolver.

Entretanto, deve-se assumir o compromisso de qualificação da atenção básica, isto é, de melhoria da qualidade e da resolutividade, independentemente

¹⁰⁵ Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html>. Acesso em: 11 abr. 2021.

¹⁰⁶ BRASIL, Ministério da Saúde. A NOAS e a Atenção Básica. In. **Informe da Atenção Básica**. Brasília, a. 2, n. 12, ago. 2001. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/periodicos/Informe12.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2019.

da estratégia adotada pelo município para sua organização. É recomendado que se trabalhe a atenção básica dentro de um contexto articulado com toda a rede de serviços e como parte dessa.

Embora a municipalização tenha avançado bastante no município do Rio de Janeiro nos últimos anos, o processo suscita novas questões acerca do sistema público de saúde, como por exemplo, no que se refere a descentralização da assistência ao HIV/AIDS para a atenção básica de saúde como redefinição da sua linha de cuidado.

Dentro desse contexto, em relação à descentralização para o tratamento de pessoas que vivem com HIV/AIDS no município do Rio de Janeiro nas unidades de saúde, sendo objeto de estudo desta pesquisa, já temos dados que informam como se dá esse processo neste município.

No tocante à descentralização e AIDS, Passarelli (2004, p. 40-41) esclarece que:

Há uma mudança muito grande quando se começa a ter a política do incentivo. Tal política é a extensão de uma outra, que o governo federal vem utilizando para promover a descentralização e, desde a NOB/96, têm sido criados vários incentivos para programas específicos (Programa de Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, entre outros). No entanto, considerando que a maioria dos municípios brasileiros tem menos de 20 mil habitantes, a ênfase na descentralização do SUS, que é colocada em um planejamento centrado nas necessidades locais, pode trazer o risco de tirar a AIDS da agenda de muitos municípios. Sabe-se que a epidemia tem uma tendência de interiorização. Assim, como ficarão as políticas dos municípios sem incentivo? Quando eles atentarão para a AIDS? Será que terão de esperar ter um número epidemiologicamente significativo de casos para poder pensar as formas de intervenção? Felizmente, esse argumento da necessidade epidemiológica em relação à AIDS não vingou. Desse modo, é importante saber que necessidade não pode ser entendida simplesmente como magnitude epidemiológica, mas é uma cilada na qual gestores de pequenos municípios podem cair. Numa epidemia em que ocorre inequivocadamente a interiorização, é preciso que haja uma política para os municípios que não assumirão as ações diretas de AIDS.

Os efeitos da vinculação orçamentária às políticas sociais específicas asseguram os gastos mínimos em políticas de saúde e educação também no âmbito dos municípios e dos estados. Na gestão das políticas sociais, há a existência de dois tipos de políticas descentralizadas: a) reguladas, em que a legislação e a supervisão federal colocam limites na autonomia decisória dos governos subnacionais, assegurando, assim, gastos orçamentários obrigatórios em determinadas políticas sociais; e b) não reguladas, nas quais a execução das políticas sociais está associada à autonomia das decisões dos governos locais (SALVADOR, 2012, p. 14).

O Brasil possui programa governamental de combate ao HIV/AIDS bastante avançado, sendo modelo para o mundo. Com isso, o país obteve resultados importantes na implementação do modelo de enfrentamento da epidemia e com o avanço das pesquisas e do tratamento do HIV/AIDS, foi constatado que a doença era passível de controle e que poderia ter o seu tratamento no âmbito da atenção primária de saúde.

O Ministério da Saúde, por meio de algumas publicações, debate a questão da descentralização do tratamento de HIV/AIDS. Como por exemplo, no documento “Adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil” (2010), onde é apontado que as estratégias de adesão devem ser baseadas nas diretrizes do SUS: humanização, integralidade, descentralização. O início do tratamento, as trocas de esquema antirretroviral e a ocorrência de efeitos adversos são momentos essenciais de reforço à adesão ao tratamento.

Outra publicação do Ministério da Saúde nessa temática é o Caderno de boas práticas em HIV/AIDS na atenção básica (2014), o qual sugere que o processo de descentralização do cuidado das pessoas vivendo com HIV/AIDS para a atenção básica está sendo uma estratégia positiva e conta com êxito.

De acordo com tal publicação, a atenção básica à saúde deve ser o ponto de partida de um atendimento público eficiente e eficaz. Cabe a esse nível de atenção a função de informar a população quanto às ações de prevenção de doenças e de promoção à saúde, assisti-la de forma contínua e resolutiva e encaminhar os pacientes, quando necessário, aos serviços de referência. Sabemos que há muitas dificuldades para implementação dos serviços em saúde, mas observamos que, minimamente, dentro dessa proposta, a atenção básica exerce suas atividades voltadas para a promoção da saúde, prevenção de doenças e tratamentos médicos diversos.

Nesta pesquisa, tivemos acesso a dados importantes que nos informam acerca dessa questão (em relação ao percurso metodológico, abordaremos no item 5.1.). Quanto aos atendimentos realizados nos pacientes que tratam o HIV/AIDS, os médicos responderam que a primeira consulta é mais ampla, visto que fazem anamnese e exame físico, verificam função hepática, renal e respiratória, fornecem receita de antirretroviral, pesam, aferem a pressão arterial, requisitam o exame de PPD (derivado proteico purificado, para investigação de tuberculose), solicitam exame de carga viral e linfócitos TCD4, dentre outros.

Os médicos da unidade também agendam retorno ou encaminham (alguns casos, por exemplo, com sintomas de AIDS) para o infectologista na atenção

secundária (consulta compartilhada), encaminham também para outras especialidades, caso haja necessidade ou para outro profissional, como psicóloga ou assistente social (dependendo da demanda que o paciente apresente e se a unidade tiver cobertura do Núcleo de Apoio à Saúde da Família/NASF).

Nas consultas de rotina, os atendimentos são mais simples, pois acontece apenas a consulta para tratar a questão do HIV/AIDS mesmo, não consegue ampliar a consulta e nem faz o exame físico, por exemplo, a não ser que o paciente tenha alguma queixa, então o médico examina-o. Os médicos solicitam exames e conferem os resultados de exames anteriores. Durante a pandemia de COVID-19, houve a prescrição de receita de antirretroviral para 180 dias. Há a solicitação de hemograma uma vez ao ano, carga viral e renovação da receita médica. Existe uma planilha de pacientes de HIV/AIDS, mas só é acessível para médicos, enfermeiras e gerentes da unidade (em decorrência da necessidade em resguardar o sigilo). Contudo, os médicos se queixam da burocracia e do excesso de preenchimento de formulários específicos do atendimento de HIV.

Essas ações estão pautadas no que é preconizado no Protocolo clínico e nas diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos (2018), em que as orientações envolvem: anamnese; informações específicas sobre a infecção pelo HIV e o tratamento; orientação quanto a parcerias e práticas sexuais, métodos de prevenção; identificação do uso de tabaco, álcool e outras drogas; investigação se possui outras doenças; realização do exame físico; e solicitação de exames complementares, quais sejam: Contagem de Linfócitos TCD4+ e exame de Carga Viral-HIV, Hemograma completo, Glicemia de jejum, Dosagem de lipídios (colesterol total, HDL, LDL, triglicerídeos), Avaliação hepática e renal, Teste imunológico para sífilis, Testes para hepatites virais, Prova tuberculínica (PT), Radiografia de tórax.

Dessa forma, percebemos que, em relação ao processo de trabalho e ao cuidado às pessoas que vivem com HIV/AIDS, houve um aumento significativo de pessoas que vivem com HIV acompanhadas na atenção básica (número expressivo, contingente grande de pessoas que estão sob acompanhamento neste espaço e redução de tempo de espera para infectologia) e modos de acesso (acesso avançado, acolhimento e demanda espontânea, nem sempre por meio de agendamento). Há diferentes usos dessas unidades pelas pessoas vivendo com HIV, desde pessoas que vão à unidade apenas para buscar medicação, até pessoas que fazem todo o acompanhamento e todo o cuidado na unidade básica, então, são diferentes tipos de configuração dessas interações.

Os usuários, em sua maioria, comentam que estão satisfeitos com a conduta dos profissionais e de como eles conduzem o atendimento. Não tem maiores queixas.

Nesse processo, observamos a centralidade do médico de família e comunidade no acompanhamento (muito pelo manejo clínico, bem como o acesso às medicações). Como serviços ofertados pela unidade, identificamos desde a prevenção ao HIV/AIDS como o próprio tratamento. No entanto, quanto às atividades de prevenção, identificamos limites referentes à dimensão territorial no bairro, bem como dificuldade em realizar uma ação com grupo de pessoas vivendo com HIV/AIDS no território em decorrência da questão do sigilo do diagnóstico.

Há também dificuldades no monitoramento (as equipes, inicialmente, não sabiam o número de pessoas vivendo com HIV/AIDS nas suas áreas ou que eram acompanhadas na unidade de saúde). De certa forma, o monitoramento de HIV/AIDS é bem menos evidente do que em outras situações, como hipertensão, diabetes, pré-natal. Essas condições já são mais incorporadas ao cotidiano da atenção básica.

Nesse debate, de acordo com a Professora Mariana Nogueira (2021),¹⁰⁷ a expansão da atenção básica foi realizada através de mecanismos de gestão privada na política pública. Ela foi induzida principalmente a partir de uma esfera pública não estatal, concretizada através das organizações sociais e com uma presença muito forte do gerencialismo enquanto cultura política.

Observamos que a atenção básica é muito heterogênea (tamanho das unidades, o que se faz em cada unidade) e, algumas questões em comum (atendimentos, acompanhamentos), como diferenças no modo de fazer e no grau de capacidade de incorporar novas práticas. Do ponto de vista técnico, utilizando o protocolo clínico, o tratamento de HIV/AIDS acontece dentro das propostas na atenção básica, assim como do ponto de vista estritamente biomédico também, os parâmetros clínicos e a finalidade do tratamento acontecem dentro do esperado.

Esses parâmetros clínicos têm sua importância, ainda que não sejam suficientes, mas de alguma maneira indicam que é possível o tratamento de HIV/AIDS acontecer na atenção básica, do ponto de vista técnico, dentro da proposta do tratamento, desde que alguns cuidados sejam observados. Isso vale a pena ser pensado como uma possibilidade para ampliar o acesso, os canais,

¹⁰⁷ Aula proferida no curso (on-line): SUS, capitalismo e saúde. Fundação Dinarco Reis. 2021. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=Ou4Lvi2uFqI>>. Acesso em: 22 set. 2022.

não para virar uma única opção (seria risco grande), além de ampliar e identificar as situações. Ainda há muitos pacientes que não podem se tratar no território, por várias questões, como o sigilo, preconceito, violência, dentre outros.

Essa dificuldade para o tratamento, por causa da violência, se apresenta como uma visão biologicista da sexualidade e moralista, de cunho conservador e religioso. Essas questões culturais, morais e ideológicas afetam a sociedade como um todo e atravessam também esses lugares onde a violência está estabelecida, naturalizada. Logo, a atenção integral à pessoa que vive com HIV/AIDS necessita não apenas da implementação de ações básicas de prevenção e assistência, mas também do fortalecimento da integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde existentes no município/região cuja resolubilidade varia de acordo com os recursos financeiros, técnicos, humanos e de infraestrutura do serviço. É fundamental que a organização dos serviços de saúde promova um melhor acesso àqueles que buscam tal serviço.

Arretche (1996), em sua pesquisa “Políticas Sociais no Brasil: Descentralização em um estado federativo”, demonstrou que, no caso brasileiro, atributos estruturais das unidades locais de governo têm um peso determinante para a descentralização. A autora ainda ressalta que tais fatores não são determinantes em si. Seu peso e importância variam de acordo com requisitos institucionais postos pelas políticas a serem assumidas pelos governos locais, tais como o legado das políticas prévias e as regras constitucionais.

Fausto et al. (2018, p. 59) reconhecem que a descentralização da gestão da saúde para os municípios logrou resultados importantes para a diminuição de iniquidades regionais. O fortalecimento da capacidade de governo no nível local; a ampliação da cobertura de atenção básica e a melhoria de indicadores sensíveis à atenção primária à saúde sumarizaram alguns resultados relevantes atribuídos à descentralização. Partindo dessas conquistas, são outros os desafios que precisam ser enfrentados.

Logo, Fausto et al. (2018, p. 61) ainda nos chamam a atenção para o fato de que, em mais de vinte anos decorridos da reforma do sistema de saúde nacional, esse modelo não tem favorecido o acesso com continuidade assistencial, integralidade da atenção e utilização racional dos recursos existentes. Ao contrário, coloca-se como um desafio para o fortalecimento da atenção primária à saúde.

Nesse sentido, foi observado o início da descentralização do tratamento do HIV/AIDS com tendência à municipalização do atendimento. A proposta de ter a

unidade básica de saúde como porta de entrada e ordenadora do tratamento de HIV/AIDS já é realidade no município do Rio de Janeiro.

Podemos identificar as primeiras respostas com relação aos dados coletados na nossa pesquisa de campo. No que se refere ao eixo de análise sobre o acesso ao tratamento dos usuários na clínica da família, ou seja, quais os tipos de situações enfrentadas para acessar os serviços de tratamento do HIV/AIDS.

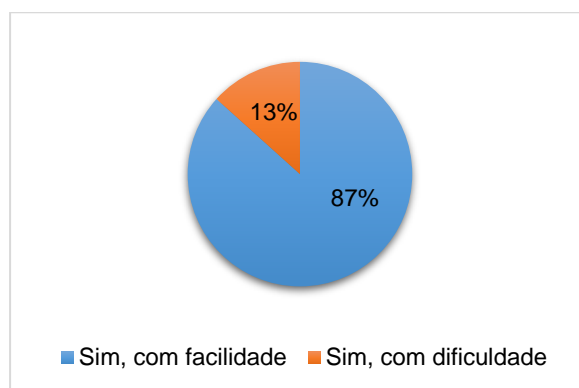


Figura 3 - Acesso aos serviços.
Fonte: Autoria própria, 2021.

Na análise dos dados, estamos cientes da heterogeneidade dos resultados encontrados. Assim, iremos identificar o porquê das respostas tão diferentes, compreendendo que os sujeitos não são iguais, embora sejam sujeitos sociais e possam refletir realidades que se conectam com realidades particulares e universais.

Em referência ao acesso aos serviços da unidade de saúde, bem como às situações enfrentadas nesse acesso aos serviços de tratamento à pessoa que vive com HIV/AIDS, vemos que 87% (26 usuários) conseguem acessar os serviços sem dificuldade. Já 13% (4 usuários) relataram que acessam os serviços com dificuldade. Esses obstáculos se relacionam com o acesso através da marcação de consultas, dificuldade em serem atendidos na unidade de saúde.

O acesso se dá pela própria unidade de saúde mesmo, por meio de encaminhamento/transferência ou mediante o teste rápido de HIV/AIDS. Devemos considerar que a descentralização apresenta um correlato espacial, implicando em uma redistribuição dos pontos de atenção em HIV/AIDS, que permite aos usuários do SUS o acesso a serviços mais próximos de sua residência (ZAMBENEDETTI, 2014, p. 56).

Dentre as principais respostas referentes ao acesso aos serviços sem dificuldade, encontramos:

Quadro 6 - Acesso aos serviços

USUÁRIO/A	RESPOSTA
Usuária 2	“Não tenho dificuldades. Solicito renovação da receita. Só busco a médica. Ela guarda o sigilo”.
Usuário 3	“Não tenho dificuldades. Consigo marcar consulta, fazer exame”.
Usuário 27	“Não tenho dificuldades. Sou bem atendido”.
Usuário 29	“Não encontro dificuldades. Retiro remédios para mais de um mês”.
Usuário 22	“Não tenho dificuldade. Sempre fui bem atendido. Inclusive, para tratar hepatite”.
Usuária 14	“Tratamento bom pra mim. A agente comunitária de saúde trata bem, a médica trata bem. Vim transferida de clínica particular”.
Usuário 04	“Não tenho dificuldades. É tranquilo pra retirar o remédio”.

Fonte: Autoria própria, 2021.

Dessa forma, como primordial ao acesso à unidade básica de saúde, Zambenedetti (2014, p. 61) nos diz que a territorialização e a adscrição da clientela implicam na delimitação da unidade como referência para um território geográfico e uma população específica, pela qual a equipe de estratégia de saúde da família se torna responsável. Portanto, a proximidade da unidade em relação ao território habitado pelos usuários visa facilitar o acesso e propiciar que a equipe esteja inserida no contexto dos usuários.

Já quanto às principais respostas em relação ao acesso aos serviços com dificuldade, temos:

Quadro 7 - Dificuldade para acessar os serviços

USUÁRIO/A	RESPOSTA
Usuário 9	“Dificuldade para atendimento de demanda espontânea” (quando o paciente comparece à unidade de saúde de forma inesperada, sem agendamento prévio).
Usuária 1	“Dificuldade para marcar consulta”.
Usuária 26	“Dificuldade no atendimento. Não tem tanto sigilo”.

Fonte: Autoria própria, 2021.

Os pacientes se referem a um sentimento de falta de sigilo, a uma sensação de que não terá o sigilo do seu diagnóstico resguardado na unidade de saúde que frequenta.

Ainda quanto às dificuldades de acesso aos serviços, os horários restritos podem dificultar o acesso aos atendimentos por conta do horário de trabalho e estudo; dificuldade de acesso de pessoas transexuais e travestis (acesso dificultado devido a problemas operacionais no SISREG relacionados ao aceite

do nome social e entraves na distribuição de preservativos em razão da discriminação); o deslocamento pode ser um dificultador também (usuários precisam se deslocar para retirada do medicamento em locais distantes, pois nem sempre a unidade de saúde do usuário dispensa medicação).

No que se refere às dificuldades de acesso aos serviços provocadas pela pandemia da COVID-19, temos:

Quadro 8 - Dificuldade para acessar os serviços em razão da pandemia COVID-19

USUÁRIO/A	RESPOSTA
Usuário 4	“Consegui marcar consulta. Fiquei quase um ano sem médico devido à pandemia”.
Usuário 5	“Não encontrava dificuldades. Mas estou desde outubro/2020 sem consulta com a médica por causa da pandemia. Estou renovando receita e fazendo exames”.
Usuário 8	“Sem consulta durante a pandemia”.

Fonte: Autoria própria, 2021.

Dessa maneira, vimos que a pandemia da COVID-19 provocou uma alteração nos atendimentos, modificando a rotina do serviço, impactando negativamente a vida de todos, incluindo as pessoas que vivem com HIV/AIDS.

Outro problema agravado pela pandemia da COVID-19 foi o acesso ao preservativo masculino e feminino, afetado pela redução temporária da distribuição em razão das muitas instituições que são polos deste tipo de atendimento estarem fechadas neste período de isolamento social. Alguns usuários apresentaram outras questões:

“Não tenho dificuldades no acesso. Mas também não tenho firmeza no médico atual. Não tem muita atenção. Sem detalhes. Não passa outros exames. Consulta não ampliada. Gostava mais da médica anterior”. Usuário 6. O paciente continua na mesma clínica, mas a rotatividade dos médicos é alta. A equipe está sendo sempre alterada. Lembrando que os profissionais trabalham através de contratos de trabalho e que, nem sempre, são renovados.

“Não tenho dificuldades para acessar a clínica. Mas não fico informado de mudanças (como alteração do dia da consulta, da troca de médico, dentre outras)”. Usuário 12

“Não tenho dificuldade. Mas queria ter ido ao infectologista (fui só na primeira consulta, mas voltei pra Clínica da Família). Porém, o médico da Clínica

da Família viu que não era necessário. Pego receita aqui. A carga viral está indetectável". Usuária 23

Ressalta-se que, como nos dizem Castro et al. (2021, p. 19), para o enfrentamento da pandemia de COVID-19, houve a necessidade de se alinhar o cuidado individual à abordagem comunitária a partir de estratégias de cuidado em saúde integrais e articuladas por meio da atenção básica. Então, em algumas unidades, houve necessidade de suspensão temporária das consultas, mas havia liberação de receitas e antirretrovirais.

Essa proposta de descentralização da atenção à pessoa que tem HIV/AIDS é uma orientação do Ministério da Saúde, data de 2013 e vem sendo divulgada por meio de várias publicações e recomendações oficiais.

Mendonça et al. (2018, p. 41) sinalizam que as doenças crônicas requerem cuidado continuado ao longo da vida de uma pessoa. Seu acompanhamento implica na utilização de vários dispositivos do sistema de saúde, em níveis distintos (de diagnóstico, tratamento e reabilitação).

Dito isto, dentro do debate da descentralização do tratamento para o cuidado de pessoas que vivem com HIV, é importante situar como o município do Rio de Janeiro está organizado, no que se refere à política de saúde municipal.

Somente em 1993, por meio da resolução nº 431 da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMSRJ), foram criadas as Áreas de Planejamento Sanitário (APS), visando viabilizar a regionalização das ações e serviços de saúde com a implantação do SUS no município do Rio de Janeiro. Nesse sentido, pela extensão territorial e concentração populacional, foram criadas 10 APS constituídas por 33 regiões administrativas, que agregam 160 bairros (RABELLO, 2016, p. 27).

Dessa forma, o município do Rio de Janeiro está dividido em dez áreas programáticas e, cada uma tem pelo menos um centro especializado em HIV/AIDS. O município conta com 232 unidades da atenção básica (2021)¹⁰⁸. Algumas oferecem atendimento com teste rápido para diagnóstico do HIV/AIDS. Todas devem receber usuários em tratamento para o HIV/AIDS.

Abaixo temos a figura 03, que apresenta a divisão do território municipal do Rio de Janeiro em Áreas Programáticas, estruturas importantes para a organização da Atenção Básica:

¹⁰⁸ Dados da Superintendência de atenção primária e da Subsecretaria de atenção primária, vigilância e promoção da saúde. Disponível em: <http://subpav.org/cnes/cnes_listar.php>. Acesso em: 10 abr. 2021.



Figura 4 - Áreas Programáticas do município do Rio de Janeiro.
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2021.

Ainda com relação aos dados municipais, segundo informações do IBGE¹⁰⁹ (2021), o Rio de Janeiro conta com uma população estimada em 6.747.815 milhões de habitantes e um território de 1.200,278 km², sendo a maior cidade do estado e a segunda mais populosa do país. Do ponto de vista econômico, é a segunda maior cidade do país, atrás apenas de São Paulo, com um Produto Interno Bruto (PIB) de aproximadamente R\$ 337,6 bilhões, em 2017, e com o PIB *per capita* de R\$ 54.426,08, em 2018.

O território municipal está dividido em sete subprefeituras, 10 Áreas Programáticas, 33 Regiões Administrativas e 160 bairros. Entre estas regiões, de acordo com dados publicados pelo IBGE (2010), estão distribuídas 763 favelas, com cerca de 1,3 milhões de moradores, aproximadamente 20% da população (SILVA, 2015, p. 99).

O Município do Rio de Janeiro conta com um número expressivo de unidades de saúde de todos os níveis de atenção, em todas as esferas administrativas. Na rede pública, há de se considerar uma presença importante da esfera federal, sobretudo no que diz respeito às unidades hospitalares no território municipal. Já na rede privada, há um destaque importante para o número de clínicas especializadas e consultórios médicos, embora o número de hospitais gerais e especializados seja deveras considerável se comparado ao da rede pública (SILVA, 2015, p. 106).

Em relação ao nível primário, identificamos um número expressivo no que se refere às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e aos Centros Municipais de Saúde (CMS), bem como de unidades que oferecem apoio à atenção básica,

¹⁰⁹ Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rj/rio-de-janeiro.html>>. Acesso em: 05 jul. 2021.

como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). A Tabela 01 mostra a capacidade do município de acordo com o tipo de unidade.

Quadro 9 - Distribuição de unidades de saúde no município do Rio de Janeiro

Tipo de Estabelecimento	Quantidade
CAPS	32
Clínica da Família	126
Centro Municipal de Saúde	106
Hospital	29
Policlínica	10
Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	15
Total	318

Fonte: CNES, 2021.

Segundo Silva (2015, p. 110), cabe apontar que os Centros Municipais de Saúde figuram a atenção básica do município do Rio de Janeiro desde o início do século passado e apresentaram configurações e ofertas de serviços diferentes ao longo das décadas. Ademais, o governo iniciado em 2009 inaugurou a primeira clínica da família e, houve um aumento importante de unidades e de equipes nos anos que se seguiram. Abordaremos mais sobre esse assunto no item a seguir.

Se, por um lado, ser tratado perto de casa traz vantagens ao paciente, como evitar percorrer grandes distâncias e ser atendido de forma integral, a proximidade também traz dificuldades. O principal deles é a quebra do sigilo do diagnóstico do HIV/AIDS. Logo, a estratégia da descentralização pode ser excelente para o tratamento de diversas doenças, mas no caso do HIV/AIDS há outras questões que precisam ser consideradas, pois há a particularidade do sigilo e reservas quanto ao tratamento.

A situação não gira apenas em torno da acessibilidade. Pensamos que o sistema não pode ser tão rígido no que se refere ao tratamento de todas as doenças e ao acompanhamento de todos os sujeitos de forma idêntica, desconsiderando suas particularidades e singularidades.

Com o evoluir das ciências médicas, o diagnóstico de HIV/AIDS deixou de ser sinônimo de pouco tempo de vida, mas o cuidado indica que se faz necessário de modo contínuo e permanente. Os medicamentos existentes atualmente conseguem controlar a doença e proporcionar às pessoas que vivem com o vírus um tempo e qualidade de vida cada vez maior.

Em relação ao tratamento antirretroviral, é necessária a orientação minuciosa do paciente sobre esse processo, para seu maior conhecimento da doença e melhor compreensão do tratamento. Os serviços de saúde são vistos como espaços estratégicos de informação e execução de intervenções no campo da adesão e a adequação do tratamento à rotina de vida do paciente (BRASIL, 2010, p. 25).

Porém, para que haja acesso à medicação, é necessário que o paciente esteja em tratamento, vinculado a uma unidade de saúde. É fundamental a importância dos serviços de saúde na determinação da adesão dos pacientes, principalmente em início de terapia. A equipe multiprofissional deve envidar esforços de acolhimento e adesão para todos os pacientes (BRASIL, 2010, p. 117).

No contexto da clínica da família, o trabalho de adesão feito junto aos pacientes acontece através do atendimento médico. Como mostra a figura abaixo:



Figura 5 - Trabalho de adesão.
Fonte: Autoria própria, 2021.

Quanto ao trabalho de reforço da adesão ao tratamento durante as consultas, 70% (7 médicos) informaram que fazem esse trabalho, já 30% (3 médicos) alegaram que não trabalham adesão nas consultas.

É importante situar que qualquer profissional de saúde pode orientar quanto a adesão ao tratamento dos pacientes. No contexto do acompanhamento de HIV na atenção básica, o profissional pelo qual o paciente é atendido de forma majoritária é o médico. Nessa situação, cabe a esse profissional fazer a adesão, sempre que houver necessidade.

Os profissionais que veem a necessidade e conseguem desenvolver a questão da adesão na consulta alegaram que reforçam as orientações em saúde durante os atendimentos, tentam agendar mais consultas para o paciente que está

com alguma dificuldade no tratamento e pedem apoio ao farmacêutico¹¹⁰ da unidade para fazer atividade busca-ativa, pois eles acompanham os pacientes que retiram antirretroviral.

A médica 4 relata que: “aconteceu uma situação de uma paciente muito religiosa que, em função da religião, abandonou o tratamento (acreditando na cura da doença através da fé). A farmacêutica acionou a equipe de saúde para notificar quanto ao caso. Conversaram com ela acerca da importância do tratamento e dos cuidados em saúde. Infelizmente, ela desenvolveu a AIDS. Mas como ficou internada, felizmente, ela se recuperou e retornou para o tratamento na unidade”.

Assim, há inúmeras dificuldades para se trabalhar a adesão ao tratamento com o paciente em abandono de tratamento, paciente com carga viral detectável, que abandona o tratamento e depois retorna à unidade de saúde.

Alguns profissionais falaram que não sentem a necessidade de trabalhar a adesão nas consultas:

Quadro 10 - Adesão durante o atendimento médico

MÉDICO/A	RESPOSTA
Médica 3	“Não precisa”.
Médica 6	“Pacientes regulares”.
Médica 1	“A pandemia atrapalhou, não estamos fazendo visita domiciliar. Para fazer uma busca dos pacientes, precisamos da agente comunitária de saúde, pois ela é quem avisa da consulta, mas a questão do sigilo do diagnóstico atrapalha porque os pacientes não querem que sua agente saiba do diagnóstico”. Como complemento: “enfermeira ou médico com a agente comunitária de saúde para a visita domiciliar”.

Fonte: Autoria própria, 2021.

O médico 2 comenta: “reforço cuidados em saúde na consulta. Percebo que a situação de pobreza e uso de drogas acentuam a dificuldade da adesão. Lembrei agora de quatro pacientes que estavam em abandono de tratamento. Eram todos jovens, pobres e homossexuais. Havia uma transexual que se prostituía, era usuária de drogas. Todos vieram a óbito, adoecidos de AIDS. Acredito que, para tratar o HIV/AIDS, precisa do mínimo de condições de vida e atendimento das necessidades sociais”.

Nas entrevistas, os médicos demonstraram compromisso com o acompanhamento de saúde e o quanto eles solicitam apoio da equipe, quando

¹¹⁰ Nas visitas às unidades de saúde, pude perceber que os farmacêuticos têm uma sistematização e um controle da retirada de medicamentos por meio do sistema do Ministério da Saúde, o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM).

necessário. Muitos disponibilizam seu telefone pessoal para o paciente, fazem contato telefônico com esse usuário, acompanham sua trajetória de atendimento por uma planilha do setor, atendem esse paciente por meio de demanda espontânea quando o paciente procura o setor, dentre outros fatores que buscam facilitar o acesso aos serviços para o usuário. Logo, vemos o grande empenho dos profissionais pelo atendimento, por tornar acessível, por cumprir as diretrizes do SUS.

Boa parte dos médicos comentam que há muitos casos de pacientes em abandono de tratamento. Geralmente os médicos pedem ajuda à farmacêutica para fazer contato com os pacientes, agendam mais consultas ao longo do ano e solicitam apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Alegam que encontram muita dificuldade quando o paciente que está em abandono não pertence ao território de localização da unidade de saúde ou quando, em razão da preservação do sigilo do diagnóstico, a agente comunitária de saúde não sabe do diagnóstico e, a própria médica precisa fazer o contato por telefone, mas nem sempre consegue falar com o paciente.

Como já falamos, a adesão pode ser definida como “o comportamento de uma pessoa – tomar remédio, seguir uma dieta ou fazer mudanças no estilo de vida – que corresponde às recomendações da equipe de saúde” (BRASIL, 2008, p. 91). No entanto, tal definição remete à noção de obediência cega à equipe de saúde e de conformismo, desconsiderando múltiplos fatores que se colocam entre o usuário e a adesão, assim dificultando-a.

Nesse sentido, é importante pontuar que a adesão se relaciona com as condições de vida, em que a precarização da vida do usuário irá dificultar sua adesão ao tratamento, como, por exemplo, o paciente que se encontra em algumas destas situações: situação de rua, desemprego, fome, violência, analfabetismo, dentre outras. Portanto, há muitas situações de ordem estrutural e socialmente determinada que definem, objetivamente, a questão da adesão ao tratamento.

É importante ressaltar o impacto do trabalho dos profissionais envolvidos com o tratamento de HIV/AIDS, na vivência desses pacientes. A política de HIV/AIDS precisa ser trabalhada de uma forma que combata o preconceito, com mais qualidade dos serviços ofertados e menos exposição dos usuários.

Nesse contexto, como consequência da falta de acesso ao tratamento (no que se refere à dificuldade em conseguir acessar uma unidade básica de saúde para fins de tratamento de HIV/AIDS), tem-se a situação de adoecimento, a

difficuldade de sociabilidade e de inserção no mercado de trabalho, o isolamento social, exclusão e falta de dignidade. Atréadas a esse cenário, há questões relacionadas ao estigma, ao preconceito e à discriminação que envolvem a pessoa que vive com HIV/AIDS.

Sabemos que o acesso aos serviços de saúde e sua utilização podem provocar desafios e dificuldades ao tratamento dos indivíduos vivendo com HIV/AIDS, no que se refere à localização geográfica, pois, quando se trata em realizar o tratamento de HIV/AIDS na unidade de saúde próxima da residência, os pacientes ficam constrangidos e temem a exposição em decorrência do diagnóstico.

Assim sendo, a questão não é a dificuldade do acesso e, sim, estar próximo de casa ou conhecer alguém da unidade de saúde, temendo exposição ou revelação do diagnóstico, que é sigiloso. Uma vez que o acesso descentralizado deverá ocorrer com a preservação das pessoas, entendendo que essa patologia é carregada de preconceito e discriminação, isso é um desafio.

Para evitar qualquer constrangimento em razão do diagnóstico, a maioria dos pacientes reserva seu sigilo.

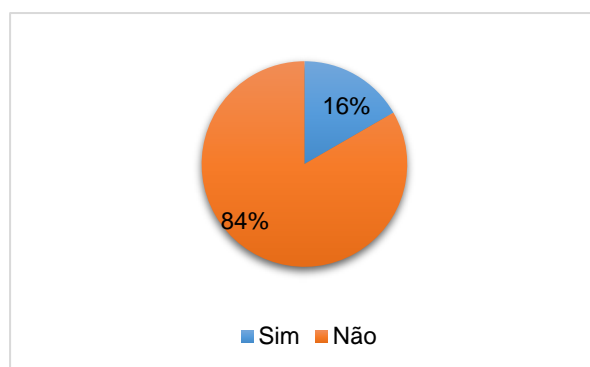


Figura 6 - Constrangimento.

Fonte: Autoria própria, 2021.

Em relação à vivência de alguma situação de constrangimento por ter HIV, 84% (25 usuários) responderam que não passaram por constrangimento, já 16% (5 usuários) disseram que sim. Como situação citada, 3 usuários foram constrangidos no ambiente do trabalho, um no atendimento odontológico, e o outro na casa de um amigo.

Alguns usuários relataram que vivenciaram a situação de constrangimento no trabalho: “Sim, no trabalho, quando precisei fazer exame”. Usuário 13

Como exemplo da situação de trabalho, a usuária relata que “fiz exame de sangue no trabalho e fui a única que não foi contratada. Isso já aconteceu quatro vezes. Sou cuidadora de idosos. Muitos patrões não aceitam. O exame admissional que pede HIV recusa muito as pessoas. As casas de família pedem”. Usuária 1.

Contudo, essa solicitação é ilegal. A Portaria 1.246/2010¹¹¹ do Ministério do Trabalho e Emprego, Art. 2º: “Não será permitida, de forma direta ou indireta, nos exames médicos por ocasião da admissão, mudança de função, avaliação periódica, retorno, demissão ou outros ligados à relação de emprego, a testagem do trabalhador quanto ao HIV/AIDS”.

Outra situação do entrevistado 9: “Sim, no trabalho (quando trabalhava como cozinheiro). contei no trabalho que tenho HIV/AIDS. Pedi demissão porque fiquei isolado no trabalho, as pessoas apontavam. Fiquei com receio para ter relações sexuais com as pessoas. Tomava Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PREP) e usava preservativo (estourava). Fiz a PREP por cinco anos, quando morava em São Paulo. Quando cheguei ao Rio, testei positivo para o HIV/AIDS. Trabalho como profissional do sexo e falo que tenho o HIV/AIDS para o cliente, principalmente o que solicita o sexo desprotegido. Tem cliente que aceita fazer sexo desprotegido, mesmo sabendo do meu diagnóstico e paga mais caro”.

A usuária 14 se sentiu constrangida durante o atendimento odontológico: “no dentista. O dentista recusou o atendimento, pois alegou que precisaria de uma declaração do médico que trata do HIV/AIDS me liberando para uma consulta odontológica simples. Ele não estava preparado para os atendimentos. Fiquei bastante constrangida porque ele falou isso na frente de outras pessoas”.

O entrevistado 19, que se sentiu constrangido na casa do amigo, revela que: “Fui à casa de um amigo, acompanhando outro amigo (que tem HIV/AIDS). O dono da casa pediu “atestado de HIV/AIDS”. Eu disse que não tinha (tendo), e meu amigo disse que tinha. Todos ficaram constrangidos e foram embora. O amigo (dono da casa) disse que foi brincadeira”.

Fica claro o quanto esses pacientes ficam constrangidos quando são desrespeitados no seu sigilo, no seu direito de ser quem são e na sua liberdade de falar abertamente da sua vida sem serem julgados ou discriminados.

Alguns entrevistados responderam que não sofrem constrangimento porque preservam o sigilo:

¹¹¹ Disponível em: <http://www.normaslegais.com.br/legislacao/portariante1246_2010.htm>. Acesso em: 01 jul. 2022.

Quadro 11 - Constrangimento por viver com HIV

USUÁRIO/A	RESPOSTA
Usuária 2	"Não. Guardo o sigilo. Só o pastor que sabe".
Usuário 4	"Não. Mantenho sigilo".
Usuário 5	"Não. Procuro não falar do diagnóstico".
Usuário 8	"Não. Ainda é tabu. Falo pouco, não me sinto rejeitado".
Usuário 12	"Não, porque sou reservado. Quase ninguém sabe".
Usuária 23	"Não. Guardo o sigilo. Não vejo necessidade de falar. Reconheço o preconceito".
Usuário 22	"Não, porque guardo o sigilo. Dentro do ambiente médico sou bem tratado. No dia a dia não passo por constrangimento porque escondo o diagnóstico".
Usuária 30	"Profissionais da Clínica da Família não moram perto de mim. Sem problema de constrangimento e sigilo na unidade".
Usuário 29	"Não. Mantenho sigilo. Sigilo também na Clínica da Família (sem dificuldade)".

Fonte: Autoria própria, 2021.

Infelizmente, há modos de organização e funcionamento dos serviços de saúde que acabam gerando barreiras, constrangimento (em falar na recepção da unidade que precisa de algum atendimento para HIV/AIDS) e criatividade/arranjos (contato direto com enfermeira ou médico, por meio de telefone particular, por exemplo). Esses arranjos se destacam, mas não anulam alguns constrangimentos que são colocados pelo modo de organização do serviço.

O sigilo do diagnóstico de HIV/AIDS talvez seja um dos pontos mais críticos da descentralização do tratamento de HIV/AIDS para a atenção básica, pelo fato de que o usuário e seus familiares (moradores da casa) são acompanhados na mesma unidade de saúde e pela mesma equipe de saúde da família.

Neste sentido, Zambenedetti (2014, p. 124) considera a existência de um paradoxo que tensiona a relação entre território e estigma, visto que frequentar a unidade de saúde de seu território implicaria a possibilidade de encontrar pessoas conhecidas, em uma situação em que seria desejado não ser reconhecido, cientes de que a noção de território¹¹² está pautada na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Há um pressuposto embutido nesta política de que a proximidade com o território facilita o acesso da população ao serviço, assim como possibilita a equipe

¹¹² Para efeitos da PNAB, considera-se Território a unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à promoção, prevenção e recuperação da saúde. Os Territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, epidemiológico e assistencial, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Básica, de forma que atendam a necessidade da população. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html> Acesso em: 01 jul. 2022.

uma ação mais contextualizada. Porém, no contexto do tratamento de HIV, vemos que o usuário, muitas vezes, opta por tratar-se longe da área da sua residência para evitar qualquer exposição ou constrangimento em função da vivência com HIV/AIDS.

Nesse debate de sigilo, Sousa (2020, p. 315) diz que o objetivo, através do sigilo, é garantir uma relação pacífica e confiável na utilização de serviços profissionais, impedindo qualquer veiculação de tudo aquilo que o profissional tem conhecimento na relação que estabelece. O profissional deve estabelecer com o usuário uma relação de absoluta confiança, mantendo o sigilo ao tomar conhecimento da história e de fatos da vida dele.

Portanto, a discriminação não está presente apenas nos ambientes familiares, mas também se estendem aos diversos locais por onde essas pessoas se relacionam, manifestando-se de diversas formas.

Nos dias de hoje, vemos que essa situação está mais sigilosa, muito silenciada, tendo em vista ainda a vivência de discriminação e preconceito por parte da pessoa que vive com HIV/AIDS. No entanto, a ABIA, em 2019, relançou a campanha “Silêncio = Morte”¹¹³ explicando a necessidade das denúncias de discriminação, estigma e preconceito em relação às pessoas que vivem com HIV/AIDS e outras formas de silenciamento, em que a falta dessas denúncias poderia resultar em morte. A ABIA se pronunciou dizendo que esse silêncio que gera isolamento causa solidão e sofrimento.

Ressaltamos que o silenciamento não se refere apenas à temática de HIV, mas a todo o conjunto que ela traz, como sexualidade, morte, fragilidade humana (trazendo a ideia de um homem perfeito, sem falhas). Assim, esse fato faz parte de uma análise dessa necessidade do sigilo que, não necessariamente, é uma necessidade do paciente de não se expor, mas que já vem como uma opressão externa que constrange esse sujeito de viver livremente quem ele é, da forma como ele é, com doença ou sem doença, com vírus ou sem vírus. Essa necessidade é mais social do que individual. Não é só o HIV/AIDS, pois há um cunho social muito forte, que se mistura. Essas questões estão articuladas.

Assim, a doença não é individual e, sim, coletiva, já que há os determinantes sociais. Entendemos que toda doença é social, manifestando-se individualmente,

¹¹³ Disponível em: <<https://abiaids.org.br/dezembro-vermelho-abia-reedita-slogan-silencio-morte-e-realiza-campanha-em-defesa-dos-direitos-das-pessoas-que-vivem-com-hiv-aids/33665>>. Acesso em: 25 abr. 2022.

mas tem relação com a totalidade. A pobreza, miséria e violência são os determinantes sociais que mais influenciam no processo de adoecimento.

No atendimento com o profissional, podemos refletir acerca do entendimento de que o “segredo profissional” se dá em razão de uma relação em que os usuários confidenciam segredos que fazem parte de sua vida privada, de maneira individual (SOUSA, 2020, p. 287). O usuário tem direito ao sigilo, mas até que ponto esse sigilo não é também uma forma de opressão e que não é necessariamente do paciente. Há diferentes aspectos desse sigilo.

O HIV/AIDS extrapola as questões relacionadas à ética, uma vez que traz também uma situação relacionada com a moral, conservadorismo, argumentações religiosas. Conforme Barroco (2009, p. 11), a ética é compreendida como parte integrante da prática social dos homens, objetivando-se tanto em suas atividades cotidianas como nas formas de práxis que permitem a ampliação de sua consciência moral e seu enriquecimento como indivíduos. A autora (p. 20) ainda entende a ética como o modo de ser socialmente determinado que tem sua gênese no processo de autoconstrução do ser social.

A tendência de direcionamento do tratamento do HIV/AIDS para a atenção básica de saúde impõe a necessidade de construção de novas análises capazes de investigar os seus reais impactos do ponto de vista da garantia dos direitos dos usuários que convivem com HIV/AIDS. Nesse sentido, por meio dessa pesquisa, tivemos acesso a dados necessários para demonstrar essa realidade.

Ainda como desafio para a maior integração da política de AIDS ao SUS, as iniciativas de descentralização das políticas de AIDS incluem assegurar que o financiamento e as concorrências de projetos de prevenção desenvolvidos pelas ONGs fossem feitos não só pelo governo federal, mas também por estados e municípios (ABIA, 2020 p. 104).

No caso do tratamento da AIDS, especificamente, observa-se, ao longo dos anos 2000, a transferência da responsabilidade da esfera federal para os estados e, particularmente, para os municípios no que se refere ao funcionamento dos serviços, oferta de parte dos insumos e programas de prevenção (ABIA, 2014, p. 09-10).

Contudo, a descentralização dos processos decisórios para seleção e implantação de projetos de prevenção voltados aos grupos que estavam mais em risco na epidemia de AIDS mobilizou tensões ligadas a aspectos morais no âmbito das secretarias estaduais e municipais de saúde, inviabilizando o repasse de recursos financeiros para redes de prostitutas ou grupos gays, por exemplo.

Nesse sentido, a política, quando centralizada pelo governo federal, facilitava o seu desenvolvimento, visto que as instâncias locais de gestão das políticas de saúde só precisavam acompanhar o desenvolvimento das ações e dar suporte a elas (ABIA, 2020 p. 105).

Passarelli (2003, p. 263-264) nos diz que, como o financiamento do SUS deve ser compartilhado pelos três níveis de governo (ver EC n.29/2016), essa composição de gastos deve se reproduzir também para o financiamento das políticas de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) /AIDS. Nesse contexto, são identificados alguns blocos, quais sejam:

- 16% do total de financiamento dos recursos do Ministério da saúde, tanto para a atenção básica como a de alta e média complexidades, isto é, as internações, atendimentos ambulatoriais, exames de diagnósticos;
- 64% do total dos recursos refere-se aos repasses de insumos (principalmente antirretrovirais e preservativos) comprados pelo Ministério para estados e municípios;
- 12% do total dos recursos do Ministério da saúde, mais os recursos do acordo de empréstimo com o Banco Mundial, que corresponde a cerca de 8% dos gastos, para investimento em política de incentivo¹¹⁴ que promove promoção, prevenção e Direitos Humanos; qualificação das ações de assistência, tratamento e diagnóstico; e
- 8% dos recursos são relativos às ações desenvolvidas por organizações da sociedade civil.

É necessário e urgente, portanto, que a sociedade e, sobretudo, o sistema de saúde atentem-se para esse problema emergente e mobilizem suas ações no sentido de instrumentar a promoção de atitudes preventivas e de tratamento. Enfim, não há nada facilmente planejável, quando se está diante de uma situação nas dimensões do HIV/AIDS. Dada a seriedade da situação, a questão relativa ao que deve ser feito não é nada simples, pois os desafios com os quais nos deparamos assumem grandes proporções.

Dessa maneira, vimos que a questão da descentralização perpassa por aspectos relacionados à ofensiva neoliberal, trazendo em si situações de

¹¹⁴ A política de incentivo começou a vigorar a partir de 01/01/2003 e desempenha um papel importante na promoção da descentralização. Com ela, será possível aumentar o número de municípios com ações voltadas para o controle da epidemia e, ao mesmo tempo, institucionalizar o financiamento dos estados e municípios (PASSARELLI, 2003, p. 264).

desmonte de serviços e direitos, relacionando-se com questões voltadas à focalização, precarização, terceirização dos recursos humanos e falta de gestão para viabilizar os princípios constitucionais.

Para Neto e Araújo (1998, p. 59), finalmente, cabe ressaltar que em países continentais e muito desiguais, como o Brasil, é muito importante discutir mecanismos de articulação entre os atores locais. Assim, a descentralização coordenada parece ser o modelo a ser perseguido pelos atores locais de um país como o Brasil. E os esforços nessa direção ainda são muito incipientes.

Por fim, somente integrando as nossas reações ao HIV/AIDS a uma luta muito mais abrangente em busca de emancipação humana, superação das desigualdades sociais, justiça social, da igualdade entre mulheres e homens, dos direitos sexuais, que poderemos realmente controlar a epidemia, revirando o caminho da AIDS.

4.2.

O panorama do HIV/AIDS no Município do Rio de Janeiro: as Unidades Básicas de Saúde como locais de tratamento de HIV/AIDS

Considerando que é dever do Estado combater epidemias com prevenção e tratamento, tem-se que, inicialmente, os serviços ofertados aos primeiros pacientes de HIV/AIDS no Brasil ocorreram nos hospitais federais, pois, de acordo com Fonseca (1994), tais locais se constituíram como espaço privilegiado para a assistência ao paciente de HIV/AIDS, em especial os Hospitais Universitários.

A situação aconteceu dessa forma porque naquela época, início da década de 1980, a alta mortalidade atribuída à AIDS ainda se constituía num estigma que desestimulava outros serviços a se envolverem com o tratamento. Frente a uma doença com processo clínico envolvendo grande sofrimento e tendo a morte como insígnia, os serviços exclusivamente ambulatoriais creditaram aos hospitais a responsabilidade sobre o acolhimento da demanda (FONSECA, 1994).

Na década de 1990, em função das diversas mudanças ocorridas no que diz respeito à “história natural” da infecção pelo HIV/AIDS, houve uma alteração na forma de tratamento. Observou-se, portanto, que a AIDS assumiu a característica de doença crônica.

Ocorreu a diminuição da necessidade de internação dos pacientes enquanto aumentou significativamente a demanda por serviços ambulatoriais. Dessa forma,

os serviços ambulatoriais se constituíam nos espaços mais adequados para o tratamento desses pacientes também pela natureza dos procedimentos envolvidos.

Ainda nos anos 1990, o Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde propõe como estratégia a criação de outras maneiras de assistência à AIDS. Surgem os conceitos de: Serviço de Assistência Especializada (SAE), de caráter ambulatorial; Hospital-Dia (H-D), com a proposta de oferecer procedimentos em caráter de semi-internação, como a administração de medicamentos e; os Serviços de Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT), que possibilitariam ao paciente receber cuidados especiais da equipe de saúde em seu domicílio.

No ano de 1992, no Rio de Janeiro, iniciou-se o atendimento às pessoas vivendo com HIV/AIDS nos Centros Municipais de Saúde (CMS). Segundo Schilkowsky (2008), o número de unidades envolvidas foi aumentando rápida e progressivamente: no primeiro semestre de 1993, eram 8 e, no ano seguinte, 15 CMS a prestarem assistência aos novos e cada vez mais numerosos casos que procuravam estes serviços.

Nos dias de hoje, o cenário da rede de assistência ambulatorial do município compreende todos os Centros Municipais de Saúde, Postos de Assistência Médica (PAM) e Clínicas da Família, além dos serviços existentes em praticamente todos os Hospitais Gerais e Universitários e os Serviços de Assistência Especializada.

Segundo a Política Nacional de DST/AIDS (1999), do Ministério da Saúde, os SAE são unidades assistenciais, de caráter ambulatorial, que fixam o paciente HIV/AIDS a uma equipe que o acompanhará ao longo de sua enfermidade.

Dentro desse contexto, fez parte das recomendações do Ministério da Saúde para o tratamento do HIV/AIDS a criação dos serviços ambulatoriais em HIV/AIDS. Trata-se de serviços de saúde que realizam ações de assistência, prevenção e tratamento às pessoas vivendo com HIV/AIDS. Estes são os serviços de assistência especializadas (SAEs) em infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e HIV/AIDS.

Algumas de suas atividades principais são: cuidados de enfermagem; orientação e apoio psicológico; orientação e encaminhamentos sociais, atendimentos em infectologia, nutricional; controle e distribuição de antirretrovirais; orientações farmacêuticas, distribuição de insumos de prevenção;

e atividades educativas para adesão ao tratamento e para prevenção e controle de ISTs e HIV/AIDS.

De acordo com o Ministério da Saúde, O SAE tem como objetivos prestar assistência integral ao paciente que vive com HIV/AIDS; promover atividades de educação e prevenção de ISTs/AIDS; oferecer campo para ensino, pesquisa e extensão; realizar acompanhamento médico, psicossocial, nutricional e de enfermagem; reduzir a necessidade de internação hospitalar, em função de intervenção clínica ágil.

O cuidado às pessoas vivendo com HIV/AIDS foi deslocado do que já era tradicional em acontecer nos ambulatorios especializados, para as unidades básicas de saúde. Foi iniciado por meio da introdução de testes rápidos na atenção primária à saúde, a partir de 2012 e, recomendação em 2013, pelo Ministério da Saúde, do acompanhamento da pessoa que vive com HIV/AIDS na unidade básica de saúde. Se no bairro do usuário não houver clínica da família em funcionamento, ele deverá ser atendido em outra unidade de saúde do mesmo território de moradia.

O potencial é de ampliar o acesso das pessoas que vivem com HIV/AIDS aos cuidados de saúde, junto com desafios e riscos. Na atenção básica, havia mais atividades voltadas para prevenção e promoção com relação à temática de HIV. A introdução dos testes rápidos representa, de fato, uma nova prática, uma nova oferta de serviço naquele espaço.

Algumas publicações do Ministério da Saúde, como o Caderno de Atenção Básica HIV/AIDS, hepatites e outras DST – nº 18 (2006), debatem a questão do processo de descentralização do cuidado das pessoas vivendo com HIV/AIDS para a atenção básica. Tal recomendação do Ministério da Saúde sugere que, embora não haja ainda a cura para a infecção pelo HIV/AIDS, é possível controlar essa infecção por meio de ações que promovem a prevenção primária e pelo diagnóstico ágil e terapia adequada da pessoa que vive com HIV/AIDS. Portanto, tem-se documentos que orientam quanto à organização da atenção básica para o manejo do HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs).

Os serviços de atenção básica à saúde devem realizar uma abordagem multidisciplinar integrada, de forma a desenvolver ações adequadas de promoção à saúde e prevenção, diagnóstico e assistência para os pacientes, seus familiares e a comunidade (BRASIL, 2006, p. 12). Pessoas com sintomas sugestivos de infecção pelo HIV/AIDS chegarão às unidades básicas de saúde (UBS) para esclarecimento de seu quadro clínico. Dessa forma, as UBS devem se estruturar

para responder a essa demanda, proporcionando oportunidade de diagnóstico ao primeiro contato e encaminhamento aos serviços especializados disponíveis no SUS.

O Caderno de Atenção Básica HIV/AIDS (2006) explicita que a epidemia da AIDS trouxe para os profissionais da saúde o desafio de aprender a lidar com o ser humano nas suas questões mais íntimas. Ela exige a reflexão do modelo de atenção à saúde e a definição de ações de prevenção nos diferentes níveis de gestão do SUS, considerando o contexto de desigualdade social e de acesso aos serviços de saúde.

O documento ainda defende que, para melhorar os índices do HIV/AIDS no país, é preciso o envolvimento de toda a sociedade. O Brasil foi pioneiro na resposta à epidemia, mas o momento atual mostra que é preciso aperfeiçoar muitos pontos da assistência. Acredita-se que a inclusão da atenção básica no cuidado da pessoa vivendo com HIV/AIDS trará benefícios a todos os envolvidos, usuários, profissionais de saúde e sociedade civil organizada.

Esse processo está sendo feito a partir dos municípios e estados e tem todo o respaldo do Departamento de doenças de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis, do Departamento de Atenção Básica e do Ministério da Saúde. Defendem que a proposta modelo-assistencial focada no serviço especializado é limitada e que a única forma de ampliar a rede sem custo e garantir um cuidado integral à pessoa vivendo com HIV/AIDS se dá por meio da atenção primária.

Consequentemente, essa proposta de descentralização da atenção à pessoa que tem HIV/AIDS é uma orientação do Ministério da Saúde, que vem sendo divulgada por meio de várias publicações oficiais, tais como o Caderno de Atenção Básica HIV/AIDS, hepatites e outras DSTs (2006), Caderno de boas práticas em HIV/AIDS na atenção básica (2014), HIV/AIDS na Atenção Básica – Material para Profissionais de Saúde e Gestores – 5 passos (2017), 5 passos para a implementação do Manejo da Infecção pelo HIV na Atenção Básica (2017).

O Ministério da Saúde (2014) defende que, para reverter a situação da epidemia, principalmente as mortes, será necessário executar três ações: ampliar o diagnóstico, tratar precocemente e descentralizar o atendimento da rede especializada para a atenção primária.

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (2014, p. 42), a descentralização da assistência ao HIV/AIDS para atenção básica visa reorganizar a linha de cuidado à AIDS (deslocar o tratamento do nível especializado para a atenção

básica). O protocolo de atendimento desenvolvido pela gerência municipal de infecção sexualmente transmissível (IST) /AIDS e Hepatites Virais organizou o cuidado na atenção básica partindo de três cenários: o paciente sintomático (com coinfeção); o assintomático (que só possui o HIV) e; o sintomático estabilizado.

O documento alega que já há a estruturação da rede primária de saúde na cidade do Rio de Janeiro e o aumento da estratégia de saúde da família. Em 2021, são 232 unidades de saúde, entre centros municipais de saúde e clínicas da família. Sendo assim, foi possível incluir a prevenção e o tratamento do HIV/AIDS entre as ações desenvolvidas por esses profissionais nos territórios em que atuam.

Mendonça et al. (2018, p. 41-42) informam que a promoção da saúde implica o reconhecimento da determinação social dos processos saúde-doença, com a mediação de ações intersetoriais nos territórios e uma competência decisiva da equipe multidisciplinar. No caso da atenção primária de saúde, que tem uma estreita e implicada relação com os territórios e sua população, é fundamental a ampliação da experiência democrática e participativa.

Gondin e Monken (2018, p. 160) informam que o território na atenção primária à saúde constitui espaço delimitado, produzido pela sociedade e apropriado por população específica, no qual existem múltiplos objetos geográficos, atores sociais, relações (fluxos) e poderes diversos. Essa concepção de território permite situar o potencial explicativo do termo para uso nos serviços e incorporar elementos constitutivos do espaço no cotidiano das práticas de atenção primária à saúde para consecução de seus atributos.

Ou seja, a atenção primária é muito importante quando está no centro do cuidado dos sistemas de saúde: acesso universal, integralidade do cuidado, mobilização comunitária, equidade, justiça social, cidadania e democracia. Deve-se buscar integrar prevenção com promoção da saúde, com atenção, mas também por uma questão da luta política, na perspectiva comunitária, territorial, de mobilização da comunidade.

A atenção primária precisa estar junto ao território para entender esse local, suas necessidades, quais são as intervenções mais apropriadas para a população. Todavia, na unidade básica de saúde, percebemos que há uma rotatividade alta dos profissionais, o que dificulta e até compromete o vínculo do paciente de tratamento de doença crônica com o profissional no próprio território.

Passarelli (2004, p. 55-56) chama a atenção para essa questão da rotatividade desses profissionais nas unidades básicas de saúde, alegando que é

enorme, assim como mudam com frequência as políticas de saúde e a direção dessas unidades, ou seja, toda a disposição dentro do serviço muda. Dessa forma, essa situação é desfavorável para o paciente e para a continuidade do seu tratamento, sobretudo, se se tratar de doença crônica.

Nesse contexto, é importante discorrer acerca da estruturação da atenção básica à saúde, seus aspectos históricos, conceitos, e suas legislações. Ressaltamos que os princípios e as diretrizes da Atenção Primária vêm sendo elaborados e discutidos desde a Declaração de Alma-Ata, em 1978.

Esta Declaração foi o resultado da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde que conclamou os países a implantarem a Atenção Primária, particularmente, os países em desenvolvimento (BRANCO, 2019, p. 01).

Dentro dessa proposta, na primeira década dos anos 2000, o acesso universal e o financiamento da saúde ganharam protagonismo no debate mundial. Esse novo movimento é, de certa forma, subsidiário da proposta da Declaração de Alma-Ata (1978) de alcançar a saúde para todos até o ano 2000, por meio da priorização do investimento na atenção primária (IPEA, 2020, p. 92).

Segundo o IPEA (2020, p. 102):

A Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde, realizada pela OMS em Alma-Ata, expressava a “necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo”. No caso do Brasil, que já possui um sistema definido constitucionalmente com cobertura universal e financiamento público, os principais problemas identificados para a efetivação da cobertura universal se situam na insuficiência de recursos aportados pelo poder público e no enfrentamento das desigualdades regionais e populacionais de acesso aos serviços, mediante políticas de distribuição de profissionais e equipamentos de saúde.

A OMS, a partir de Alma-Ata, definiu a Atenção Primária como assistência essencial, baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, postos ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação, a um custo que a comunidade e o país possam suportar em todas e cada uma das etapas de seu desenvolvimento com um espírito de autorresponsabilidade e autodeterminação (CAMPOS, 2005, p. 5).

Ainda Campos (2005, p. 05) informa que a Atenção Primária da Saúde é parte integrante do Sistema Nacional de Saúde, que constitui a função central e o núcleo principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade

com o sistema de saúde, levando o mais próximo possível a atenção à saúde no lugar onde residem e trabalham as pessoas.

Assim, segundo Almeida et al. (2018, p. 02), no Brasil, durante o processo de implementação do SUS, as práticas de atenção primária de saúde passaram a ser denominadas de atenção básica, implementada como política de Estado. A atenção básica é a porta de entrada do SUS e o primeiro nível de atenção de uma rede hierarquizada e organizada em complexidade crescente. É definida em formato abrangente, compreendendo ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, riscos e doenças, diagnósticos, tratamento e reabilitação em saúde.

A Atenção Básica considera a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, incorporar as ações de vigilância em saúde, além disso, visa ao planejamento e à implementação de ações públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde (BRASIL, 2017, p. 08).

A Profa. Mariana Nogueira,¹¹⁵ comenta um pouco sobre as concepções do que seja a atenção primária à saúde: é um programa focalizado; é um nível de atenção; concepção de modelo assistencial de organização do sistema de saúde. Não é somente uma estratégia de organização ou modelo de atenção à saúde, ela é determinada por esses interesses de classe e ela carrega disputas políticas, econômicas e ideológicas nacionais e internacionais. Então ela é nível de atenção, se propõe a ser uma forma de organização do sistema de saúde e é marcada por uma focalização.

Todavia, já a Profa. Lígia Giovanella¹¹⁶ fala que estudiosos veem a atenção primária à saúde como uma das principais inovações tecnológicas do século XX. A atenção primária como uma prática que ocorre no âmbito da sociedade, a partir de determinados conceitos, é uma mudança de modelo, uma tentativa de atingir às necessidades essenciais da população por meio de uma ação mais próxima da comunidade, das famílias.

Nesse serviço, o profissional se defronta com todos os problemas de saúde que o paciente apresenta, diferente de um serviço especializado, por exemplo. Há

¹¹⁵ Aula proferida no curso (on-line): SUS, capitalismo e saúde. Fundação Dinarco Reis. 2021. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=Ou4Lvi2uFqI>>. Acesso em: 22 set. 2022.

¹¹⁶ Programa Ciência & Letras/FIOCRUZ. Disponível em: <<https://www.canalsaude.fiocruz.br/programas/programaAberto/ciencia-e-letras>>. Acesso em: 09 nov. 2021.

uma complexidade nesse contato com as pessoas e com suas demandas. Deve ser organizado por meio de uma equipe multiprofissional de saúde, com médico generalista (especializado em medicina de família e comunidade) que consegue conhecer o conjunto dos problemas de saúde e encaminhar, se for necessário, para um especialista. Muitos estudos mostram que, ampliando a cobertura pela estratégia de saúde da família, há uma redução da mortalidade infantil, redução das chamadas internações por condições sensíveis à atenção primária.

Como dizem os estudiosos, a atenção primária de saúde foi se constituindo, a partir da década de 90 ainda com essa perspectiva focalizada. Focalizada por não haver uma integração com os demais níveis de atenção e por não haver uma expansão, inclusive, das equipes que constituem a atenção primária.

Em relação à trajetória da política de atenção básica no Brasil, segundo Morosini et al. (2018, p. 12), em 1994, a criação do Programa Saúde da Família (PSF) permitiu ampliar a cobertura em saúde. Com a Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB/96), o PSF assumiu a condição de estratégia de reorientação da atenção primária de saúde. A NOB/96 instituiu os componentes fixo e variável do Piso da Atenção Básica (PAB) e estabeleceu incentivos financeiros aos municípios que adotassem o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o PSF, tornando automática e regular a transferência de recursos federais para o financiamento desses programas. Em 1998, houve a criação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Nesse contexto, a Profa. Mariana¹¹⁷ informa que a atenção primária à saúde ganha destaque no SUS a partir da Norma operacional básica (NOB) /96. Essa NOB/96, apesar de fomentar o financiamento, a expansão do Programa de Saúde da Família, está na mesma lógica da reforma do Estado porque sua finalidade é a busca da plena responsabilidade do poder público municipal, mas por meio de propostas que reordenam o modelo de atenção a partir de políticas focalizadas.

Mendes; Marques (2014) nos dizem que, com relação à atenção básica, importantes mudanças no financiamento federal da política foram cruciais para sua expansão no país. Entretanto, a necessidade de ampliação de recursos para suprir as necessidades de investimento e custeio desse nível de atenção permaneceu como questão não suficientemente equacionada para a consolidação da atenção primária à saúde.

¹¹⁷ Aula proferida no curso (on-line): SUS, capitalismo e saúde. Fundação Dinarco Reis. 2021. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=Ou4Lvi2uFqI>>. Acesso em: 22 set. 2022.

A agenda política de fortalecimento da atenção primária por meio da estratégia de saúde da família consolidou-se gradativamente. Fausto et al. (2018, p. 55) apontam que o Pacto pela Saúde (2006) se destaca como diretriz marcante para o desenvolvimento da institucionalização da política de atenção básica. Além do propósito de redefinir as responsabilidades dos três entes da federação, o pacto estabeleceu prioridades em três sentidos: a manutenção do compromisso com os princípios e diretrizes do SUS, com a qualificação da gestão e, com a perspectiva de fortalecimento da atenção básica no país.

Mendes; Marques (2014), por meio do Pacto pela Saúde, relatam a regulamentação do financiamento e da transferência dos recursos federais para as ações e para os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento. De acordo com o Ministério da Saúde (2020)¹¹⁸, em 2020, foi repassado o total de R\$50,50 para cada pessoa cadastrada nas equipes.

Entretanto, tais autores (2014) alertam que, na prática, os municípios arcam com 70% dos gastos com atenção básica em nível local. O fato de a estratégia de saúde da família ser dependente dos recursos municipais torna esse financiamento problemático e instável.

Mendes; Marques (2014), contudo, informam-nos que, ainda que os recursos destinados à atenção básica sejam insuficientes, observou-se o esforço da esfera federal em garantir um aporte maior de recursos para esse nível de atenção, com aumento superior a 100% entre 2002 e 2016. Um aspecto crucial a ser ressaltado é que, embora tenha havido crescimento no aporte de recursos, as transferências federais não dão conta de cobrir grande parte das despesas com ações de atenção básica e os municípios têm utilizado parte significativa de recursos próprios para financiá-las.

Um marco legal que estabeleceu a missão da Atenção Primária no Brasil, sendo parte das estratégias do Pacto pela Saúde, foi a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de 2006, reformulada em 2011 e, novamente, em 2017. Estabeleceu as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica e tinha como objetivo fortalecer a atenção primária à saúde, entendida como porta de entrada ao SUS e coordenadora do cuidado nas Redes de Atenção. Definiu, ainda, uma reorientação no modelo de atenção, utilizando a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como tática prioritária de expansão, consolidação e qualificação da atenção primária à saúde (BRANCO, 2019, p. 02).

¹¹⁸ Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/noticia/7136>>. Acesso em: 22 nov. 2021.

A professora Mariana Nogueira (2021)¹¹⁹ informa que a ESF reduziu a mortalidade materno-infantil; promoveu a entrada no mercado de trabalho de mulheres pretas, trabalhadoras e pouco escolarizadas, como as agentes comunitárias de saúde; a atenção primária à saúde é importante porque se constitui a partir de serviços próximos aos territórios; ela é potencialmente um nível de atenção no SUS que pode fortalecer ações de participação social e da integralidade.

Almeida et al. (2018, p. 06) ressaltam que a implementação da PNAB não dependeria exclusivamente do seu texto, mas sim, do desenrolar do emaranhado de interesses corporativos, políticos e econômicos que se fizeram fortemente presentes durante todo o processo de discussão e reformulação da Política.

No Brasil, a PNAB considera a Atenção Primária como termo equivalente a Atenção Básica e a define como:

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017, p. 02).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem como objetivo desenvolver a atenção integral e a autonomia das pessoas. É resultado da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do SUS (BRASIL, 2017, p. 07). A preocupação é a efetivação de uma atenção primária acessível e resolutiva, fortalecendo o SUS. A intenção é de sustentar uma atenção básica democrática e participativa, por meio do trabalho em equipe e com territórios definidos.

Ainda, a PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. Contudo, reconhece outras estratégias de organização da Atenção Básica nos territórios, que devem seguir os princípios e diretrizes da Atenção Básica e do SUS, que considera e inclui as especificidades locais, de modo a ressaltar a dinamicidade do território (BRASIL, 2017, p. 08).

¹¹⁹ Aula proferida no curso (on-line): SUS, capitalismo e saúde. Fundação Dinarco Reis. 2021. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=Ou4Lvi2uFqI>>. Acesso em: 22 set. 2022.

Desde a publicação da primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2006, foram percebidos avanços importantes no campo da ampliação do acesso da população a ações de atenção básica. De 2007 a 2017, houve ampliação da cobertura populacional pela estratégia de saúde da família, variando de 48% a 64% (ALMEIDA et al., 2018, p. 03).

Tudo isso foi mediante novos serviços, modalidades e arranjos de equipes multiprofissionais. Mesmo reconhecendo a persistência de problemas no acesso, na qualidade e na continuidade da atenção, diversos estudos sugerem avanços decorrentes das políticas de atenção primária de saúde na redução de internações evitáveis e dos gastos hospitalares (MOROSINI et al., 2018, p. 13).

Houve, ainda, ampliação de 25,3% no número de agentes comunitárias de saúde, com crescimento contínuo. Além disso, uma série de programas e estratégias foi implementada na busca de ampliar o acesso e a integralidade do cuidado na atenção básica. Entretanto, persiste o desafio da baixa resolubilidade desses serviços (ALMEIDA et al., 2018, p. 03). Assim, o cenário político-econômico brasileiro se coloca como grande desafio à operacionalização dessa Política.

Mendonça et al. (2018, p. 43) informam que a estratégia de saúde da família foi um importante fator de apoio no processo de pactuação entre os níveis federativos para a ampliação da atenção primária de saúde no país. Com isso, houve em 2017 mais de 95% dos municípios (mais de 5.400 municípios) com equipes Saúde da Família e agentes comunitários de saúde (com mais de 41 mil equipes) e 90% com equipes de saúde bucal.

O sucesso da expansão da Atenção Básica no SUS, tendo em vista a universalização, nos últimos anos, decorreu, em grande medida, da continuidade da indução financeira da estratégia de saúde da família sustentada ao longo do tempo. A indução financeira federal contribuiu para a redução de heterogeneidades e desigualdades regionais e sociais e conferiu prioridade à estratégia de saúde da família como modelo de atenção (MENDONÇA et al., 2018, p. 39).

Nesse sentido, observa-se que, mesmo com dificuldades e lacunas, foram as políticas direcionadas para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Brasil que mais favoreceram a implantação dos princípios e diretrizes do SUS.

Mendonça et al. (2018, p. 31) nos dizem que:

Analisar o sucesso ou dificuldades na implementação da estratégia de saúde da família passa por diversificados caminhos, ainda complementares, que considerem seus problemas estruturais nos âmbitos: do financiamento setorial; da reorganização do sistema integrado de saúde e da rede de serviços, em conformidade com a necessidade de reduzir as desigualdades sociais e regionais no acesso e na utilização de serviços de saúde; da adequação da política de provisão e alocação de recursos humanos; do desenvolvimento de ações comunitárias e da mediação de ações intersetoriais; do desenho de linhas de cuidado, projetos terapêuticos e do trabalho interdisciplinar, em um esforço de construção de práticas de saúde dialogadas com os contextos locais.

Todavia, permanecem importantes desafios entre os quais se destacam a fixação de profissionais na atenção primária de saúde, garantia da continuidade e acesso à atenção especializada e, desigualdades regionais no acesso. Unidades básicas de saúde com estruturas adequadas contribuem para o desenvolvimento dos processos de cuidado, influenciam seus resultados e são centrais para a melhoria e qualidade da prestação dos serviços e para a promoção de maior equidade (MENDONÇA et al., 2018, p. 38).

É importante situar que, como nos diz a Professora Mariana Nogueira (2021)¹²⁰, o sistema de saúde é atravessado por interesses internacionais e imperialistas. A atenção básica oferece serviços de baixo custo e alto impacto. Oferta programas a população mais pobre, que não pode pagar pelo serviço, a determinados segmentos populacionais e ações de baixo custo (baixa tecnologia) que tivessem alto impacto, ou seja, que seguissem uma lógica de custo-benefício. Logo, as políticas são focalizadas com redução de custos.

Com a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), houve flexibilização da equipe de saúde da família, com redução na quantidade de agente comunitário de saúde por equipe. Houve redução da carga horária dos profissionais, que era de 40h semanais, o médico, por exemplo, pode ter carga horária de 10h semanais de inserção na equipe. Isso altera o trabalho em equipe, pois este profissional estará mais ausente no setor.

Não podemos esquecer que a consolidação e a universalidade da Atenção Básica enfrentam o obstáculo do subfinanciamento crônico do SUS. Ainda que as transferências federais para a Atenção Básica tenham quase dobrado em termos reais entre 2002 e 2016 (per capita total de R\$45 para R\$81), ainda permanece subfinanciada.

Portanto, como nos dizem Fausto et al. (2018, p. 68-69), a provocação brasileira, para o alcance de uma atenção primária à saúde forte e abrangente, é

¹²⁰ Aula proferida no curso (on-line): SUS, capitalismo e saúde. Fundação Dinarco Reis. 2021. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=Ou4Lvi2uFqI>>. Acesso em: 22 set. 2022.

parte do desafio maior de construção de um sistema integrado em um contexto de autonomia de gestão municipal e a articulação de suas práticas em âmbito regional, em conformidade com os princípios do SUS.

Com relação às unidades de saúde, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) informa que:

Todos os estabelecimentos de saúde que prestem ações e serviços de Atenção Básica, no âmbito do SUS serão denominados Unidade Básica de Saúde (UBS). Todas as UBS são consideradas potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a Rede de Atenção à Saúde.

No que se refere à atenção básica no município do Rio de Janeiro, identificamos que as unidades básicas de saúde (UBS) são denominadas Clínicas da Família. De acordo com Silva (2015), trata-se de um modelo de unidade de saúde diferente daqueles existentes no município até 2008 que, juntamente com os Centros Municipais de Saúde, passou a compor a Atenção Básica do município.

De acordo com Silva (2015, p. 83), as Clínicas da Família são grandes unidades de saúde, com estrutura física diferenciada do ponto de vista estético e, geralmente, com cinco ou mais equipes da estratégia de saúde da família atuando no seu interior. Esse arranjo, sobretudo, no que diz respeito ao número de equipes em cada unidade, impulsionou a sua implementação em regiões cuja densidade populacional era muito grande.

Em relação à reorientação do modelo de atenção à saúde no município do Rio de Janeiro, este se iniciou no ano 2000 de forma residual, fragmentada e desarticulada. Em 2009, o município apresentava uma organização de seu sistema público de saúde pobremente embasada na estratégia de saúde da família, com cobertura em torno de 7% (RABELLO, 2016, p. 27).

Para reverter esse quadro, foi lançado o programa Saúde Presente visando à expansão da estratégia de saúde da família, no município do Rio de Janeiro. Este modelo de parceria visa à gestão de estabelecimento de saúde por meio de contratos de gestão firmados com entidades sem fins lucrativas denominadas Organizações Sociais (O.S.), que seriam as responsáveis pela gestão clínica e de recursos humanos. Os contratos definiam um repasse fixo de recursos baseado no número de equipes de saúde, uma estimativa de atividades necessárias para cobrir a carteira de serviços básicos e metas de desempenho foram acordadas para assegurar a qualidade e eficácia dos serviços (*Ibidem*, p. 28).

A expansão das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e as Clínicas da Família, além dos diversos programas implementados sob gerenciamento de organizações sociais que aparentemente assegurariam o atendimento mais eficaz e resolutivo às necessidades da população, vêm carregadas de processos de privatização, focalização e mercantilização dos serviços de saúde (CARDOSO, 2012, p. 60).

Portanto, o aumento notável da cobertura, que ao final de 2012 era de cerca de 40%, deve-se à priorização de uma política de saúde baseada nos seguintes eixos norteadores: ampliação do acesso à atenção primária por meio da estratégia de saúde da família, hierarquização da rede em níveis de complexidade e otimização dos equipamentos hospitalares na perspectiva da redução dos custos (RABELLO, 2016, p. 28).

Dados atuais adquiridos no site da Subsecretaria de Promoção da Saúde, Atenção Primária e Vigilância de Saúde/Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (SUBPAV/CNES) (2021) indicam que o município possui 1.152 equipes de saúde da família implantadas e que a cobertura estimada da população está em torno de 62,88%.

Dito isso, a intenção do governo do Rio de Janeiro é expor a Clínica da Família como um marco que representa a reforma na Atenção Primária. A proposta das Clínicas da Família é possuir uma equipe multidisciplinar com: Médicos; Enfermeiros; Técnicos de Enfermagem; Agentes Comunitários de Saúde; Agentes de Vigilância em Saúde; Dentistas; Auxiliar de Saúde Bucal; Técnicos de Saúde Bucal. Esses profissionais são divididos nas Clínicas da Família por equipes responsáveis pela sua área (local de moradia do usuário). Ao chegar à unidade, o usuário é acolhido por um profissional de sua equipe e é orientado e atendido de acordo com sua necessidade¹²¹.

Ainda de acordo com o Prefeitura do Rio de Janeiro (2021), as clínicas da família apresentam a proposta de oferecer tais serviços: consultas individuais e coletivas; visita domiciliar; saúde bucal; vacinação; pré-natal e puerpério; rastreamento de câncer de colo uterino (preventivo) e câncer de mama; raio-x; eletrocardiograma; exames laboratoriais; ultrassonografia; curativos; planejamento familiar; teste do pezinho, teste do reflexo vermelho e da orelhinha; teste rápido de sífilis e HIV; teste rápido de gravidez; programa Academia Carioca; controle do Tabagismo; prevenção e tratamento das ISTs e HIV; tratamento da

¹²¹ Disponível em: <<https://www.rio.rj.gov.br/web/sms/clinicas-da-familia>>. Acesso em: 09 ago. 2021.

tuberculose; identificação, tratamento da hanseníase; e ações de promoção da saúde na comunidade.

A carteira de serviços elaborada e implementada a partir de 2010 estabelece como atribuição da Atenção Básica municipal as seguintes ações divididas em subgrupos: Adulto/Idoso, Criança e Adolescente, Saúde Mental, Saúde Bucal, Vigilância em Saúde, Promoção da Saúde, Procedimentos/Cirurgias ambulatoriais e Manejo de Situações de Urgência e Emergência (SILVA, 2015, p. 85).

Outro aspecto relevante do discurso oficial referente ao ano de 2012 é o fortalecimento dos mecanismos de coordenação do cuidado na Atenção Básica. A implementação do Sistema de Regulação (SISREG¹²²) para o acesso a consultas com especialistas e procedimentos hospitalares eletivos, condicionou o contato prévio pelo médico de família ou clínico geral de algum centro municipal de saúde (SILVA, 2015, p. 89).

O número expressivo de profissionais que preferem agendar as consultas nos demais níveis para os usuários que necessitam ser encaminhados e a afirmação de critérios para esses encaminhamentos sinalizam o alinhamento com o Protocolo do Regulador, documento desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde para definir os critérios de regulação de vagas ambulatoriais. De acordo com o documento, é atribuição da atenção básica, por meio do SISREG, regular e agendar as consultas e exames necessários e notificar o usuário a respeito de data e local no caso de marcação (SILVA, 2015, p. 126).

Em relação à contratualização realizada na cidade do Rio de Janeiro, foi instituída com pouca participação e baixa autonomia dos profissionais de saúde da gestão local. Apesar de as equipes terem uma participação incipiente, a introdução do sistema de incentivos foi apontada como indutora para o alcance dos resultados desejados. Com isso, a transferência de responsabilidades do Estado para as Organizações Sociais por meio da contratualização delegou a terceiros a responsabilidade de: contratação de funcionários sem concurso público, aquisição de bens e serviços sem processo licitatório, melhores serviços à comunidade, maior autonomia gerencial, menor custo, aumento da eficiência e qualidade dos serviços de saúde (BLOISE, 2015, p. 38).

Identificamos essa questão na nossa coleta de dados, como na fala da gerente 1, entrevistada na nossa pesquisa: “Em relação à descentralização, vimos

¹²² O SISREG é o sistema de regulação das consultas especializadas, onde o usuário cadastra na unidade de saúde sua necessidade de atendimento com determinado especialista médico. E quando o procedimento médico for agendado, o usuário tomará conhecimento via equipe de saúde.

um movimento inicial com maior capacitação. Todavia, na gestão do ex-Prefeito Marcelo Crivella, ficamos sem capacitação. Essa gestão tem sido muito ruim para a atenção básica, com contratos por meio de Organização Social (O.S.), o que provoca atendimento descontinuado”.

Tanto alguns usuários, quanto os médicos e os gerentes participantes da pesquisa, sinalizaram a dificuldade do atendimento em saúde durante a gestão do ex-Prefeito do Rio de Janeiro, Marcelo Crivella, principalmente no que se refere a investimentos e recursos. Na época, a cidade passou por um verdadeiro caos absoluto que poderia ter sido evitado, ou minimizado, se o Governo Crivella não tivesse deixado de investir 4,2 bilhões entre 2017 e 2020 na saúde do Rio¹²³.

As Organizações Sociais foram inseridas no ordenamento jurídico brasileiro pela Medida Provisória nº 1.648, de 23 de abril de 1998, convertida na Lei Federal nº 9.637, de 15.05.1998, que aborda essa relação com o Poder Público como uma forma de parceria, instrumentalizada por contratos de gestão (MIRANDA, 2015, p. 48). Porém, uma parte das ações previstas de atuação são de responsabilidade maior do Estado, não devendo este transferir esse papel. As organizações sociais são qualificadas como “entidades de interesse social e utilidade pública”, ou seja, estão imunes à carga tributária.

A Professora Lígia Bahia (2010), traz uma crítica sobre o modelo de organizações sociais: a vantagem principal é essa contratação imediata de profissionais. A principal desvantagem é exatamente o processo seletivo desses trabalhadores, que são convocados às pressas. Não são necessariamente os profissionais mais qualificados para o exercício da atividade. Há também uma privatização por dentro.

Em termos de compras, Miranda (2015, p. 50) nos diz que a vantagem é contornar o processo de licitação, que é demorado, o que se pode, em tese, levar a comprar mais barato. Por outro lado, a licitação é também a única forma de se garantir a transparência do processo e garantir que as compras e movimentações não sejam movidas exclusivamente por interesses particulares e não públicos.

Alinhado a esse movimento, foi aprovada a Lei Municipal 5.026 de 19 de maio de 2009, que dispõe sobre a qualificação de entidades como Organização Social, a qual foi regulamentada pelo Decreto n. 30.780 de 02 de junho de 2009. Iniciou na área da Cultura, prosseguindo para políticas de Saúde, em setembro de 2011 (MIRANDA, 2015, p. 54).

¹²³ Disponível em: <<https://diariodorio.com/gestao-crivella-deixou-de-investir-r-42-bilhoes-na-saude-do-rio/>>. Acesso em: 22 jan. 2022.

É nesse contexto que as Organizações Sociais ganham força como uma proposta de modelo jurídico-institucional para o setor saúde. A adoção desse modelo na saúde é justificada pelo diagnóstico realizado através do plano estratégico (CAMPOS, 2013, p. 57). Isso demonstra o papel do Estado apenas como financiador e não executor das políticas sociais.

Segundo dados levantados pelo IBGE na pesquisa de informações básicas municipais (perfil dos municípios brasileiros)¹²⁴, em 2020, 1.302 (23,3%) municípios brasileiros haviam estabelecido com Organização Social (OS) contratos de gestão para a área da saúde, outro dado que chama atenção é que entre os 49 municípios com mais de quinhentos mil habitantes, 48 deles (97,9%) contrataram serviços de saúde por meio de OS (IBGE, 2020).

Avaliamos que o problema que se coloca quanto à gestão da saúde pelas organizações sociais consiste na tendência de que esta forma de contratualização possa desconstruir a concepção histórica de gestão pública com controle social, afirmada pelos princípios e diretrizes do SUS, promovendo, em seu lugar, uma gestão com maior proximidade como o setor privado e orientado pelas diretrizes e princípios do mercado (CAMPOS, 2013, p. 58).

Vale lembrar que a utilização desse modelo de gestão provoca sérios impactos para as políticas sociais, comprometendo a continuidade das mesmas. Em relação ao exercício do controle social, é perceptível que não há condições e meios claros para essa importante conquista do SUS. Assim, acreditamos que são muitas as dificuldades decorrentes do mencionado modelo de gestão para a execução de uma política pública de acesso integral, universal e gratuito.

Outra atualização no campo da atenção básica diz respeito à revogação, pelo Presidente da República, do decreto nº 10.530/2020¹²⁵ que versa sobre a privatização das unidades básicas de saúde. Estudiosos opinam que há uma ausência de discussão e falta de envolvimento de especialistas e pesquisadores da área de saúde pública nessa questão. O presidente do Conselho Nacional de Saúde disse que a ideia não foi debatida com a sociedade nem as Universidades foram convocadas para esse estudo.

¹²⁴ Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/10586-pesquisa-de-informacoes-basicas-municipais.html?=&t=downloads>>. Acesso em: 23 nov. 2021.

¹²⁵ Dispõe sobre a qualificação da política de fomento ao setor de atenção primária à saúde no âmbito do Programa de Parcerias de Investimentos da Presidência da República, para fins de elaboração de estudos de alternativas de parcerias com a iniciativa privada. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/decreto-n-10.530-de-26-de-outubro-de-2020-284999568>>. Acesso em: 17 set. 2021.

Logo, a preocupação do governo federal deve ser em relação à ampliação dos investimentos necessários em saúde. Estávamos num cenário pandêmico e vivenciando uma crise sanitária, onde a finalidade do governo seria a defesa da vida e não o foco em negócios, pois o decreto tenta atrair investidores, inclusive internacionais para atuar na saúde.

Assim, vemos que os caminhos adequados para o aprimoramento do atendimento na atenção primária são muito desafiantes, porque é necessária uma boa formação de recursos humanos. Portanto, precisamos ter interiorização, fixação de profissionais, políticas que não sejam interrompidas, pois, a política de saúde deve ser uma política de Estado, e não uma política de governo.

Dito isso, no que se refere ao tratamento de HIV, sem sombra de dúvidas, a qualidade da assistência prestada nos serviços de saúde e o diagnóstico em tempo são as principais estratégias para a redução da mortalidade e morbidade à AIDS. Viver com HIV/AIDS é complexo e necessita de tratamento específico e precisa de acompanhamento completo e ágil.

Atualmente, ainda não há cura para a AIDS, mas existe prevenção e tratamento para o controle das suas manifestações. Na falta de uma vacina preventiva para o HIV, acreditamos que somente com educação, acesso adequado ao tratamento, prevenção mais efetiva, testagem acessível e de qualidade, bem como a solidariedade ao próximo em respeito à diversidade humana é que deteremos a expansão da epidemia de AIDS.

5

O processo de descentralização do tratamento das pessoas que vivem com HIV/AIDS no Município do Rio de Janeiro através do olhar dos sujeitos

5.1.

Percursos Metodológicos

A estratégia para alcançar os objetivos e apreender o objeto de estudo deste trabalho passou pela pesquisa bibliográfica, seguida de revisão da literatura e discussão de textos centrais à questão, bem como legislações pertinentes e, a revisão crítica de outros documentos e publicações da área, a fim de fundamentar o tom do debate. Analisamos documentos como o Boletim Epidemiológico/2021; Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos (2018); 5 passos para a implementação do manejo da infecção pelo HIV na atenção básica: guia para gestores (2012); Nota Técnica 04 – acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde por pessoas vivendo com HIV/AIDS; dentre outros que se apresentaram pertinentes para este trabalho.

Utilizamos a pesquisa bibliográfica para discorrer, principalmente, sobre a política de saúde, o HIV/AIDS, o seu tratamento e a descentralização, a relação da vivência da pessoa com HIV/AIDS e o sigilo, dentre outros.

Paralelamente, realizamos consultas em sites oficiais (Subsecretaria de Promoção da Saúde, Atenção Primária e Vigilância de Saúde; Ministério da saúde; laudo.aids), onde analisamos os resultados de pesquisas realizadas pelas instâncias envolvidas com o tratamento e estudos de pessoas que vivem com HIV/AIDS, como estratégia para atualização das questões abordadas.

Este trabalho se trata de uma pesquisa qualitativa. Utilizamos a entrevista semiestruturada (*in loco*) para coletar os dados dos profissionais, usuários e gestores. De acordo com Minayo (2009), a *entrevista semiestruturada* é um meio termo entre a entrevista *aberta* ou *não estruturada* e a *estruturada*: nela há uma etapa na qual as perguntas são fechadas e previamente formuladas e, outra fase na qual as questões são abertas e permitem que o participante fale livremente sobre o assunto.

Inclui-se nesta pesquisa a utilização da abordagem qualitativa. Como afirma Minayo (2010, p. 21), “a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, se ocupando com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado”.

Dessa forma, a fim de ilustrar a pesquisa, temos o presente capítulo, ancorado em entrevistas para demonstrar, por meio de dados coletados e falas dos entrevistados, como se configura a descentralização do tratamento de HIV/AIDS no município do Rio de Janeiro.

De acordo com a Coordenação de Vigilância Ambiental em Saúde do Rio de Janeiro (2016), a cidade é dividida em dez áreas programáticas, que compreendem 160 bairros. Na nossa proposta, escolhemos, aleatoriamente, uma Clínica da Família de cada área programática, ou seja, dez Clínicas da Família, onde visitamos, realizamos as entrevistas e pudemos nos aproximar do nosso objeto de estudo. Para identificação das unidades, numeramo-nas, com a intenção de preservar o sigilo e respeito pelos profissionais, gerentes e usuários participantes da pesquisa.

A coleta de dados aconteceu entre os meses de maio e setembro do ano de 2021. As unidades de saúde visitadas foram dez Clínicas da Família (CF), uma de cada área programática (AP) da cidade do Rio de Janeiro, compreendendo todas as AP's: 1.0 (CF – 01, bairro do Centro), 2.1 (CF – 02, bairro de Botafogo), 2.2 (CF – 03, bairro de Vila Isabel), 3.1 (CF – 04, bairro da Penha), 3.2 (CF – 05, bairro do Engenho da Rainha), 3.3 (CF – 06, bairro de Irajá), 4.0 (CF – 07, bairro da Barra da Tijuca), 5.1 (CF – 08, bairro de Bangu), 5.2 (CF – 09, bairro de Inhoaíba), 5.3 (CF – 10, bairro de Santa Cruz), o que totaliza as quatro zonas do município do Rio de Janeiro (centro, zona sul, zona norte e zona oeste).

Concordamos com Gil (2002, p. 121) quando nos informa que “os levantamentos abrangem um universo de elementos tão grande que se torna impossível considerá-los em sua totalidade. Por essa razão, o mais frequente é trabalhar com uma amostra”. Dessa forma, para garantir a viabilidade da pesquisa e, ao mesmo tempo, a fim de alcançarmos as respostas para as nossas questões, escolhemos, aleatoriamente, cinquenta participantes para as entrevistas: dez médicos, dez gerentes e trinta usuários, por meio de visitas às dez unidades de saúde.

Entrevistamos um médico de cada unidade, totalizando dez profissionais, pois são os que mais atuam no tratamento de pessoas que vivem com HIV/AIDS na Clínica da Família. Entrevistamos também a gerente de cada unidade,

totalizando dez entrevistadas. A finalidade era identificar dados relacionados com o tratamento de HIV/AIDS na atenção básica de saúde do município do Rio de Janeiro. Ou seja, identificamos a abordagem profissional, por parte dos médicos quanto ao tratamento e como os gestores organizam os serviços nas unidades para o atendimento das pessoas que vivem com HIV/AIDS.

Para os pacientes, entrevistamos três usuários de cada unidade (totalizando trinta participantes), os quais foram sugeridos por gerentes ou médicos (os profissionais indicavam os pacientes que eles tinham contato e que possuem uma boa aceitação do diagnóstico para evitar constrangimento ao participar da pesquisa). O critério era ter mais de 18 anos, estar ativo na unidade de saúde e regular com o tratamento (não estar em abandono de tratamento).

Tivemos como um dos objetivos identificar o perfil socioeconômico dos pacientes, pertencendo à classe trabalhadora, com baixos salários ou em situação de desemprego. Verificamos como é viver com HIV/AIDS e quais os desafios enfrentados. Analisamos como se configura a descentralização do tratamento na realidade vivida pelos pacientes e profissionais, em que ouvimos relatos das inúmeras dificuldades percebidas no trabalho profissional e nos atendimentos.

O contato com os pacientes e os profissionais *in loco* nos possibilitou um melhor esclarecimento da realidade. A visita às unidades de saúde foi de suma importância para conhecer os atendimentos, a oferta dos serviços, a identificação da localização, a percepção do território, a aproximação com o objeto pesquisado, como as unidades se organizam para receberem as demandas, dentre outras. Identificando as informações, pudemos verificar como se dão o acesso, os atendimentos, os reais entraves e as principais dificuldades para o tratamento da pessoa que vive com HIV/AIDS na Clínica da Família.

Cada relato nos forneceu dados de como está acontecendo a descentralização do tratamento em HIV/AIDS, tanto do ponto de vista dos profissionais que atuam no atendimento, como dos pacientes que recebem os serviços. Destacamos a persistência do preconceito quanto a condição de ser pessoa que vive com HIV/AIDS, o que incide diretamente no tratamento e na condição de vida.

O silenciamento diante da epidemia e, conseqüentemente, muitas questões que giram em torno do sigilo do tratamento. Portanto, não identificamos apenas respostas no que se referem à Política de HIV/AIDS, mas também, resultados que se relacionam com o estigma e a discriminação por viver com HIV/AIDS.

De posse dos dados coletados, bem como das informações levantadas nesta pesquisa, procedemos à análise dos dados que foi feita de forma qualitativa, por meio de uma apreensão crítica das informações, ressaltando as colocações dos entrevistados e a análise da pesquisadora nas visitas *in loco*, na coleta das informações através da entrevista, bem como do estudo dos documentos da temática.

O trabalho resultante passou pela reflexão sobre a realidade do enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS, em que procuramos analisá-lo diante da realidade político-econômica e histórico-cultural, em sua relação com os processos macros no âmbito nacional. Assim, relacionando com a profunda análise das atuais tendências no campo da AIDS e diante das contradições estruturais do modo de produção capitalista no contexto político neoliberal.

Os dados socioeconômicos coletados referentes aos usuários foram: sexo, idade, raça/cor ou etnia, orientação sexual, estado civil, religião, situação trabalhista, possui plano de saúde, escolaridade, renda familiar, grupo familiar, condições de habitabilidade e local de moradia. Há algumas perguntas abertas mais específicas, como forma de infecção, sigilo do tratamento, como é viver com HIV, há quanto tempo o entrevistado vive com o HIV/AIDS, dentre outras.

A primeira etapa da entrevista dos usuários trata da coleta dos dados socioeconômicos, a partir dos quais foram gerados os gráficos que serão vistos a seguir, enquanto a segunda etapa dá espaço para o entrevistado falar abertamente sobre o tratamento de HIV/AIDS, o acesso à unidade de saúde, se tem acesso ao laboratório e à farmácia, como é viver com HIV/AIDS, dentre outras.

Já o que se refere aos gestores e aos médicos, questionamos quanto ao tempo de serviço na unidade, quais as dificuldades e possibilidades em relação ao tratamento, como acontecem os atendimentos, como se dá o acesso dos usuários às unidades de saúde, dentre outras questões.

Os dados foram analisados levando em consideração toda a bibliografia utilizada neste trabalho, visto que a coleta foi realizada a fim de ilustrar e aprofundar a pesquisa bibliográfica, bem como a revisão da literatura. Dessa forma, os dados coletados foram importantes para a realização do diagnóstico situacional, o que compreende a rede de atendimento da atenção primária de saúde do município do Rio de Janeiro. Assim sendo, por meio da pesquisa de como está a descentralização do tratamento de HIV/AIDS na atenção básica do município do Rio de Janeiro, foi possível analisar essa rede de atendimento.

Tivemos a oportunidade de identificar também os atendimentos voltados aos pacientes que vivem com HIV/AIDS que são desenvolvidos pela Unidade Básica de Saúde no município do Rio de Janeiro; analisamos entraves/dificuldades de acesso a essas unidades de saúde para o tratamento do HIV/AIDS; verificamos as dificuldades encontradas pelos profissionais em sua atuação no atendimento à pessoa que vive com HIV/AIDS nessas unidades.

A partir dos resultados e dos dados obtidos nas pesquisas, nas dez unidades de saúde, com as entrevistas e as pesquisas documentais, configuramos alguns eixos de análise, que são os principais elementos que se destacaram dentro dessas grandes dimensões, por meio das quais estamos fazendo estudos, no âmbito da pesquisa.

Para a entrevista dos usuários, construímos estes eixos: dados gerais e socioeconômicos, tais como: sexo, idade, raça, cor ou etnia, orientação sexual, estado civil, religião, situação trabalhista, possui plano de saúde, escolaridade, renda familiar, grupo familiar, habitação, local de moradia. Dados específicos, tais como: tempo que vive com HIV/AIDS; forma de infecção; sigilo quanto à infecção e ao seu tratamento. Eixo de análise acerca do acesso ao tratamento: permanência, exames e medicações; eixo de análise sobre os atendimentos: avaliação dos serviços, periodicidade das consultas, serviços utilizados, vínculo com o profissional. Eixo de análise referente à vivência do HIV/AIDS: viver com HIV/AIDS, atividades de promoção da saúde.

A partir das entrevistas com os médicos, levantamos tais eixos: dados profissionais, quais sejam: especialização profissional, tempo de serviço na atenção básica e na unidade de saúde pesquisada, quantitativo de pacientes com HIV/AIDS atendidos pelo médico das unidades, treinamento e capacitação para a atuação no tratamento de HIV/AIDS, apoio institucional para o atendimento de HIV/AIDS, dificuldade para atuação profissional quanto à questão do sigilo do diagnóstico com os pacientes. Eixo de análise sobre os atendimentos: atendimentos, acesso, serviços, nota técnica da Prefeitura e; eixo de análise acerca das dificuldades: dificuldades e possibilidades, comentários e sugestões.

Por fim, temos os eixos de análise criados por meio das entrevistas com os gerentes das unidades, quais sejam: dados profissionais (formação profissional, tempo de serviço na atenção básica e na unidade de saúde pesquisada). Eixo de análise sobre os atendimentos: como era organizado o atendimento ao paciente com HIV/AIDS e como acontece atualmente; eixo de análise acerca da descentralização do tratamento: proposta, estrutura e avaliação; eixo de análise

referente às atividades: monitoramento, promoção da saúde, nota técnica da Prefeitura, comentários e sugestões.

É importante lembrar que no capítulo anterior já apresentamos alguns dados da pesquisa, quais sejam: acesso dos pacientes à unidade de saúde, situações de constrangimento referentes ao tratamento de HIV/AIDS por parte dos pacientes e o trabalho de adesão ao tratamento realizado pelos médicos nas consultas com os pacientes de HIV/AIDS.

5.1.1.

Cuidados éticos e desafios da Pesquisa no período pandêmico

Quanto aos aspectos éticos, essa pesquisa atendeu a todos os aspectos éticos e científicos previstos pela Resolução nº 466/12 para pesquisa com seres humanos, de forma a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012).

A pesquisa foi submetida para a apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ), por meio da Plataforma Brasil, a qual foi aprovada em 17/02/2021, com o número de CAAE: 41611020.3.0000.5279, quando foi possível, então, dar início à coleta de dados.

Outrossim, todos os participantes foram consultados previamente – visto que a participação é voluntária – e foram informados sobre o propósito e o benefício da pesquisa. Ademais, cada participante reteve uma das duas vias de seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual consta o objetivo da pesquisa, os riscos envolvidos e os contatos da pesquisadora.

Os riscos da pesquisa foram mínimos - poderiam estar envolvidas preocupações acerca das informações solicitadas durante a entrevista –, dado o sigilo a ser resguardado e a diminuição dos riscos de impactos emocionais. Em momento algum o entrevistado teve seu nome divulgado neste trabalho: em vez disso, os participantes foram numerados. Ao ocorrer impactos emocionais, a entrevista seria paralisada imediatamente, caso ao participante desejasse. No entanto, não houve necessidade. Quanto ao sigilo, todas as entrevistas ocorreram em salas das unidades de saúde, com total privacidade.

Essa pesquisa foi desenvolvida durante o cenário pandêmico, em que muitas dificuldades precisaram ser enfrentadas. Em meio à pandemia, uma

dificuldade foi o deslocamento – tanto dos participantes quanto da pesquisadora, já que era algo que só poderia ser feito presencialmente. Todos os cuidados exigidos para a prevenção da infecção por coronavírus foram tomados: utilização de máscara, higienização frequente das mãos e distanciamento das cadeiras.

Em tempos em que o distanciamento social é necessário, realizar entrevistas torna-se um desafio. Visitei dez unidades de saúde, em locais distintos no município, utilizando deslocamento por meio de transporte público. Na ocasião, havia um alto risco de contágio pelo novo coronavírus. As unidades de saúde, na época, eram a “porta de entrada” para os casos suspeitos de COVID-19, então, estavam bem movimentadas, profissionais sobrecarregados e a pesquisadora neste cenário, em busca dos dados.

Foi uma experiência única pela oportunidade da visita e da aproximação com o objeto de estudo e, ao mesmo tempo, constrangedora, porque parecia que não era um momento oportuno para uma coleta de dados nesses espaços, porém, o compromisso com a pesquisa e os prazos da Pós-graduação me fizeram seguir adiante.

Consequentemente, durante a pesquisa de campo tivemos que enfrentar as condições adversas para a realização das entrevistas no contexto da pandemia de COVID-19. Todavia, ainda mais desafiador é o panorama atual da saúde pública – e cabe também aos pesquisadores apontar os rumos para a mudança.

Com a intenção da não identificação dos participantes, os trechos de falas expostos na análise serão identificados pelo lugar ocupado (usuário/a, médico/a ou gerente), Clínica da Família (CF) seguido de um número, no caso das categorias, em que houve mais de um participante. Ademais, é importante frisar que a análise realizada delimita um fenômeno que permanece em andamento, assim, nossa proposta é acompanhar um processo em constante transformação e não apenas constatar a atual situação.

5.2.

Dados dos pacientes das unidades de Saúde

5.2.1.

Dados gerais e socioeconômicos dos pacientes das unidades de saúde

Na discussão geral dos dados, inicialmente, faz-se necessário afirmar que nos propomos a debater o processo de descentralização, não apenas como uma proposta ou um marco em uma Portaria, mas do ponto de vista de sua apreensão por diferentes pessoas que fazem parte da sua operacionalização, quais sejam: usuários, médicos e gerentes das unidades de saúde. Desse modo, consideramos que seja possível dar visibilidades às tensões que surgem na relação entre a política pública, gestores, usuários e médicos.

Assim, situaremos a política e como ela vem funcionando de uma forma que responda às demandas dos seus usuários. Para além disso, exporemos a experiência do HIV/AIDS por essas pessoas e, sabendo que o vírus apresenta um cunho social muito forte, discutiremos acerca de questões maiores, como a discriminação e a vivência do estigma social atrelados a esse tema. Assim, não é apenas discutir se a política funciona e/ou como funciona, também analisaremos as particularidades desse processo.

Nesta pesquisa, julgamos importante apresentar a caracterização dos usuários, de forma a construir um perfil, com dados gerais e socioeconômicos, identificar quem são os usuários do serviço e em que situação eles vivem, ressaltando que as condições de vida irão impactar diretamente no tratamento. Questão como sigilo, religião, tempo de diagnóstico, situação trabalhista, dentre outras, revelam como aquele sujeito irá desenvolver seu tratamento, como irá se envolver com as atividades relacionadas aos cuidados em saúde.

Muitas vezes, esses usuários estão inseridos em espaços sociais onde se concentram a pobreza, o racismo, a discriminação, as péssimas condições de habitabilidade e outras formas de desigualdades vigentes na sociedade, como as questões de gênero, a opressão e a violência.

Dessa forma, na atualidade, as condições de pobreza estão cada vez mais acentuadas no cenário da epidemia de HIV/AIDS. Para além da segregação de classe, carga, desde seu surgimento, exacerbado preconceito, discriminação e restrições em sua sociabilidade, que caminha para o isolamento social ou

formação de círculos sociais ligados à doença. Tais problemas acabam sendo potencializados pela condição de classe, articulada às outras formas de dominação dela derivada ou não, repercutindo fortemente no tratamento.

5.2.1.1. Sexo

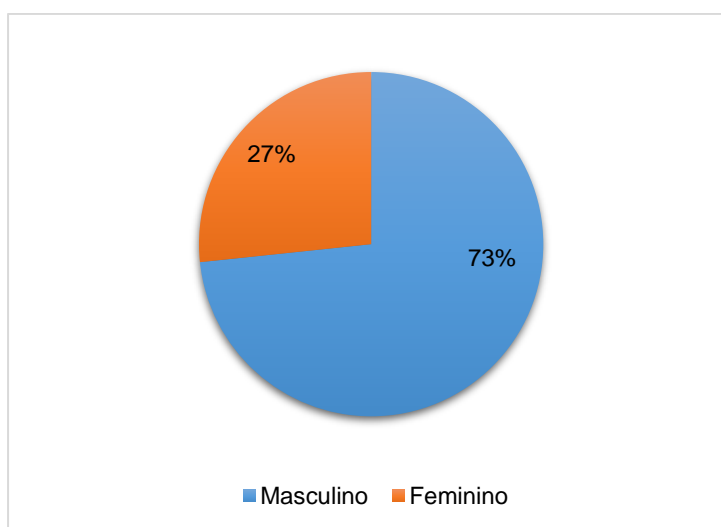


Figura 7 - Sexo.
Fonte: Autoria própria, 2021.

No que se refere ao sexo dos entrevistados, 73% é composto por homens, o que equivale ao número absoluto de 22 usuários, enquanto 27% é composto por mulheres, equivalente a 8 usuárias.

Esses dados revelam os aspectos referentes ao histórico dessa epidemia, pois sempre foi majoritariamente masculina. À título de ilustração, segundo o boletim epidemiológico HIV/AIDS do Ministério da Saúde (2021, p. 29), em 2020, o número de casos de HIV notificados foi de 32.687, desse total, 24.061 se referem a homens (73,6%) e 8.626 dizem respeito às mulheres (26,3%). A razão é de 2,8, ou seja, um caso feminino para quase três casos masculinos.

5.2.1.2. Idade

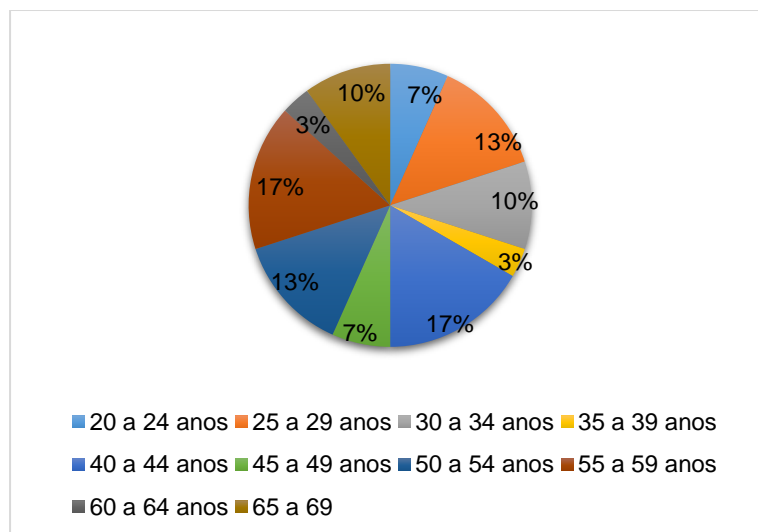


Figura 8 - Idade.

Fonte: Autoria própria, 2021.

Quanto à idade, houve variação de 22 a 67 anos entre os usuários. Nos resultados, observa-se que a faixa etária de 20 a 24 anos equivale a 7% (2 pessoas); 25 a 29 anos, 13% (4 pessoas); 30 a 34 anos, 10% (3 pessoas); 35 a 39 anos, 3% (1 pessoa); 40 a 44 anos, 17% (5 pessoas); 45 a 49 anos, 7% (2 pessoas); 50 a 54, 13% (4 pessoas); 55 a 59 anos, 17% (5 pessoas); 60 a 64 anos, 3% (1 pessoa); 65 a 69 anos, 10% (3 pessoas).

A maioria das pessoas entrevistadas estão nas faixas etárias de 40 a 44 anos e 55 a 59 anos. O seu tempo de diagnóstico (vamos abordar no item 5.2.2.1.) varia, onde alguns pacientes têm diagnóstico com menos de 5 anos, e outros com mais de 25 anos. Para os usuários com mais idade e mais tempo de diagnóstico, entendemos que essa infecção aconteceu por volta dos anos 1990/2000.

Como informação do perfil epidemiológico, sabemos que, de 1992 até os dias atuais, um grande aumento de casos por exposição heterossexual vem sendo observado. Essa informação coincide com o boletim epidemiológico/2021.

Dessa forma, enterra no passado o perfil epidemiológico em sua primeira fase (de 1980 a 1986) em que o HIV/AIDS se caracterizava pela transmissão homo/ bissexual masculino. Talvez os homens heterossexuais ainda estivessem em mente que, por não pertencerem ao “grupo dos homossexuais”, não precisariam se prevenir da infecção pelo HIV/AIDS.

Aos usuários com mais idade e menor tempo de diagnóstico, compreendemos que há uma longevidade sexual, por meio de insumos como lubrificantes, uso de medicamentos para disfunção erétil, dentre outros. Pois, os dados da pesquisa revelam 4 casos de usuários infectados e que possuem mais de 60 anos de idade.

5.2.1.3.

Raça, cor ou etnia

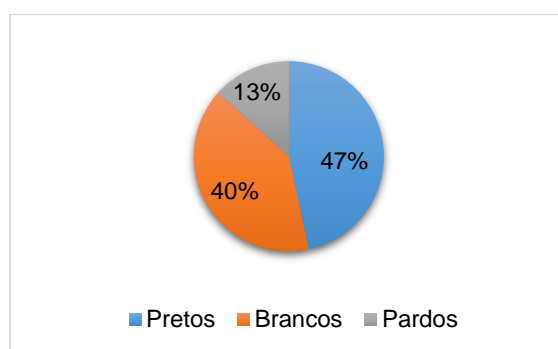


Figura 9 - Raça, cor ou etnia.
Fonte: Autoria própria, 2021.

Quanto à cor/raça, 47% dos entrevistados se autodeclararam pretos¹²⁶ (14 usuários), 40% brancos (12 usuários) e 13% (4 usuários) pardos. Não há registros de asiáticos ou indígenas. Com isso, ressaltamos a importância da identificação étnico-racial e cultural na promoção da saúde.

De acordo com os dados coletados, percebemos que a maioria é composta por pretos. Dessa maneira, sabemos que as doenças infecciosas, em especial o HIV/AIDS e a tuberculose, embora assumam uma pequena porção no total de anos potenciais de vida perdidos tanto para brancos quanto para pardos e pretos, revelam maior impacto nas vidas de pessoas pretas.

Lopes (2005, p. 9) informa que as vias pelas quais o social e o econômico, o político e o cultural influem sobre a saúde de uma população são múltiplas e diferenciadas, segundo a natureza das condições socioeconômicas, o tipo de população, as noções de saúde, a doença e os agravos enfrentados. No caso da população negra, o meio ambiente, que exclui e nega o direito natural de

¹²⁶ O IBGE usa preto como classificação de cor ou raça nas pesquisas de censo demográfico. Disponível em: <<https://vestibular.uol.com.br/noticias/redacao/2013/05/03/ibge-usa-classificacao-de-cor-preta-grupo-negro-reune-pretos-e-pardos.htm>>. Acesso em: 13 dez. 2021.

pertencimento ao local onde se vive, determina condições especiais de vulnerabilidade. Há uma invisibilidade de suas necessidades específicas nas ações e programas de atenção e prevenção.

Com relação ao HIV/AIDS, em todos os lugares do mundo onde as desigualdades raciais são naturalizadas, a epidemia da AIDS atinge de forma mais severa os grupos historicamente excluídos da riqueza social, bem como aqueles que são culturalmente discriminados (LOPES, 2005, p. 31).

Assim, ao analisar a sociedade brasileira, há profundas desigualdades sociais que afetam diretamente negros (CAMPOS et al., 2011, p. 33). Esta população é mais afetada, apresentando desigualdades no acesso à educação e ocupação, o que repercute na saúde, inclusive no acesso ao diagnóstico e ao tratamento do HIV/AIDS.

Diante dessa situação, faz-se necessário investimento em políticas públicas direcionado para essa população, para que haja ampliação do acesso, bem como dos serviços necessários para o atendimento das suas demandas. Seria um desafio numa sociedade racista, mas o acesso a serviços de qualidade que atendam suas demandas específicas precisa ser garantido.

5.2.1.4. Orientação sexual

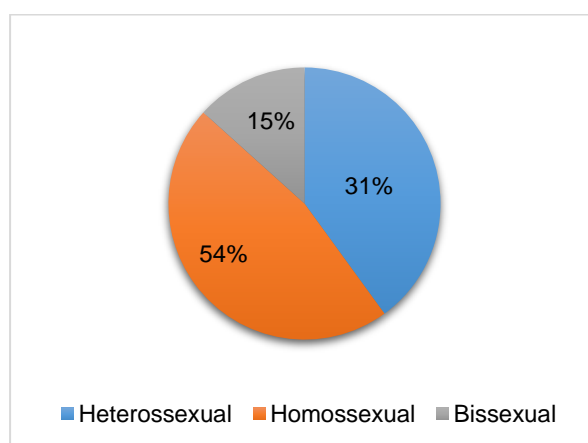


Figura 10 - Orientação sexual.
Fonte: Autoria própria, 2021.

Quanto à orientação sexual dos usuários dos serviços, observamos, no gráfico acima, que 54% se declararam homossexuais (14), 31% heterossexuais (12), e 15% bissexuais (4).

De acordo com os dados históricos e com o perfil epidemiológico, a epidemia de HIV/AIDS já foi homossexualizada (e atualmente é heterossexualizada). Os primeiros casos registrados pela infecção de HIV/AIDS se reportaram a homossexuais (num contexto histórico da epidemia). O que não quer dizer que os homossexuais sejam “responsáveis” pela epidemia, pois é sabido que o risco de infecção pelo HIV/AIDS se dá em quem assume um comportamento de risco e não se refere a orientação sexual.

Segundo o boletim epidemiológico HIV/AIDS do Ministério da Saúde (2021, p. 22), em 2020, o número de casos de HIV notificados, segundo categoria de exposição por sexo, foram:

Quadro 12 - Casos de HIV por categoria de exposição

Exposição	Quantitativo	Porcentagem
Homossexuais	11.229	55,4%
Bissexuais	1.979	9,8%
Heterossexuais	7.059	34,8%

Fonte: Ministério da Saúde, 2021. Compilação dos dados feita pela autora.

Dessa forma, vimos que a coleta de dados desta pesquisa reflete os dados nacionais, revelando um maior número de casos de HIV/AIDS entre os homossexuais. Tal fato se dá por essas pessoas, nesse momento, estarem numa situação de comportamento de risco maior que os demais, mas não que a epidemia seja definida pela orientação sexual do indivíduo.

Outrossim, nunca é demais lembrar que não existe “grupo de risco” e, sim, comportamento de risco, dado que todos os indivíduos que não assumem suas práticas sexuais de forma segura e protegida estão no risco de serem infectados pelo HIV/AIDS.

5.2.1.5. Estado civil

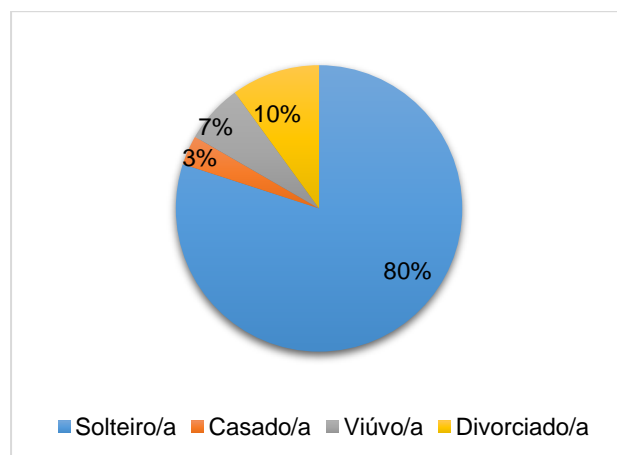


Figura 11 - Estado civil.
Fonte: Autoria própria, 2021.

De acordo com gráfico acima, 80% dos entrevistados são solteiros (24 usuários), 3% é casada (1 entrevistada), 7% são viúvos (1 usuária e 1 usuário), e 10% são divorciados (1 usuária e 2 usuários).

Esse dado nos remete à questão do isolamento social para quem vive com HIV/AIDS. Na pesquisa, dentre as pessoas que informaram que residem sozinhas, identificamos falas como:

Quadro 13 - Estado civil

USUÁRIO/A	RESPOSTA
Usuário 13	"Moro sozinho, me isolei, não tenho parceira, sinto que fiquei inseguro".
Usuário 12	"Consegui me aposentar pelo HIV/AIDS. A vida social é zero. Estou sozinho".
Usuário 11	"Vivo há trinta anos com o vírus, sozinho, sem ajuda. Vivo triste, me isolei".

Fonte: Autoria própria, 2021.

Com isso, além da carga física da doença, há um forte impacto psicológico no momento do diagnóstico, que envolve a identificação dessa condição e o início do tratamento. A condição de HIV/AIDS alia-se a crenças negativas e à fragilização dos sujeitos, incorporando sentimentos autodepreciativos relativos à morte, ao "fim da vida", "sujeira", "menos-valia", culpa pela infecção, dificuldade de conseguir relacionamento afetivo/amoroso, autoisolamento, dentre outros (KAHHALE et al., 2010). Dessa forma, a solidão se apresenta como uma realidade social que expressa o sofrimento de quem vive nessa condição.

Entendemos que a condição de viver com HIV/AIDS atravessa a vida dessas pessoas, o que compromete as relações sociais, a vida em família e as relações afetivas. A principal razão apontada é isolar-se para se proteger, seguida de medo do preconceito e da rejeição. Contudo, entendemos que não se trata de uma escolha pessoal, esses pacientes vivenciam uma experiência de escolha socialmente determinada por terem uma vivência de constrangimento maior na sociedade.

5.2.1.6. Religião

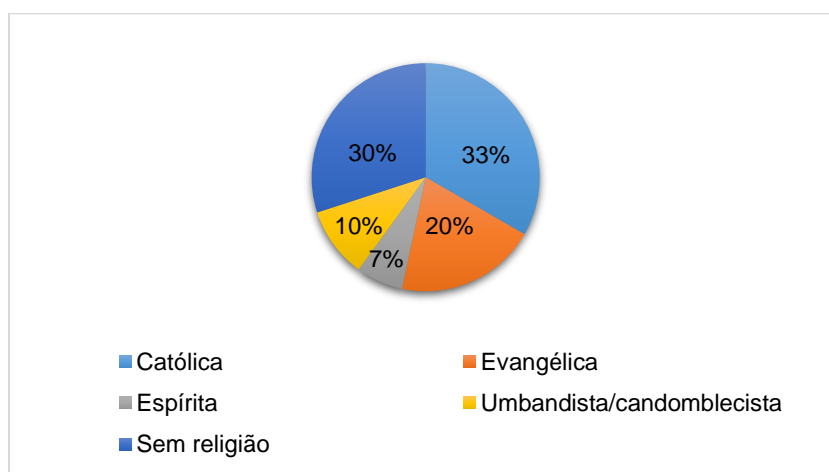


Figura 12 - Religião.
Fonte: Autoria própria, 2021.

Em relação à religião, identificamos que 30% (9 usuários) não têm religião. Dos 70% que afirmaram ter religião, 33% dos entrevistados são católicos (10 usuários), 20% é composto por evangélicos (6 usuários), 7 % são espíritas (2 usuários), e 10% são umbandistas/candomblecistas (3 usuários). O que chama atenção é que, uma boa parte dos usuários não professam sua fé de nenhuma forma, tendo em vista que 50% dos brasileiros são católicos.

É importante frisar a relação da religião com o processo de adoecimento e tratamento de doença crônica – sem perspectiva de cura –, pois é comum, dependendo da religião, o usuário, em algum momento do tratamento, abandonar os cuidados em saúde na esperança de cura da doença através da fé. Esse fato é um risco para saúde deste indivíduo que se percebe em conflito quanto ao tratamento e à profissão da sua fé.

Essa informação foi observada no cotidiano de trabalho, onde um usuário esteve em abandono de tratamento e, através de contato telefônico, ele relatou que estava em campanha de oração na sua Igreja, aguardando a cura da sua enfermidade. De forma respeitosa, explicamos que é importante o indivíduo desenvolver sua religiosidade, mas que era igualmente importante e responsável praticar seu cuidado em saúde e ser regular com seu tratamento.

5.2.1.7. Situação trabalhista

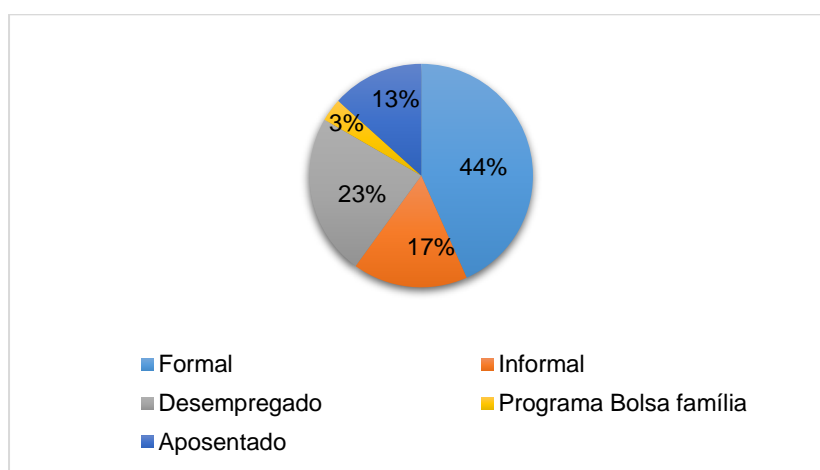


Figura 13 - Situação trabalhista.
Fonte: Autoria própria, 2021.

É alarmante o fato de que apenas 44% dos entrevistados (13 usuários) possuam emprego formal. As principais profissões citadas foram: comerciante, cozinheiro, maquiador, lojista, cuidador de idosos, auxiliar administrativo, zelador, auxiliar de serviços gerais. 23% (7 usuários) estão em situação de desemprego, 17% (5 usuários) trabalham informalmente, isto é, sem qualquer vínculo empregatício, renda fixa ou direitos trabalhistas, 3% (1 usuária) recebe o programa bolsa família, e 13% (4 usuários) estão aposentados.

Vemos que uma grande porcentagem dos entrevistados estão desempregados ou, quando empregados, inseridos no mercado informal de trabalho. Evidencia-se, dessa forma, uma parte dos participantes da pesquisa que sofrem com o empobrecimento no acesso ao trabalho de qualidade.

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA (2020, p. 219) identifica a informalidade como desafio para o enfrentamento. Em que pese uma pequena elevação das taxas de crescimento do emprego assalariado com carteira assinada

em 2019, as ocupações tipicamente associadas ao trabalho informal (assalariados sem carteira assinada e trabalhadores por conta-própria) mantêm uma participação bastante elevada no total da força de trabalho do país. O grau de informalidade vem apresentando um crescimento praticamente ininterrupto ao longo dos últimos anos, pois saltou de 45,3% no último trimestre de 2016 (ano-base) para 48,2% no mesmo período em 2019.

Ainda o IPEA (2020, p. 220) informa que a manutenção de indicadores elevados de informalidade no mercado de trabalho brasileiro implica um conjunto de preocupações em termos de desenvolvimento e bem-estar social, tais como: perda da proteção social e dos diversos tipos de garantia previstos na lei trabalhista; perda de receitas para a seguridade social; e perda de receitas para outros programas sociais ou de custeio de investimentos.

Nesse sentido, a reestruturação produtiva no contexto neoliberal (a partir dos anos 1990 no Brasil) permite a flexibilização dos direitos trabalhistas e a superexploração em prol da maximização dos lucros capitalistas. Contudo, as mudanças não se limitam à esfera da produção: a tendência é que se estendam a outros setores da sociedade, de modo a alterar a organização e a divisão social do trabalho como um todo.

Além disso, a recente reforma trabalhista e a perda de direitos sociais trazem como consequência o aumento do desemprego e da informalidade, conforme podemos ver nos dados coletados.

Nesse debate, Iamamoto (2009, p. 48 - 49) comenta que a redução do trabalho protegido tem no seu verso a expansão do trabalho precário, a polivalência, a terceirização, a subcontratação, a queda de padrão salarial, a ampliação de contratos de trabalhos temporários, subcontratados, com perda de direitos e ampliação da rotatividade e de mão de obra.

É imprescindível relacionar as condições de trabalho à qualidade de vida, já que é dele que advém a renda. Sem trabalho formal, 43% destes usuários se encontram em situação de vulnerabilização social, o que impacta no tratamento de HIV. De acordo com Giatti & Barreto (2005), o desemprego, o trabalho informal e, sobretudo, a exclusão do mercado de trabalho estão associados a uma pior condição de saúde:

O desemprego é provavelmente o principal fator que leva à exclusão social. Os trabalhadores excluídos da economia formal são forçados a ganhar a vida em ocupações precárias ou, após muito tempo sem trabalho, são atingidos pela exclusão, numa escala descendente entre inclusão, inclusão precária e exclusão.

Desse modo, pode-se afirmar que a exclusão do trabalho é mais ampla e suas vítimas estão, provavelmente, excluídas da maioria das outras redes sociais e inseridas numa trajetória de vulnerabilização. Estudos mostram a importância central das condições socioeconômicas na determinação dos padrões de morbimortalidade das populações, com associação positiva entre nível socioeconômico e melhor condição de saúde (GIATTI; BARRETO, 2005, p. 100).

Para Iamamoto (2009), as desigualdades sociais resultantes do aumento do desemprego foram agudizadas também por mudanças nos gastos públicos, uma vez que ocorreu a redução dos custos sociais públicos, implicando também na redução das despesas com os sistemas de proteção social. As reestruturações em curso seguem na direção da restrição, seletividade e focalização das políticas sociais. Com isso, o desemprego e a precarização do trabalho limitam o acesso aos direitos derivados de empregos estáveis.

Nesse viés, como afirma Iamamoto (2009), as transformações no mundo do trabalho vêm acompanhadas de mudanças na esfera do Estado, consubstanciadas na Reforma do Estado, exigidas pelas “políticas de ajuste”. Neste quadro, em que o Estado se torna submisso aos ditames do capital, os direitos sociais passam à condição de subordinação à política econômica, obtendo como consequência desse processo o acirramento das desigualdades sociais.

Por sua vez, de acordo com o IPEA (2020, p. 206), como a dinâmica econômica é determinante na arrecadação fiscal, políticas sociais em geral e, em particular, as políticas de trabalho e renda, passam a ter seu potencial de cobertura ameaçado devido à instabilidade nos canais de financiamento, inclusive políticas que também são reguladas por acordos internacionais, como o caso do Programa Seguro-Desemprego e programas de ativação do mercado de trabalho.

Assim, consideramos que a situação trabalhista é uma importante categoria para avaliação econômica e social. Por meio dos dados coletados, identificamos que quase metade dos entrevistados estão em situação informal de emprego, e essa questão tem consequências negativas para sua vida e para o seu tratamento de saúde, considerando que HIV é uma doença crônica sem cura, ainda.

Por fim, de acordo com o IPEA (2020, p. 227), a economia brasileira em 2019 mantém-se em uma relativa estagnação, com baixas taxas de crescimento desde a recessão observada em 2015 e 2016. Tal contexto se reflete diretamente na atual conjuntura do mercado de trabalho, cujos indicadores principais apontam um cenário bastante preocupante, sobretudo no tocante ao alto nível de desemprego.

Essa situação faz com que o país encontre sérias dificuldades em cumprir metas e acordos internacionais firmados junto a distintos fóruns e instituições, tanto no sentido de promoção de políticas de proteção e inclusão social quanto no atingimento de patamares mais elevados de oportunidades de trabalho digno para a população.

5.2.1.8. Possui plano de saúde

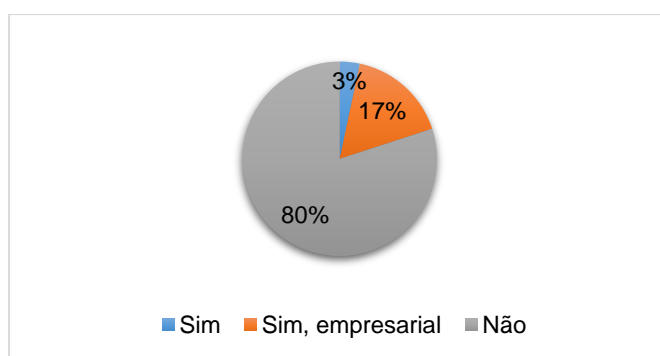


Figura 14 - Plano de saúde.
Fonte: Autoria própria, 2021.

Com relação a ter acesso a um plano de saúde, 3% (1 usuário) possui plano de saúde individual, 17% (5 usuários) têm plano de saúde empresarial, e 80% (24 usuários) não possuem.

Esses dados evidenciam a utilização do SUS por parte de 80% dos usuários para todo o seu tratamento. Essas informações estão em consonância com os dados nacionais, por meio da Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2020), os quais informam que 71,5% dos brasileiros utilizam o SUS para suas necessidades de saúde.

Com isso, o acesso à saúde suplementar tem uma relação direta com o rendimento salarial, através da inserção no trabalho formal e/ou condições sociais para o custeio de plano de saúde privado, explicando o baixo acesso dos entrevistados ao plano de saúde.

5.2.1.9. Escolaridade

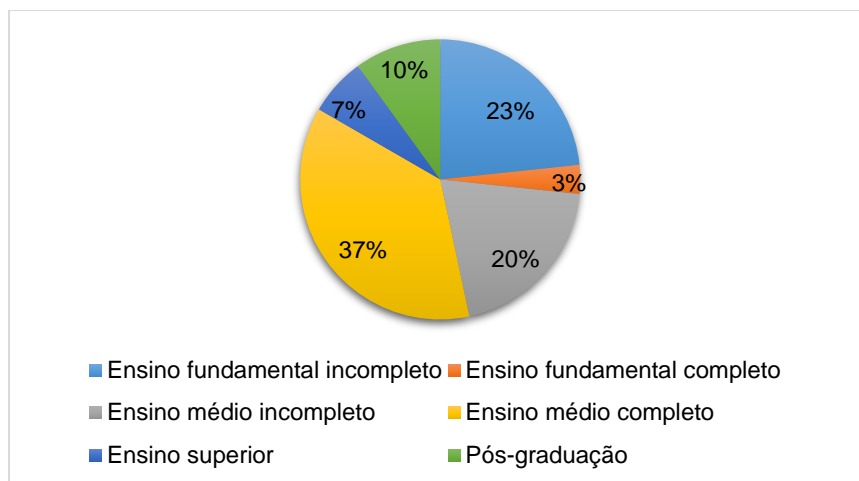


Figura 15 - Escolaridade.
Fonte: Autoria própria, 2012.

No que concerne à escolaridade, vemos que 23% (7 usuários) não concluíram o ensino fundamental, e apenas 3% (1 usuário) finalizou o ensino fundamental. Quanto ao ensino médio, 37% (11 usuários) concluíram esse nível escolar, enquanto que 20% (6 usuários) têm o ensino médio incompleto. Já o nível superior, 7% (2 usuários) concluíram sua faculdade, e 10% (3 usuários) possuem pós-graduação (especialização).

O acesso à educação de qualidade é um direito fundamental para o desenvolvimento da cidadania e ampliação da democracia e, em parte, a mobilidade social. Os investimentos públicos em educação são de extrema importância para a redução da pobreza e da criminalidade, bem como ampliação do crescimento econômico, bem-estar e acesso aos direitos fundamentais pela população.

Um dado importante sobre educação é o percentual de pessoas analfabetas. No Brasil, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua) (2019), a taxa de analfabetismo das pessoas de 15 anos de idade ou mais foi estimada em 6,6% (11 milhões de analfabetos).

Felix e Ceolim (2012, p. 888) explicam que o aumento da proporção de casos de AIDS em pessoas com menor escolaridade tem sido denominado pauperização, considerando-se nesse contexto a escolaridade como marcador da situação socioeconômica.

Nesse sentido, pensamos que a baixa escolaridade pode provocar prejuízos à adesão ao tratamento, interferindo inclusive na compreensão e adesão à terapia antirretroviral, devido às dificuldades na interpretação das informações. Felix e Ceolim (2012, p. 888) informam que o trabalho remunerado e as condições socioeconômicas são primordiais para a manutenção da adesão ao tratamento para a pessoa que vive com HIV.

A educação é o grande instrumento que possibilita o desenvolvimento dos indivíduos, bem como uma boa colocação do mercado de trabalho. O ganho pela educação não seria apenas para a população, mas para o país, de uma forma geral. Instituído pela Lei nº 13.005, de 2014¹²⁷, o Plano Nacional de Educação prevê, como uma das metas para 2024, que a escolaridade média da população brasileira, entre 18 e 29 anos, atinja 12 anos, no mínimo.

Portanto, identificamos que a pouca escolaridade se relaciona com a situação trabalhista e a renda familiar. Nessa direção, reflete em desemprego, trabalho informal ou serviços de baixa qualificação, com baixa remuneração. Portanto, a baixa escolaridade acaba atingindo a economia também.

5.2.1.10. Renda familiar

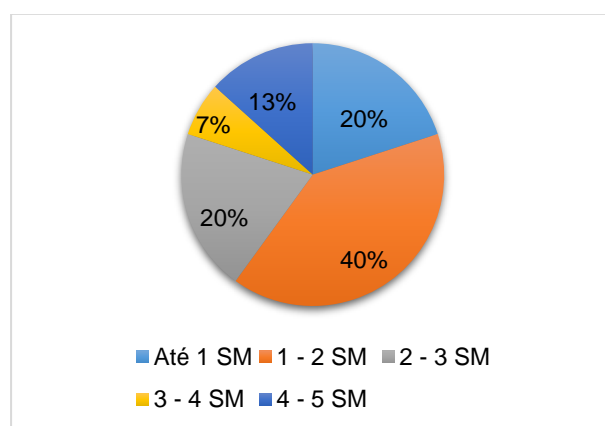


Figura 16 - Renda familiar (por salário mínimo).
Fonte: Autoria própria, 2021.

Por meio do gráfico acima, é possível notar que 40% (12 usuários) possuem renda familiar entre um e dois salários mínimos. 20% (6 usuários) têm até um

¹²⁷ Plano Nacional de Educação (PNE). Disponível em: <<https://pne.mec.gov.br/18-planos-subnacionais-de-educacao/543-plano-nacional-de-educacao-lei-n-13-005-2014>> Acesso em: 24 jan. 2022.

salário mínimo como renda. Outros 20% (6 usuários) têm renda entre dois a três salários mínimos. Identificamos que 7% (2 usuários) vivem com renda entre três e quatro salários mínimos. Por fim, 13% (4 usuários) possuem renda familiar entre quatro e cinco salários mínimos. Considerou-se o valor do salário mínimo em 2021, que foi de R\$1.100,00.

De acordo com a PNAD Contínua (2020), o rendimento bruto familiar do estado do Rio de Janeiro foi de R\$ 1.723. O que se relaciona com a maioria dos entrevistados que informam terem renda de até dois salários mínimos. Deve-se lembrar que, em 2020, segundo dados do IBGE¹²⁸, o rendimento médio mensal real do brasileiro teve queda recorde de 3,4% em 2020, durante o auge da pandemia do novo coronavírus, atingindo seu menor valor desde 2012. Com a crise sanitária e econômica, o total de pessoas que mantinham algum rendimento do trabalho recuou de 92,8 milhões para 84,7 milhões, ou seja, uma redução de 44,3% para 40,1% da população. A taxa média de desemprego no ano de 2020 foi de 13,5%, a maior da série iniciada em 2012, e em 2019 foi de 11,9%.

Iamamoto (2021, p. 192) informa que a exigência ao nível da produção é reduzir custos e ampliar as taxas de lucratividade. Nessa lógica, o rebaixamento dos custos do chamado “fator trabalho” tem peso decisivo, envolvendo o embate contra a organização e as lutas sindicais, os cortes de salário e de direitos conquistados.

Além do nível de instrução e da ocupação, Felix e Ceolim (2012, p. 888) comentam que a renda também está entre os indicadores mais importantes para mensurar o nível socioeconômico associado à saúde.

Nesse sentido, por meio da coleta de dados, observamos que quase a metade (40%) da população pesquisada referiu uma renda familiar de um a dois salários mínimos. A renda tem relação direta com o nível de escolaridade e a ocupação no mercado de trabalho.

¹²⁸ Disponível em: <<https://www.correiobraziliense.com.br/economia/2021/11/4964566-renda-do-brasileiro-e-a-menor-em-8-anos-aponta-ibge.html>> Acesso em: 24 jan. 2022.

5.2.1.11. Grupo familiar

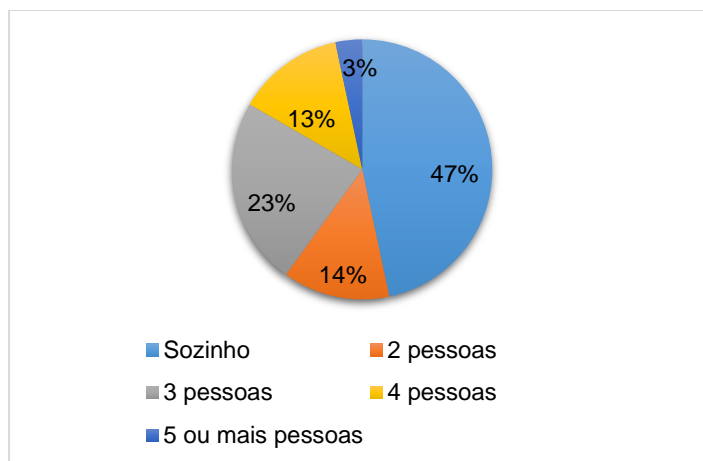


Figura 17 - Grupo familiar.
Fonte: Autoria própria, 2021.

No tocante ao grupo familiar, boa parte dos usuários, 47% (14 usuários), declararam que residem sozinho. 14% (4 usuários) moram com uma pessoa, 23% (7 usuários) residem com duas pessoas, 13% (4 usuários) moram com três pessoas, e apenas 3% (1 usuário) mora com quatro ou mais pessoas. Esse tópico tem relação com o estado civil (item 5.2.1.5), pois 80% dos entrevistados se dizem solteiros.

Os entrevistados que informaram que residem sozinhos afirmaram que optaram por viverem sozinhos. Muitos comentam que, depois que foram infectados pelo HIV, isolaram-se, não querem compartilhar o diagnóstico com ninguém e nem querem estar numa relação em que precisa esconder algo.

Como nas seguintes falas: “moro sozinha e não namoro desde quando fui infectada, acho que fiquei traumatizada, com raiva” (usuária 01); “não consigo namorar, travei. Não fiquei ‘frio’, mas uma parte da gente morre... uma parte minha morreu.... Não me vejo morando com alguém, tendo relação...” (usuário 04). Segundo Kahhale et al., (2010, p. 54), esse posicionamento expressa o quanto viver com HIV/AIDS gera sofrimento e restrições na construção de relações de conjugalidade.

Dessa forma, observa-se um constrangimento social que provoca um autoisolamento, uma situação de pessoas que tem HIV e que residem sozinhas, muito em decorrência do próprio diagnóstico.

5.2.1.12. Habitação

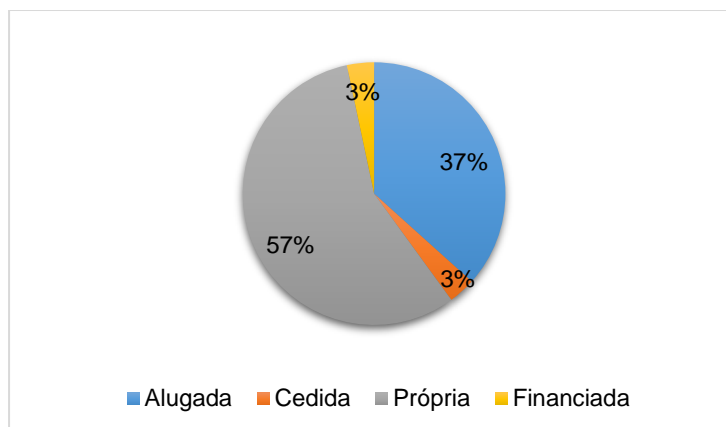


Figura 18 - Habitação.
Fonte: Autoria própria, 2021.

No que diz respeito às condições de habitabilidade, a maioria dos usuários relataram que possuem casa própria, 57% (17 usuários). 37% (11 usuários) residem em casa alugada, 3% (1 usuário) em casa cedida, e 3% (1 usuário) em casa financiada.

O fato da pessoa residir em casa própria é importante porque indica que não possui gasto com habitação (o que é realidade para a maioria dos pacientes entrevistados), considerando que tem um rendimento baixo e o custo com moradia pode comprometer, sobremaneira, a renda familiar. Porém, muitos residem em locais de risco e/ou comunidades.

Essas informações estão em consonância com os dados nacionais do IBGE, por meio da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em que 73,7% dos domicílios brasileiros, em 2014, eram próprios.

5.2.1.13. Local de moradia

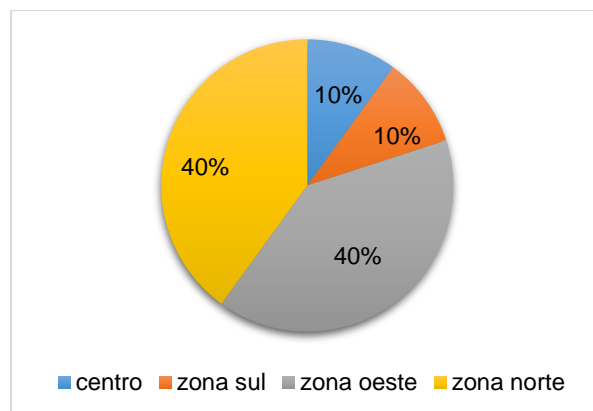


Figura 19 - Local de moradia (por zona da cidade do Rio de Janeiro).

Fonte: Autoria própria, 2021.

Quanto ao local de moradia, dividido por zonas da cidade do Rio de Janeiro, constata-se que 40% (12 usuários) residem na Zona Norte, e 40% (12 usuários) residem na Zona Oeste. Já 10% (3 usuários) residem no Centro, e 10% (3 usuários) residem na Zona Sul.

A maioria dos usuários declararam residirem nas Zonas Norte e Oeste, onde, segundo Carvalho (2016, p. 17), a zona norte é destinada à classe média e média-baixa, tendo uma carência de diversos serviços e infraestrutura, principalmente nos bairros mais pobres. Já a zona oeste pode ser compreendida como uma área em expansão e voltada também para uma população de renda mais baixa. Além disso, as políticas públicas são fragmentadas neste local.

Já em relação à Zona Sul, que compreende 10% dos entrevistados, Carvalho (2016, p. 17) entende como a área de mais alta renda na cidade que concentra a melhor infraestrutura urbana, equipamentos e serviços.

Não podemos esquecer da Zona Central da cidade (onde 10% dos entrevistados residem), que, apesar de possuir edifícios residenciais, é predominantemente comercial e turístico. Ademais, abriga a maior concentração de edifícios financeiros e de escritórios da cidade, possuindo infraestrutura e serviços.

Assim, 80% dos participantes da pesquisa habitam nas zonas consideradas mais pobres e com maior carência de serviços da cidade do Rio de Janeiro.

Dessa forma, após discutirmos os dados sociais e econômicos dos usuários participantes da pesquisa, entendemos que as dificuldades dos países da periferia

do capitalismo e o predomínio dos interesses econômicos da indústria do setor somam-se, no Brasil, às tendências de pauperização, feminização e interiorização da epidemia de AIDS as quais vêm afirmando a necessidade de se discutir uma agenda pública e estatal para a pesquisa e intervenção que seja capaz de responder a esses desafios.

Concordamos com Parker (2000, p. 76), quando reflete:

Até que ponto a prevenção do HIV/AIDS deve ser entendida como parte de um processo mais amplo de transformação social, objetivando não apenas a redução do risco, mas a correção da desigualdade e da injustiça social e econômica que, quase universalmente, está relacionada à vulnerabilidade crescente diante da epidemia.

Ou seja, a atenção com o enfrentamento da epidemia do HIV/AIDS tem uma preocupação mais ampla, do ponto de vista da minimização da desigualdade social. Essa situação de desigualdade social se relaciona com a pobreza, ambas advindas de uma sociedade capitalista, injusta e não equânime, numa estrutura econômica e social que provoca situações de negação de direitos, submetendo o sujeito a condições de vida precárias, como falta de acesso a saúde, educação, moradia, trabalho, alimentação e lazer.

5.2.2. Dados específicos dos pacientes

Na nossa pesquisa, buscamos dados específicos que revelam melhor a situação do tratamento dos usuários. Esses dados evidenciam questões precisas que se relacionam com o tratamento de HIV/AIDS.

5.2.2.1. Tempo que vive com HIV/AIDS

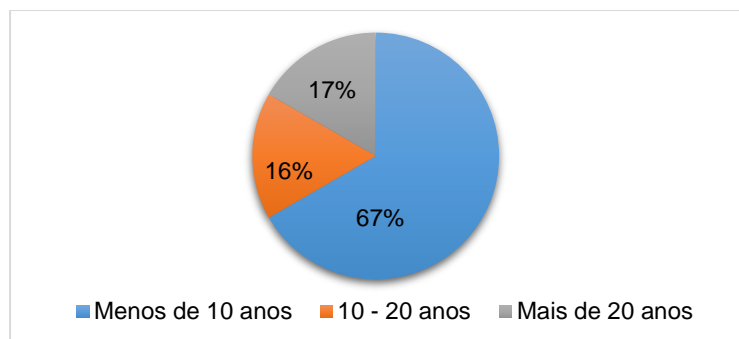


Figura 20 - Tempo que vive com HIV/AIDS.
Fonte: Autoria própria, 2021.

No que diz respeito ao tempo que os entrevistados vivem com HIV/AIDS, nota-se, por meio do gráfico, que a grande maioria, 67% (20 usuários), convive com o HIV há menos de 10 anos. Tal fato significa dizer que a infecção ocorreu nos anos 2010 e que nos dias atuais a principal via de transmissão em crescimento é a heterossexual. Provavelmente, esses pacientes testaram e logo se fixaram nas unidades de saúde, pois data dos anos 2013 o início da descentralização do tratamento. Identificamos, também, o fato de ser diagnóstico recente, o quanto essa epidemia está fora do seu controle epidemiológico, visto que, mesmo depois de mais de 40 anos de descobertas e avanços científicos, a epidemia de HIV/AIDS ainda se propaga com intensidade.

Concordamos com Parker (2000), quando nos informa que, no nível mais elementar, as novas pesquisas sugerem que são falsas as ideias de que a epidemia está cada vez mais sob controle e que a fase de emergência já passou. Parte-se da premissa de que a epidemia de HIV/AIDS está muito viva e bem – que ela está de fato prosperando, mas o seu enfoque tem mudado no espaço social, afetando hoje em dia, quase exclusivamente, os setores mais pobres da sociedade que vivem em situações caracterizadas pelas diversas formas de violência estrutural – devido à pobreza, à miséria, às péssimas condições de habitabilidade, à discriminação, à fome, ao racismo, à violência, à desigualdade de gênero, à opressão sexual e à exclusão social de um modo geral.

Identificamos que 16% (5 usuários) vivem com o vírus entre 10 e 20 anos. Já 17% (5 usuários) vivem com o vírus há mais de 20 anos. Esses pacientes, provavelmente, são os que foram transferidos de outras unidades de saúde (como

policlínica ou SAE), dado o seu tempo extenso de diagnóstico. Pois a descentralização do tratamento de HIV data de meados dos anos 2013.

A epidemia de HIV/AIDS, no Brasil, já se encontra na quinta década, e a maioria das pessoas que estão em tratamento de HIV há mais de 20 anos, provavelmente, estão nos serviços mais antigos como os centros municipais de saúde, as policlínicas e os Serviços de Assistência Especializada (SAE).

5.2.2.2. Forma de infecção

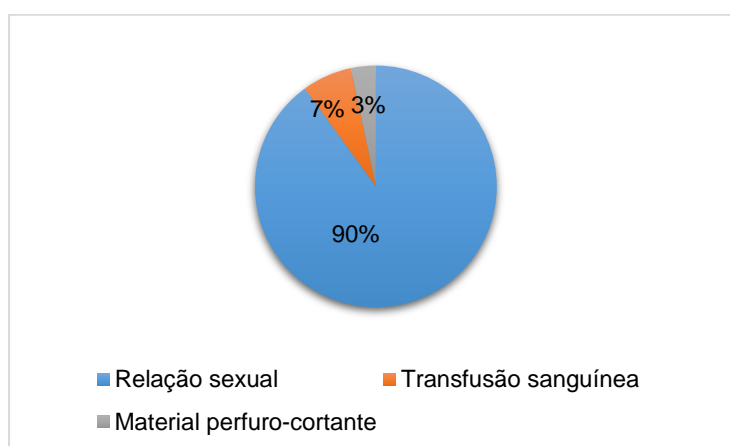


Figura 21 - Forma de infecção.
Fonte: Autoria própria, 2021.

Quanto à forma de infecção, mais da metade dos entrevistados, 90% (27 usuários), relatam ter sido por transmissão sexual. Do total de 8 mulheres que participaram da entrevista, 6 foram infectadas via sexual, geralmente pelo próprio parceiro fixo.

Esse dado demonstra a permanência de uma discrepância significativa por parte da sociedade na forma de tratar a vida sexual dos homens e das mulheres, tornando difícil, por exemplo, negociar sexo seguro, devido à relação de poder decorrente do contexto patriarcal em que estamos inseridos.

Além disso, a infidelidade masculina é naturalizada, enquanto a própria sexualidade feminina, por si só, é condenada.

A desigualdade de gênero é mantida pelas estruturas sociais, embasada por diferenças biológicas e justificada muitas vezes pela vontade de Deus. A submissão e a inferiorização da mulher em consequência de conceitos patriarcais e sexistas tornam essa situação fatal frente à AIDS, em relações onde os homens são detentores do poder e tratam a mulher como um patrimônio. A domesticação

feminina em algumas situações é incentivada desde a infância. O androcentrismo reforça essa vulnerabilidade, em conceituações onde o homem é o centro do mundo reforça-se a hegemonia masculina. (BEZERRA; BARBOSA, 2014, p. 893-894).

Assim, as mulheres estão vulneráveis à infecção por HIV/AIDS não apenas por aspectos biológicos, mas também devido ao fator submissão da cultura patriarcal, refletida pela transmissão sexual por meio do próprio companheiro. Existe um forte traço de gênero.

Ainda identificamos que 7% (2 usuários) foram infectados por meio de transfusão sanguínea e, 3% (1 usuário) foi infectado por material perfuro-cortante.

Desse modo, tanto essa pesquisa, quanto os dados nacionais revelam que, no Brasil, a infecção de HIV/AIDS é basicamente via sexual. A transmissão vertical (quando a gestante infecta o bebê) está num índice nacional bastante reduzido, dado que alguns municípios já zeraram esse tipo de propagação. O contágio resultante pelo compartilhamento de seringa por meio do uso de drogas injetáveis também caiu, uma vez que, nos dias de hoje, no Brasil, o maior consumo é de maconha e cocaína (que não são drogas injetáveis).

5.2.2.3.

Sigilo quanto à infecção e seu tratamento

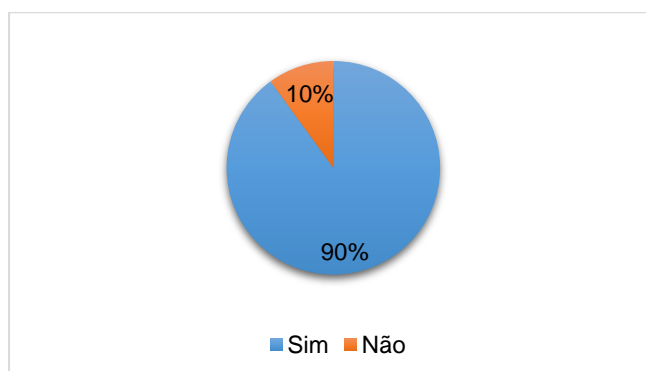


Figura 22 - Sigilo.
Fonte: Autoria própria, 2012.

A grande maioria, 90% (27 usuários), afirmou não revelar o diagnóstico/tratamento. Na fala dos entrevistados, o usuário 03 informou “Sim, eu resguardo o sigilo, poucas pessoas sabem do meu diagnóstico, como minha mãe e irmã”. Alguns não comentam com a família, apenas com amigos: “Sim, poucos amigos sabem do meu diagnóstico” (usuário 05). Apenas 10% (3 usuários) dos entrevistados relataram que outras pessoas conhecem sua sorologia.

Sabe-se que o sigilo é um direito da pessoa que vive com HIV/AIDS – de acordo com a Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da AIDS¹²⁹,

VIII - Ninguém poderá fazer referência à doença de alguém, passada ou futura, ou ao resultado de seus testes para o HIV/AIDS, sem o consentimento da pessoa envolvida. A privacidade do portador do vírus deverá ser assegurada por todos os serviços médicos e assistenciais.

[...]

X - Todo portador do vírus tem direito a comunicar apenas às pessoas que deseje seu estado de saúde e o resultado dos seus testes.

Dessa maneira, em um contexto de forte estigmatização e discriminação das pessoas que vivem com HIV/AIDS, de acordo com tudo o que vimos até aqui, que:

O medo da morte social (quando o paciente é excluído socialmente, vive isolado, não consegue inserir-se no mercado de trabalho, tem dificuldade de se relacionar afetivamente, tudo isso porque vive com HIV/AIDS), do preconceito e do estigma traz para os sujeitos a necessidade de ocultar a infecção pelo HIV/AIDS, sendo que a contingência da manutenção do segredo encontra-se no centro de suas representações. Ser “clandestino” torna-se, muitas vezes, necessário para manter interações sociais possíveis, e não falar sobre a situação a amigos e familiares é uma forma de afastamento dessa condição estigmatizante (BRASIL, 2010).

Os entrevistados costumam ocultar o diagnóstico ao máximo, até mesmo para os familiares mais próximos, a fim de se protegerem de uma possível discriminação ou isolamento social. Todavia, como consequência, a pessoa que vive com HIV/AIDS pode sofrer com a falta de apoio social, o que pode impactar diretamente no tratamento físico e emocional.

Nos dias atuais, certamente por medo de sofrer com o estigma e a discriminação, muitas pessoas que vivem com HIV/AIDS enfrentam dificuldades para decidir revelar seu diagnóstico para pessoas próximas. Quando o sujeito não está no “perfil” do modelo capitalista, ele se isola mais. Romper com o isolamento nessa sociedade é mais difícil ainda, pois ela é, por si só, individualizante e excludente.

¹²⁹ Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/direitos-das-pvha>>. Acesso em: 14 dez. 2021.

5.2.3. Questões subjetivas dos pacientes

Aqui serão expostos trechos das respostas subjetivas das entrevistas, para demonstração e análise de temáticas como situações enfrentadas para permanecer nos serviços de tratamento à pessoa que vive com HIV/AIDS; avaliação dos serviços; periodicidade dos atendimentos; acesso à exame laboratorial e à farmácia (para retirada de antirretroviral); como é viver com HIV/AIDS e outros fatores que interferem direta ou indiretamente na realização efetiva do tratamento de HIV/AIDS. Com isso, o objetivo é ilustrar os aspectos teórico e qualitativo do trabalho com exemplos advindos dos relatos coletados.

Os participantes serão numerados, a fim de não serem identificados pelo nome, resguardando o sigilo, por razões éticas. Os nomes de pessoas que são eventualmente citadas nos relatos também serão censurados, pela mesma razão.

5.2.3.1. Eixo de análise sobre o acesso ao tratamento: permanência, exames e medicações

A) Os tipos de situações enfrentadas para permanecer nos serviços de tratamento do HIV/AIDS

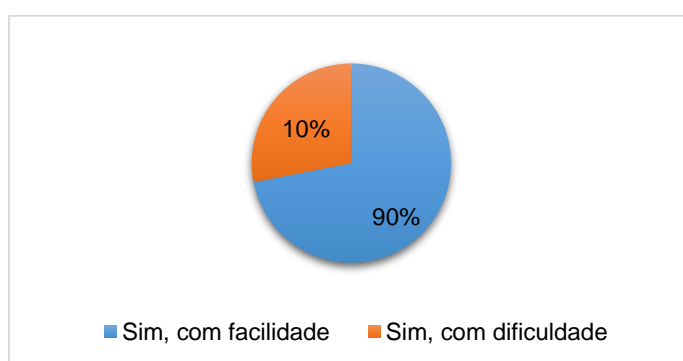


Figura 23 - Permanecer no serviço.
Fonte: Autoria própria, 2021.

No que se refere à permanência nos serviços da unidade de saúde, bem como às situações enfrentadas para essa permanência nos serviços de tratamento à pessoa que vive com HIV/AIDS, vemos que 90% (27 usuários)

conseguem permanecer nos serviços sem dificuldade. Já 10% (3 usuários) relataram que acessam os serviços com dificuldade.

Dentre as principais respostas referentes à permanência nos serviços sem dificuldade, encontramos:

Quadro 14 - Permanência no serviço de saúde

USUÁRIO/A	RESPOSTA
Usuário 06	"Não tenho dificuldade. Sou bem atendido. Faço exames e retiro remédios".
Usuário 08	"Não tenho dificuldade. Não passo por constrangimento. Sou bem acolhido".
Usuária 14	"Não tenho dificuldades. Consigo marcar consulta sem dificuldade".
Usuário 17	"Não tenho dificuldade. Profissionais discretas na unidade. Conversa em particular. Mantém privacidade".
Usuário 22	"Não tenho dificuldade. Sempre tenho acesso à receita (renovação)".

Fonte: Autoria própria, 2021.

Já quanto às principais respostas em relação às dificuldades para permanência no serviço, vimos:

Quadro 15 - Dificuldades para permanecer no serviço de saúde

USUÁRIO/A	RESPOSTA
Usuário 9	"Atendimento complicado. Difícil ser atendido. Tem que conseguir marcar consulta (não consigo data disponível com a médica, nunca tem vaga)".
Usuário 11	"Tenho dificuldade para marcar consulta. Renovo receita. Temo sigilo, comentários". O usuário não consegue horário disponível com o médico. Ele mora no mesmo bairro da unidade de saúde.
Usuário 25	"Dificuldade de marcar consulta. Entre 2018/2019, a Clínica da Família estava em reestruturação, houve saída de médicos. Fiquei em tratamento pelo plano de saúde".

Fonte: Autoria própria, 2021.

Vemos que a Política tem tentado se organizar de modo que atenda às necessidades dos usuários. Temos a impressão que está buscando os sujeitos e fazendo as adaptações necessárias. Mas, muitas vezes, parece que eles estão 'escorregadios'. Não é uma questão pessoal, não é só uma decisão individual. Eles têm uma vivência de constrangimento mais ampla da sociedade e alguns correm até risco de vida. O que é muito grave.

Identificamos dificuldades que se relacionam com o cenário pandêmico: "Não tinha dificuldades, mas não consigo marcar consulta desde o início da pandemia, em 2020". Usuário 12

A questão da possível quebra de sigilo também se apresenta como resposta recorrente, em se tratando de dificuldades:

“O sigilo atrapalha. Tenho vergonha de ir à unidade de saúde. A agente comunitária de saúde mora na minha comunidade. Fico constrangida em dividir o sigilo do diagnóstico com ela porque tenho medo que ela comente na vizinhança”. Usuária 26.

Observamos que a questão do sigilo se destaca nesse debate, onde, por inúmeras vezes, os usuários alegam qualquer dificuldade no tratamento se relacionando com a necessidade de resguardar o sigilo do diagnóstico. Isso não ocorre por acaso, mas por todo o contexto de preconceito e constrangimento social que ocasiona.

Alguns entrevistados apresentaram outras questões:

“Não tenho dificuldades. Mas, anteriormente, a médica pedia muitos exames, atendia. Hoje não passa pela médica mais. A gestão do ex-prefeito Marcelo Crivella foi muito ruim, pois tirou os médicos da clínica”. Usuário 5

“Sem dificuldade. Porém, a vaga no SISREG demora até 3 meses para ser liberada”. Usuário 10

Dessa forma, identificamos uma heterogeneidade nas respostas, ao entender a pluralidade dos usuários. Cada um está na sua realidade, se deparando com os percalços que precisa transpor para garantir seu atendimento.

B) Acesso ao exame laboratorial

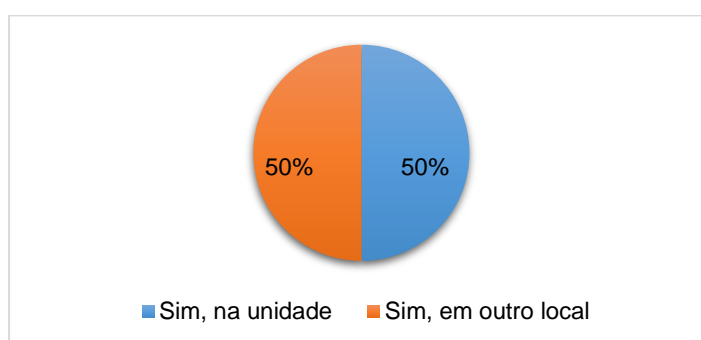


Figura 24 - Acesso ao exame laboratorial.
Fonte: Autoria própria, 2021.

Como orientação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos (2018, p. 70), do Ministério da Saúde, é necessário fazer o monitoramento laboratorial da infecção pelo HIV/AIDS por meio dos exames de contagem de linfócitos TCD4+ e carga viral-HIV. Vale salientar que a recomendação é que seja realizado a cada seis meses.

A contagem de linfócitos TCD4+ é um dos biomarcadores mais importantes para avaliar a urgência de início da terapia antirretroviral. Já o exame de carga viral-HIV é considerado primordial para monitorar a eficácia da terapia antirretroviral e detectar precocemente problemas de adesão em pessoas que vivem com HIV/AIDS (o tratamento de HIV é considerado estável quando o resultado do exame de carga viral-HIV é indetectável).

Segundo o Ministério da Saúde (2022)¹³⁰, o Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI) disponibiliza, por meio da rede pública de saúde, exames de CD4+/CD8+ e de carga viral do HIV para as pessoas vivendo com HIV/AIDS. Os kits para execução desses exames são enviados aos laboratórios que realizam esse tipo de exame.

Há um sistema informatizado para facilitar o controle dos processos de cadastramento de pacientes e armazenagem do histórico dos exames realizados, a fim de auxiliar o médico a prescrever a melhor terapia para o paciente. Assim, em 1997, deu-se início ao desenvolvimento do Sistema de Controle de Exames Laboratoriais de CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV (SISCEL).

Atualmente, o SISCEL, que é utilizado em todos os estados do Brasil, conta com 72 laboratórios que realizam exames de contagem de linfócitos T, 50 laboratórios que realizam exame de contagem de linfócitos TCD4+ rápido, 81 laboratórios que realizam exames de carga viral do HIV/AIDS, e 22 serviços de saúde que realizam os exames de carga viral rápida do HIV.

Quanto ao acesso ao laboratório e à realização de exame periódicos específicos para quem está em tratamento de HIV/AIDS (exame de carga viral e contagem de linfócitos TCD4+), todos os usuários realizam seus exames. Em relação às respostas dos entrevistados, identificamos que 50% (15 usuários) realizam seus exames na própria unidade, as quais são: CF - 01, CF - 04, CF - 05, CF - 07, CF - 10.

O fluxo para acesso ao laboratório ocorre por meio da consulta médica ou com a enfermeira. De posse da solicitação dos exames, o paciente pode acessar o laboratório para fazer a coleta do seu material.

Como nem toda unidade de saúde tem laboratório com coleta de material, é feito o encaminhamento desse paciente para outro local de atendimento, preferencialmente no território onde residem, muitas vezes a unidade se localiza no mesmo bairro de residência do usuário. Os resultados dos exames são

¹³⁰ Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/sistema-de-informacao/sistema-de-controle-de-exames-laboratoriais-da-rede-nacional-de-contagem-de>>. Acesso em: 03 fev. 2022.

acessados por meio de um sistema do Ministério da Saúde, em que o usuário toma conhecimento dos seus resultados na própria consulta. Esse deslocamento para acessar laboratório e outros serviços em outras unidades de saúde configura os caminhos que o próprio usuário realiza na rede de atendimento em busca dos seus serviços de saúde.

Nessa pesquisa, foi identificado que 50% (15 usuários) realizam seus exames em outra unidade de saúde. Ainda com relação aos exames, de acordo com o protocolo clínico (2018), além dos exames de contagem de linfócitos TCD4+ e carga viral-HIV, outros parâmetros devem ser monitorados nas pessoas que vivem com HIV/AIDS. Um monitoramento mais frequente pode ser necessário quando o tratamento é iniciado ou alterado, ou caso o paciente desenvolva queixas e sintomas.

C) Acesso à farmácia para retirada de antirretroviral

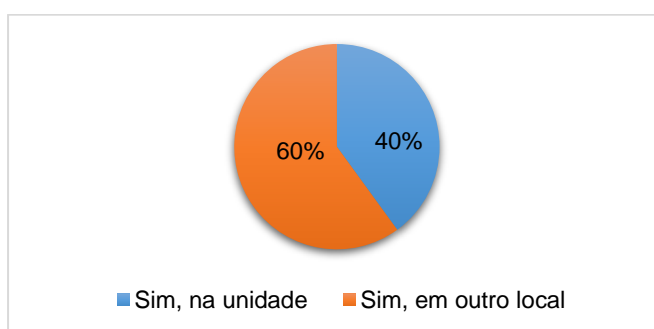


Figura 25 - Acesso à farmácia.
Fonte: Autoria própria, 2021.

De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos (2018, p. 89), do Ministério da Saúde, o tratamento de HIV por meio do uso de antirretrovirais é indicado para qualquer fase da doença.

Assim, o início imediato da terapia antirretroviral está recomendado para todas as pessoas que vivem com HIV/AIDS, independentemente do seu estágio clínico. O protocolo clínico (2018) orienta que o início precoce dos antirretrovirais considera, além dos claros benefícios relacionados à redução da morbimortalidade em pessoa que vive com HIV/AIDS, a diminuição da transmissão da infecção e, a disponibilidade de opções terapêuticas mais cômodas e bem toleradas.

Sabemos que os antirretrovirais impedem a multiplicação do vírus no

organismo, ajudando a evitar o enfraquecimento do sistema imunológico. Por isso, seu uso é fundamental para aumentar o tempo e a qualidade de vida de quem tem HIV/AIDS. Segundo o Ministério da Saúde (2022)¹³¹, estes medicamentos são fornecidos por meio das Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM) nos municípios, as quais são uma farmácia pública que dispensa medicamentos antirretrovirais para os pacientes. As UDMs fornecem medicamentos para o tratamento do HIV/AIDS e, recentemente, os medicamentos para tratamento de Hepatite B e Hepatite C.

O fluxo para acesso à medicação se dá utilizando formulário de solicitação de medicamentos antirretrovirais e receituário médico, além de documento de identidade. Por meio da consulta médica ou com a enfermeira, o paciente tem acesso ao formulário de solicitação de medicamentos antirretrovirais e receituário médico.

O instrumento utilizado para o controle das dispensações de antirretrovirais é o Formulário de Solicitação de Medicamentos e o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM).

No que se refere ao acesso à farmácia para retirada de antirretrovirais, todos os entrevistados têm esse acesso. Identificamos que 40% (12 usuários) retiram seus medicamentos na própria unidade de saúde. São estas: CF - 04, CF - 07, CF - 09, CF - 10. Já 60% (18 usuários) retiram seus remédios em outras unidades de saúde.

Esse movimento para acessar à Unidade Dispensadora de Medicamento demonstra os caminhos que o próprio usuário faz na rede de atendimento.

5.2.3.2.

Eixo de análise sobre os atendimentos: avaliação dos serviços, periodicidade das consultas, serviços utilizados, vínculo com o profissional

A) Avaliação dos serviços prestados para o tratamento

¹³¹ Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/faq/como-e-feita-distribuicao-dos-medicamentos-antirretrovirais-pessoas-vivendo-com-hiv-aids>> Acesso em: 03 fev. 2022.

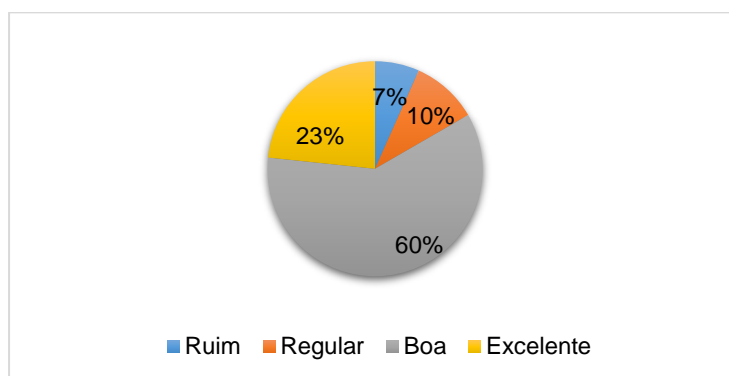


Figura 26 - Avaliação dos serviços.
Fonte: Autoria própria, 2021.

É importante frisar neste ponto que esta pesquisa não se trata de uma análise avaliativa. Porém, como buscamos informações de como o usuário identifica os serviços que tem acesso, julgamos importante identificar elementos que ele conseguisse considerar se os serviços acessados eram bons ou não.

No que concerne à avaliação dos serviços prestados para o tratamento de HIV/AIDS, identificamos que 60% (18 usuários) admitem que o serviço prestado é bom, 23% (7 usuários) dizem ser excelente, 10% (3 usuários) avaliam como regular, e 7% (2 usuários) dizem que o serviço oferecido é ruim. Nesse tópico, abordamos também as possíveis sugestões comentadas pelos pacientes acerca das possibilidades de melhoria dos serviços.

Dentre as principais respostas positivas referentes à avaliação dos serviços, encontramos:

Quadro 16 - Avaliação do serviço de saúde

USUÁRIO/A	RESPOSTA
Usuária 1	"Bom. Gosto dos médicos".
Usuária 2	"Bom. Estou bem de saúde. Não frequento muito a clínica da família. Pego remédio da pressão arterial, vou na farmácia. Exames bons. Carga viral indetectável".
Usuário 3	"Bom. Não tenho reclamação".
Usuário 4	"Bom. Temo sigilo. Há muito preconceito por parte das pessoas".
Usuário 7	"Bom. Acho que a unidade deveria encaminhar novo diagnóstico de HIV para Psicologia". Embora o usuário possa solicitar o serviço. Apesar de que os pacientes passam por uma triagem e seus nomes ficam numa fila de espera. Às vezes, o atendimento demora um pouco para acontecer.
Usuário 8	"Excelente. O tratamento é bom. Não tenho do que reclamar. Demora porque é SUS, mas as meninas não têm culpa. Tiro dúvida com a agente de saúde sobre o atendimento. Não tenho do que reclamar".
Usuário 9	"Bom. Médica boa, está dando receita. Encaminhou ao infectologista (não passou exames), e não fui bem atendido. Voltei para Clínica da Família. Porém, acho o tratamento de HIV com profissionais despreparados. Não tem espaço reservado. Não sabem dar resultado. A médica é atenciosa, os demais

	não são. A agente comunitária de saúde deu resultado de HIV na porta da minha casa com outros colegas agentes comunitários. Ficou chato. Mande todo mundo embora”.
Usuário 10	“Excelente. Sou bem atendido pelo médico”.
Usuário 13	“Boa. Atendimento muito bom. Não tenho sugestões para melhorias”.
Usuária 14	“Excelente. Não tive problema, tem tudo que precisa. Rapidamente sou atendida”.
Usuário 16	“Excelente. Médica boa. Atendente boa. Sugestão: dificuldade para marcar consulta com a médica. Profissionais sobrecarregados”.
Usuário 17	“Bom. Observo gentileza, rapidez”.
Usuário 18	“Excelente. Ótimo tratamento por parte dos profissionais”.
Usuária 24	“Bom. O único tratamento que pode ter é esse”.
Usuário 25	“Bom. Mas queria ser acompanhado por um infectologista. Preciso de acompanhamento amplo. Tenho doença renal (potencializada pelo uso de ARV). Queria acompanhamento preventivo por parte dos médicos”.
Usuário 27	“Bom. O atendimento demorava (mais de 24h para atendimento), mas melhorou”.
Usuário 28	“Acho bom. Gosto do atendimento. Estou com carga viral indetectável”.
Usuário 29	“Bom. Não tenho sugestão para melhorar. Gosto do atendimento. Só acho que a gestão do ex-prefeito Marcelo Crivella foi ruim. Faltava papel para imprimir resultado de exame, tinha que ver no computador”.
Usuária 30	“Bom. Mas acho que deveria ser atendida pelo médico”. A paciente alega que tem sido atendida apenas pela enfermeira.

Fonte: Autoria própria, 2021.

De um modo geral, a maioria dos pacientes reconhecem o serviço oferecido pela atenção básica de forma positiva, onde são atendidas suas necessidades, sem maiores dificuldades.

Dentre as principais respostas de insatisfação referentes à avaliação dos serviços, encontramos:

Quadro 17 - Avaliação negativa do serviço de saúde

USUÁRIO/A	RESPOSTA
Usuário 5	“Ruim, caiu muito a qualidade, após a gestão do ex-prefeito Marcelo Crivella”.
Usuário 6	“Regular. Como sugestão, acredito que tem que ter mais atenção. Acho os funcionários grosseiros. Tem que melhorar o atendimento”.
Usuário 11	“Ruim. Tenho dificuldade para marcar consulta”.
Usuário 12	“Regular. Sala de atendimento no meio do corredor, da passagem das pessoas. Fico constrangido”.
Usuária 26	“Regular. Participo da triagem. Não gosto de falar sobre o problema (HIV). Me sinto constrangida. Na triagem fazem muitas perguntas. Antes da pandemia não era assim. Através do atendimento da demanda espontânea, tem que renovar a receita. Acho burocrático. Invento doença para passar pela triagem, para ir à médica para renovar a receita”.

Fonte: Autoria própria, 2021.

Mesmo os serviços sendo bem avaliados pelos usuários, uma boa parte apresenta alguma queixa ou sugestão para melhorar tal dificuldade. Para os usuários que não gostam dos serviços ofertados, observamos que essa situação é ruim para o desempenho no tratamento, principalmente se a dificuldade se relacionar com agendamento de consultas e renovação das receitas. Observamos também que muitas questões se referem ao constrangimento ou vergonha em falar que faz tratamento de HIV no primeiro atendimento, ao chegar na unidade de saúde.

B) Os serviços e as ações de saúde acessados para o tratamento de HIV/AIDS na rede pública de atenção básica à saúde

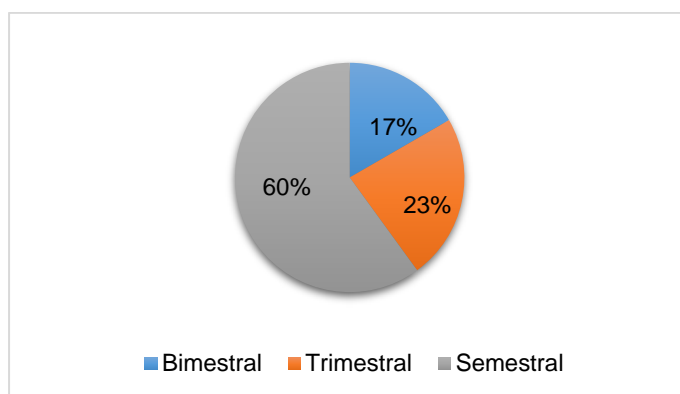


Figura 27 - Periodicidade dos atendimentos médicos.
Fonte: Autoria própria, 2021.

Conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos (2018, p. 68), do Ministério da Saúde, a periodicidade das consultas médicas deve adequar-se às condições clínicas da pessoa que vive com HIV/AIDS e à fase do tratamento. Após a introdução ou alteração da terapia antirretroviral, recomenda-se retorno entre sete e quinze dias para avaliar eventos adversos e dificuldades relacionadas à adesão. Em seguida, podem ainda ser necessários retornos mensais até a adaptação à terapia antirretroviral. Através das entrevistas, pude identificar que, minimamente, os médicos priorizam essas orientações no atendimento dos pacientes.

As pessoas que vivem com HIV/AIDS em terapia antirretroviral com quadro clínico estável poderão retornar para consultas em intervalos de até seis meses. Nesses casos, exames de controle também poderão ser realizados semestralmente, ou conforme avaliação e indicação. Ressalta-se que, nos intervalos entre as consultas médicas, a adesão deverá ser trabalhada por outros

profissionais da equipe multiprofissional, como nos momentos da retirada de medicamentos nas farmácias ou da realização de exames. Portanto, a pessoa que vive com HIV/AIDS em terapia antirretroviral com carga viral indetectável e assintomática terá consulta a cada seis meses. O paciente que iniciou o tratamento recentemente e está em adaptação da terapia antirretroviral terá sua consulta mensal/bimestral.

Em relação à periodicidade dos atendimentos médicos, identificamos, no gráfico acima, que 60% (18 usuários) têm consulta médica semestralmente, 23% (7 usuários) a cada trimestre, e 17% (5 usuários) bimestralmente.

No que diz respeito aos serviços e às ações de saúde que o usuário tem acesso relacionado ao tratamento de HIV/AIDS na unidade, questionamos acerca dos atendimentos de Psicologia, Enfermagem, Serviço Social e Nutricionista.

Em relação ao atendimento de Psicologia, 1 usuário relatou que já utilizou esse serviço e 29 alegaram que não solicitaram esse serviço. No que se refere ao atendimento com a Enfermeira, 8 pacientes já foram atendidos por essa profissional e, 22, não. Já em relação ao Serviço Social, 1 paciente já foi atendido pela assistente social na clínica da família e 29 não passaram por esse serviço. Com relação ao atendimento com a nutricionista, nas unidades de saúde pesquisadas não há este serviço.

Os entrevistados comentaram acerca desses atendimentos:

Quadro 18 - Comentários acerca das ações em saúde

USUÁRIO/A	RESPOSTA
Usuária 1	"Tento atendimento de demanda espontânea. Agendo a consulta médica para a questão do HIV a cada seis meses, mas tenho dificuldade no agendamento. Sou atendida pela enfermeira, quando a unidade está sem médico. Não recebo atendimento da psicologia e nem do serviço social. Não há nutricionista na unidade".
Usuária 2	"A consulta acontece a cada quatro meses. Renovo receita. Consulta só quando precisa. Para algumas questões de saúde, uso médico particular. Pago consulta. Não recebo atendimento da psicologia, da enfermagem e nem do serviço social".
Usuário 3	"Tenho consulta a cada três meses. Renovo receita. Não recebo atendimento da psicologia, da enfermagem e nem do serviço social. Estou com carga viral indetectável".
Usuário 4	"Estou com carga viral indetectável. Minha consulta é semestral. Renovo receita. Não tem atendimento com enfermagem, não tenho tempo para fazer acompanhamento com psicóloga. O SISREG é ruim e demora no atendimento".
Usuário 5	"Quando consigo consulta, ela acontece trimestralmente. Não tive consulta com enfermeira, psicóloga e nem assistente social".
Usuário 6	"Na consulta com o médico, já marco o retorno da próxima consulta. Minha consulta é trimestral. Não consigo marcar psicóloga. Não tive atendimento com enfermeira e nem com assistente social".

Usuário 8	"A consulta médica é semestral. Renovo receita. Recebo solicitação para fazer exame de carga viral. Consulta, se sentir algo ou dúvida. Acho que não precisa ter mais consulta. Não sou atendido pela enfermagem, psicologia e nem assistente social. Estou aguardando marcação de consulta com a psicóloga".
Usuário 9	"A consulta médica trimestral (as primeiras foram, mas atualmente, estou sem consulta). Renovo receita. Não sou atendido pela enfermagem, psicologia e nem assistente social".
Usuário 12	"A consulta acontece bimestralmente (quando conseguia marcar). Não tem atendimento na enfermagem e nem na psicologia. Já fui atendido pelo serviço social uma vez para renovação do RioCard ¹³² . Tenho dificuldade de locomoção".
Usuário 11	"Quando consigo marcar consulta, acontece semestralmente".
Usuário 13	"Consulta semestral (médico e enfermeira). Não sou atendido pela psicóloga e nem assistente social".
Usuária 14	"Consulta médica semestral. Sou atendida pela enfermeira (são atenciosas e tiram dúvidas). Já fiz acompanhamento com psicóloga, mas já recebi alta. Não fui atendida pela assistente social".
Usuário 18	"Consulta médica semestral. Estou com carga viral indetectável. Recebo receita médica para 180 dias. Sou atendido pela enfermeira também (para ver outras questões de saúde). Não tenho consulta com psicóloga e nem com assistente social".
Usuário 16	"Consulta médica semestral, por estar com carga viral indetectável. Não tenho consulta com enfermeira, psicóloga e nem com assistente social".
Usuária 23	"Consulta médica semestral. Tenho consulta com enfermeira também. Fiz acompanhamento com psicóloga, mas a profissional saiu da unidade. Entrou outra psicóloga, mas não gostei do atendimento".
Usuário 22	"Não tenho consulta com a enfermeira (sem demanda e não houve oferta desse serviço), não tenho consulta com psicóloga".
Usuário 25	"Antes da pandemia, tinha consulta médica a cada seis meses. O médico examinava, pedia outros exames. Estou há mais de um ano sem consulta. Não passo pela enfermagem, nem psicologia e nem serviço social".
Usuária 26	"Consulta bimestralmente. Não passo pela enfermagem, nem psicologia e nem serviço social".
Usuária 30	"Consulta médica só se tiver demanda. Tenho consulta com enfermeira semestralmente. Retiro solicitação de exame e renovo receita médica. Carga viral indetectável".
Usuário 29	"Consulta médica e de enfermagem é trimestralmente. Alternam. A enfermeira faz exame de PPD (derivado proteico purificado) ¹³³ e atende através de uma consulta ampla".
Usuário 28	"No início, a consulta com o médico acontecia trimestralmente. Tive uma consulta com o enfermeiro, inicialmente (fazia parte do fluxo do atendimento). Achei o atendimento bom, conversamos bastante. Não fui atendido pela assistente social. Marquei uma consulta com a psicóloga, mas não consegui ir".

Fonte: Autoria própria, 2021.

¹³² O RioCard especial é um benefício do transporte que funciona no município do Rio de Janeiro para acesso ao transporte com gratuidade para pessoas com deficiência ou pacientes em tratamento de doenças crônicas, como o HIV.

¹³³ O PPD é o exame de triagem padrão para identificar a presença de infecção pela *Mycobacterium tuberculosis* e, assim, auxiliar o diagnóstico da tuberculose. Disponível em: <<https://www.tuasaude.com/ppd-exame-da-tuberculose/>>. Acesso em: 06 dez. 2021.

O fluxo para acesso às consultas acontece mediante agendamento (após cada consulta, o médico já deixa a próxima marcada), por demanda espontânea (o usuário comparece à unidade de saúde e solicita uma consulta com seu médico), por meio de agendamento com a agente comunitária de saúde (quando o paciente não tem resistência em divulgar seu diagnóstico).

A proposta da descentralização do tratamento de HIV/AIDS não traz somente acesso, mas também questões que precisam ser reveladas, como a organização da periodicidade dos atendimentos. Há muitas influências que alteram esse fluxo, como a falta de médico, o aumento de demandas para atendimento na unidade, dentre outras.

O Serviço de Assistência Especializada (SAE) tem como recomendação o atendimento ao paciente que trata o HIV/AIDS por meio de uma equipe multidisciplinar (médico, enfermeira, assistente social, psicóloga e nutricionista). Não é a mesma orientação para a atenção básica, pois, nas unidades de saúde, há o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)¹³⁴ para atendimento de demandas do serviço social e psicologia. Nas unidades visitadas, a equipe do NASF atende (na própria unidade) entre uma ou duas vezes na semana. Quando não há o NASF na Clínica da Família, o paciente é encaminhado para outra unidade onde há esse atendimento.

C) Importância do vínculo profissional-paciente

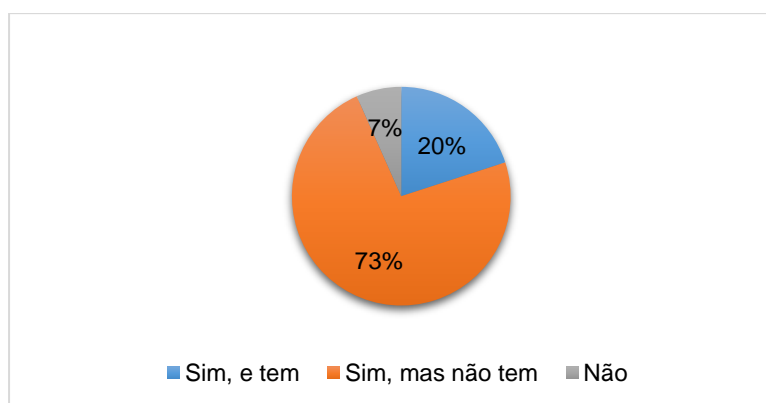


Figura 28 - Importância do vínculo com profissional.
Fonte: Autoria própria, 2021.

¹³⁴ O Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) foi criado pelo Ministério da Saúde em 2008 com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações, configurando-se como equipes multiprofissionais. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/ape/nasf>>. Acesso em: 06 dez. 2021.

Com relação à importância do vínculo entre o profissional responsável pelo atendimento de HIV (no contexto da Clínica da Família é o médico) e o paciente, a maioria dos entrevistados concordam que essa relação é importante. Contudo, infelizmente, nem todos possuem esse vínculo estabelecido. 73% (22 usuários) afirmaram que é importante ter um vínculo sólido com o médico, mas eles não têm.

20% (6 usuários) concordam com a importância do vínculo com o médico e possuem esse vínculo com seu médico. Eles comentam que isso facilita o tratamento e a adesão.

Por fim, 7% (2 usuários) acham que esse vínculo não é necessário e não vêm dificuldade em tratar-se com um profissional que não estabeleça vínculo com eles ou se precisar trocar de médico também não há problema.

Como nos diz Zambenedetti (2014, p. 61), a noção de cadastramento de usuários soma-se a ideia de vínculo, pela qual se entende “a constituição de referências do usuário com os profissionais que deverão responsabilizar-se do cuidado de sua clientela”. Consequentemente, o estabelecimento do vínculo é importante também para o profissional, facilitando seu trabalho e o conhecimento do paciente e suas necessidades.

O que os entrevistados falaram sobre essa questão:

Quadro 19 - Vínculo com o profissional

USUÁRIO/A	RESPOSTA
Usuária 2	“Prefiro a mesma médica porque já conhece o problema. Não preciso falar a mesma coisa. Já procuro a médica”.
Usuário 4	“Acho importante o vínculo com o profissional. Converso com amigos que são “soro”. Poxa, a gente fica com o mesmo médico e vem outro. Você ter que falar tudo de novo. É ruim vem o médico cru. Ter que falar tudo.... Não sei quantos médicos já passei. Foram muitos. Fica nesse troca-troca. Não pode reclamar. Vai fazer o quê? Já troquei de unidade porque a anterior não tinha médico”.
Usuário 5	“Acho o vínculo essencial, pois o tratamento de saúde não é só técnico. Mas, ao mesmo tempo, acho que não existe vínculo. Já fui bem tratado pelo médico”.
Usuário 7	“Já mudei de médico. Não vejo diferença mudar de médico, não faço questão de privacidade. Sempre sou bem atendido”.
Usuário 9	“Sim, procuro a médica para tudo. Atendimento, orientação e encaminhamento. Não chamam o paciente para atendimento. Consulta ruim, incompleta. Não fiz exame”.
Usuário 8	“Tem que ter um médico só por paciente. Ficar trocando é como se começasse tudo de novo. Não lembro de coisas antigas para explicar tudo de novo. Perde conexão. Tem que criar vínculo e confiança. Quando troca, tem que conquistar a confiança de novo. Fico com vergonha. Tem médico que tem preconceito”.

Usuário 10	"Prefiro o mesmo médico porque conheço e tenho mais liberdade para falar".
Usuário 12	"Acho fundamental ter respaldo. Consegui passar pela fase da pandemia bem. A gente precisa gostar do contato com médico".
Usuária 1	"Acho ruim mudar de médico. Falar pra um e pra outro. Volto na unidade e é outro médico. Bom ser o mesmo médico para poder pedir o laudo e a médica já sabe do que se trata. Facilita".
Usuário 6	"Não gosto de mudar de médico. Tive uma boa médica. Sinto falta dela. Não tenho segurança no atual médico. Tiro dúvida com a antiga médica".
Usuário 11	"Médico diferente é ruim. Tratamento vago. Acho importante o vínculo com o profissional. Sem o vínculo, me sinto só. O médico novo não sabe do histórico".
Usuária 14	"Sim. Prefiro a mesma médica. Nunca consegui isso. Sempre mudam o médico. Não gosto. Médico que conhece o histórico para não repetir a mesma história. Assunto delicado, constrangedor".
Usuário 19	"É muito importante. É vital. Confiança no médico. Se torna amigo do médico".
Usuário 21	"Gosto da relação com meu médico, não tenho do que reclamar. Gosto das enfermeiras também".
Usuários 20 e 25	"Sim, com certeza. Boa relação. Acho bom".
Usuário 16	"Vim transferido do Centro Municipal de Saúde Carmela Dutra. Não atendem mais paciente de HIV neste centro municipal de saúde. Acho importante o vínculo com o profissional. Valorizo a amizade. Quando testei, foi difícil receber o diagnóstico".
Usuário 16	"Vínculo é bom. Nesses três anos que me trato, sou atendido pelas mesmas pessoas. Criei vínculo de amizade".
Usuária 24	"Gostaria de ficar com um médico só. Já acostumei, mas, às vezes, a Clínica da Família muda de médico".
Usuário 29	"Quando acostuma com o médico, há a troca. Acho chato. Acho complicado".
Usuária 30	"Acho importante. Porém, muda muito de médico na Clínica da Família. Atualmente, estou sendo acompanhada pela enfermeira. Registra no sistema. O enfermeiro vê".
Usuária 26	"Acho importante o vínculo. Médica boa. A médica faz tudo para ajudar. Esclarece dúvidas. Tempo de consulta de 40 minutos. Acho difícil ter que trocar de médico. É difícil abrir a intimidade para a pessoa. Quando abre, deposita confiança na pessoa. Quando troca de médico, é baque porque tem que falar tudo para nova pessoa".
Usuário 28	"Tenho bom relacionamento com a equipe. Porém, o médico que me deu o diagnóstico não falou de forma acolhedora. Acho que deve ter forma melhor de abordar. Achei agressivo para dar o resultado de HIV. Mas o atendimento é bom".

Fonte: Autoria própria, 2021.

Essas experiências, no entanto, demonstram desenhos bastante singulares e diversos, como pode ser percebido nos relatos. Cada relato revelando os sentimentos e as vivências dos usuários nesse processo.

Seis entrevistados relataram que acham importante o vínculo com o profissional, porém não vê a falta de vínculo como dificuldade para o tratamento.

Quadro 20 - Comentários sobre o vínculo com o profissional

USUÁRIO/A	RESPOSTA
Usuário 3	"Não vejo problema em mudar de médico. Ter a mesma médica é bom por conhecer o paciente, mas o importante é ser atendido".
Usuário 13	"Sim, mas não me importo em mudar de médica".
Usuário 17	"Sim, com conversa íntima. Já morei em vários estados e já mudei muito de médico. Não tenho expectativa. Carga viral indetectável. Sou cuidador de idosos".
Usuário 22	"Já passei por vários médicos, inclusive através de plano de saúde. Não vejo dificuldade em não ter vínculo".
Usuária 23	"Sempre mudo de médico, mas o acompanhamento é o mesmo. Não tenho do que me queixar até hoje".
Usuário 27	"Já mudei de médico duas vezes. Acho tranquilo".

Fonte: Autoria própria, 2021.

Um dos desafios da proposta da descentralização do tratamento de HIV/AIDS é justamente a questão do vínculo do paciente com o profissional na atenção básica. Infelizmente, muitos profissionais na atenção básica têm um vínculo precarizado, através de contrato de trabalho, o que, às vezes, encurta o seu tempo de serviço na unidade. Provoca-se, dessa maneira, o encerramento precoce do vínculo com o paciente.

Avaliações do desempenho geral da atenção primária no Brasil mostram falta de médicos e de equipes multiprofissionais, terceirizações e formas precárias de contratação de pessoal que geram alta rotatividade de profissionais, carência de infraestrutura e modelo de atenção centrado em atendimento de demandas agudas. No plano da atenção a Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e AIDS, a atenção primária apresentou insuficiências importantes no controle da transmissão vertical da sífilis e na expansão da oferta do diagnóstico do HIV para grupos mais vulneráveis (ABIA, 2016, p. 37).

O que se vive na atenção básica à saúde atualmente é o sucateamento dos serviços e uma intensificação da precarização do trabalho. Atrasos salariais e demissões em massa. Extinção de equipes de saúde da família, vínculo empregatício precário (através de contrato com organização social), adoecimento e sofrimento pelo trabalho pelos profissionais.

Esse problema é comum em toda a rede pública de saúde, já que é grande a rotatividade de médicos, sobretudo especialistas e, há dificuldade de contratação e reposição de novos profissionais.

É importante ressaltar que o vínculo de trabalho desses profissionais, por meio de contratos precarizados realizados pelas organizações sociais provoca,

muitas vezes, a descontinuidade do tratamento, pois o profissional que o paciente cria vínculo acaba saindo da unidade de saúde e obrigando o usuário a fazer um novo vínculo com outro profissional. Trata-se de doença crônica e a pessoa que tem HIV/AIDS estará sempre em acompanhamento, tendo que relatar suas questões sobre o tratamento e sobre sua sexualidade para todo profissional que for atendê-la.

Assim, através do debate da importância do vínculo profissional-paciente, foi possível identificar lacunas e acertos nos atendimentos sobre a descentralização do tratamento às pessoas que vivem com HIV/AIDS, em que cada usuário coloca sua experiência e vivência dessa situação.

5.2.3.3.

Eixo de análise sobre a vivência do HIV/AIDS: viver com HIV/AIDS, atividades de promoção da saúde

A) Viver com HIV/AIDS

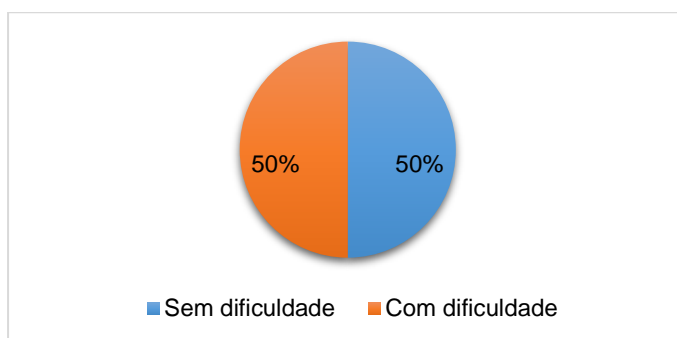


Figura 29 - Viver com HIV/AIDS.
Fonte: Autoria própria, 2021.

No que se refere a como é viver com HIV/AIDS, bem como quais as dificuldades enfrentadas por estar em tratamento de HIV/AIDS, metade (50% ou 15 usuários) dos entrevistados afirmaram que não encontram dificuldade e a outra metade (50% ou 15 usuários) informou que se depara com inúmeras dificuldades por serem pessoas com HIV.

É perceptível a heterogeneidade dos resultados encontrados. Ressaltamos que os usuários não são iguais, por isso é tão importante buscar o porquê das respostas tão diferentes.

Dentre as principais respostas relatando que não há dificuldades, temos:

Quadro 21 - Viver com HIV/AIDS

USUÁRIO/A	RESPOSTA
Usuária 2	"Sou tranquila. Não sou de estar com um e com outro. Meu marido faleceu de AIDS depois que teve sintoma e testou. Cuido da família. Estou bem. Faço academia. Me cuido mais. Tomo remédio, não sinto nada. Guardo o sigilo".
Usuária 1	"Não tenho vergonha, falo mesmo. Tomo os remédios. Há muito preconceito no Brasil. Pela doença e pela cor (o racismo). A gente pensa que acabou, mas não acabou. Nós que somos pobres e negros, a gente tem que rezar, entregar nas mãos de Deus e continuar lutando".
Usuário 7	"É tranquilo. Até quando descobri, comecei a cuidar mais da saúde, tomei mais consciência das coisas. A única coisa que mudou foi ter que ir ao médico e tomar antirretroviral. Em relação à questão sexual, eu me cuido. Quando começo a namorar, sou sincero, conto o diagnóstico. Até esqueço que tenho HIV, às vezes".
Usuário 3	"Fiquei deprimido, mas depois refleti que a vida continua".
Usuário 10	"É difícil no começo, mas depois acostuma. Nunca tive problema. Nem quando soube, nem pra tomar o remédio. Já tomei 22 comprimidos por dia. Hoje, tomo 5. Não tenho enjoo".
Usuária 15	"Me assustei no início, mas através do tratamento, me acostumei".
Usuária 14	"Agora é mais tranquilo. Mas foi bem difícil porque não absorvia muito bem. Tinha medo, vergonha. Mas já consigo lidar melhor, sem constrangimento. Pesquiso mais. Sei mais sobre transmissão. Me cuido mais. Quando estou bem (psicologicamente falando), falo sobre o assunto. Tomo remédio direito. Tenho apoio da família. Aceitei melhor com o apoio da família".
Usuário 18	"A partir do momento que passei a me tratar, não tenho dificuldade. Sou persistente com o tratamento. Tomo sempre os remédios. Possuo carga viral indetectável há tempos. O desenvolvimento da doença depende da responsabilidade de cada um".
Usuário 17	"Não mudei a vida. Não atrapalha. Temo contar para alguém. Aceito bem o diagnóstico".
Usuária 30	"Inicialmente, fiquei revoltada. Não aceitei. Hoje estou acostumada. Tomo os remédios".
Usuário 28	"Acho ruim ficar falando disso, procuro esquecer. Tomo remédio e esqueço ao longo do dia. Foi um baque grande. Pesquisei na internet, conversei com pessoas que têm. Fiquei mais tranquilo". (Chorou durante a entrevista).
Usuário 19	"Fiquei sabendo que tinha HIV/AIDS através de doação sanguínea. Não acreditava porque pensava não sou promíscuo, não bebo, não fumo, não participava de festinhas, não sei como me contaminei, não usava drogas. No início, foi complicado. Tomava antirretroviral que tinha que ficar na geladeira. Difícil. Tomava remédio escondido no trabalho. Tinha medo de rejeição. Mas penso que tenho que encarar. Esquecia o remédio em casa (quando viajava, quando saía para trabalhar). Fico na minha, sou discreto. Tenho amigos que tinham HIV e que vieram a óbito. Tinha medo da morte. Nunca me internei pelo HIV. Acho que me comporto bem. Me acalmava. Tenho angústia por não dividir com ninguém. Ia a palestras como ouvinte, mesmo já tendo HIV/AIDS. Me informava. Participava de reuniões sobre HIV/AIDS, isso ajudou muito".
Usuário 21	"Quando descobri, entrei em pânico. Chorei, me desesperei. Depois me acalmei e pensei que não morreria de AIDS. Tomo os remédios direitinho. Nem lembro que tenho o vírus. Nunca me internei pelo HIV/AIDS. Me adaptei bem ao esquema antirretroviral".
Usuário 20	"Não tenho dificuldade. No início, tinha desconfiança. No trabalho também. De alguém descobrir que tem o vírus e faz tratamento. Ficava com medo. Mas me adaptei bem ao tratamento, nunca adoeci, não tenho problema com isso. Fiquei triste, mas foi só no início".

Usuário 22	“Com o tempo, acostuma. É complicado porque o tratamento é sigiloso. Ter que arrumar uma forma de se ausentar para fazer exame, para ir à consulta. Sempre tive acesso ao antirretroviral. Acho a tomada de medicação simples. Guardo sigilo no trabalho”.
Usuária 24	“Não vejo dificuldade. No começo, não queria tomar remédio, mas tomo. Minha irmã me apoia também”.
Usuária 23	“É normal, como uma pessoa normal. No início, tive dificuldade de aceitar. Hoje, me sinto bem. Tenho 90kg. Você olha e não fala. Pesquisei sobre a doença. Levo vida normal, vou à praia, churrasco, participo de eventos. Me previno e falo, quando tenho parceiro. Com bom acompanhamento, se consegue viver. Fazia acompanhamento com floral, reiki e auriculoterapia. Participava de atividades na ONG Grupo Pela Vidda – me ajudou muito. Participava das reuniões de mulheres que falavam das suas vidas. Relatos. Histórias de tomada de medicação, abandono de tratamento. Ajudou muito, incentivou muito. Mostrou como não se pega HIV. Grupo muito interessante. Pessoas com vinte anos de diagnóstico e vivem bem. Palestras, reuniões”.

Fonte: Autoria própria, 2021.

É importante os pacientes perceberem o que mudou na vida deles após a descoberta da infecção e como enfrentaram as adversidades que surgiram em função do tratamento. Como eles se reconhecem nesse processo e como seguiram seus objetivos adiante, com responsabilidade com o tratamento.

Dentre as principais respostas relatando as dificuldades, temos:

Quadro 22 - Dificuldades para viver com HIV/AIDS

USUÁRIO/A	RESPOSTA
Usuário 6	“Pensava em doar sangue. Hoje, não posso. Às vezes, me vejo abalado com a situação. Tenho que tomar medicação. Mexeu no psicológico. Levo vida normal, mas também não é fácil passar na situação”.
Usuário 5	“Mudam as responsabilidades. Tem que ter atenção ao tomar medicação. Tenho receio de comentar com as pessoas. Viajo e tenho que levar medicamento e ninguém pode ver tomando. Medo de pegar doenças, principalmente a COVID-19 porque a saúde já é fragilizada”.
Usuário 4	“Remeti a Cazuza (imagem emagrecida) quando recebi o diagnóstico. Em 2008, fiquei internado durante um ano. Fiquei isolado, tive insuficiência cardíaca, anemia crônica, tuberculose. Surtei. Achava que iria morrer. Fiquei com 68% do corpo queimado por reação alérgica da injeção. Nessa época, iniciei o tratamento de HIV/AIDS. Mudou minha vida. Fiquei muito fechado, recluso, receoso com as pessoas. Atualmente, vivo normal, como se não tivesse HIV/AIDS. Às vezes, esqueço. Como se tivesse um muro. Converso com amigos. Eles dizem que aconteceu... Tranquilo para tomar remédio. Paranoia quando me corto no trabalho (sou cozinheiro). Diagnóstico sigiloso no trabalho”.
Usuário 9	“Não tomei vacina da COVID-19. Foi negado. Pra mim, é horrível. Não consegui lidar com isso. Evito relação com as pessoas. Não quero falar do diagnóstico. Me fechei muito, bastante. Bagunçou minha cabeça. Eu estava prestes a casar, minha relação acabou e eu fui viver a vida. Estudava gastronomia (tranquei). Tive depressão. As pessoas comentam na rua. Tenho vergonha. Casal sorodiscordante (quando uma pessoa tem o vírus e a outra, não) é difícil. Quem está infectado, quer infectar. O problema não é a doença, são as pessoas”.
Usuário 8	“Pergunta difícil. Hoje em dia, aceito mais. Antes, estava em frangalhos. Estou sem relação há quatro anos. Preocupado com a aceitação das pessoas. Difícil pra mim. Fui vendo, após pesquisas na internet, e comecei a perceber que essa doença não é tudo isso. Não estamos mais nos anos oitenta. Esperança na vacina. Não é o fim do mundo. É controlável. Tem que ser debatido. Não só no

	carnaval e em dezembro. Parece que as pessoas não se contaminam nos outros meses. É importante falar na escola. Comentar sobre formas de infecção. Acho que falta informação. Visão oitentista atrapalha o paciente, o tratamento. Tenho psicológico abalado, com autoestima baixa”.
Usuário 12	“Minha vida mudou muito. Na época quando aconteceu, trabalhava na Varig. Bateu depressão depois do diagnóstico. Sou tímido. Depois da separação do casamento, fiquei muito só. A família da ex-esposa era minha família. Sou do Mato Grosso do Sul. Trabalhava com aviação. Morei em vários estados”.
Usuário 13	“Ruim. Tenho efeitos colaterais. Não tenho vida normal”.
Usuário 11	“Sinto muito cansaço nas pernas. Tomo remédio para depressão. Minha vida mudou completamente. No início, foi horrível. Eu era jovem, anos oitenta. Morreu muita gente. Fiz teste no HUPE. A médica parabenizou quem estava negativo. Parece que foi sentença de morte pra mim. Fazia tratamento no Hospital Gaffrée e Guinle, mas não tomava o antirretroviral direito. Tive vontade suicida. Bebi, me droguei. Achava que iria morrer. Aos trinta anos, despertei. Fui me tratar melhor. Parei com bebida e droga. Sempre sozinho. Segui em frente. Acreditei em Deus. Achava que iria morrer. Na época, minha irmã estava grávida. Eu achava que não iria ver minha sobrinha. Não tive AIDS. Como tenho medo de alguma pessoa descobrir o vírus, me isolei. Aos trinta anos, entrei para Igreja. As mulheres queriam casar comigo. Mesmo eu com HIV e sendo homossexual, casei com uma mulher da Igreja (o casamento durou oito anos). Porém, eu não conseguia ter relação sexual com minha ex-esposa. Não me sentia atraído. Tinha medo de ser discriminado na Igreja. Todos sabiam (a questão de ser homossexual e ter HIV/AIDS). Ouvi pregação que homossexual iria para o inferno. Lutei contra a homossexualidade. Tentei me matar. Pessoas comentavam, eu sentia o preconceito e, ao mesmo tempo, a esperança na cura. Me frustrei porque não consegui a cura. Parei de tomar o remédio, adoeci e voltei ao tratamento. Há um conflito religioso. Aos dezesseis anos, meu pai me colocou pra fora de casa. Morei na casa de amigos. Na rua, fizeram sexo comigo e fui infectado pelo HIV/AIDS. Eu estava assustado, não sabia o que era sexo, como fazer a prevenção”.
Usuário 16	“Me sinto triste e preocupado com o emprego porque preciso manter o sigilo. Evito qualquer situação de discriminação”.
Usuário 29	“É difícil. Complicado, principalmente pelo preconceito. Acho tranquilo tomar antirretroviral. Minha carga viral está indetectável”.
Usuária 26	“É difícil. Até hoje não entendo bem os planos de Deus. Aceito mais, hoje em dia. Vejo que não é o bicho de sete cabeças que todos falam. Quando paro o tratamento, meu corpo reage. Fico com nódulos, dores, febre. Então, não posso ficar sem remédio. Meu corpo reage e volto a me tratar”.
Usuário 25	“Não é fácil, mesmo o tratamento sendo eficaz. Tenho limite no comportamento (cuidadoso, paranoico, prevenido). Acho o tratamento eficaz”.
Usuário 27	“É difícil, complicado. Nunca tive esse problema. Procurei. Sou diabético”.

Fonte: Autoria própria, 2021.

Já esse grupo de pacientes, por algum motivo, apresentou mais dificuldades em lidar com o diagnóstico e enfrentar as dificuldades que se referem ao fato de terem HIV.

O eixo de análise “viver com HIV/AIDS” se apresentou mais focado na perspectiva dos usuários, em que eles situam toda sua experiência e vivência com o tratamento de HIV/AIDS e como se relacionam com os desdobramentos pelo fato de terem HIV/AIDS.

Essa vivência se relaciona em vários espaços: família, trabalho, comunidade. Por meio da identificação do vínculo nas falas, percebemos como se estruturam essas relações.

Viver com HIV/AIDS no município do Rio de Janeiro se relaciona com os territórios e a violência urbana nesses locais. Dependendo de como estiver posta a conjuntura, pode haver dificuldade em acessar o tratamento, garantir o sigilo do diagnóstico e frequentar a unidade de saúde do local. Dessa forma, vemos que a violência armada repercute no trabalho de prevenção, testagem e acompanhamento (há muitos relatos de usuário de HIV/AIDS sendo ameaçados e/ou expulsos do território pelo tráfico ou milícia). Portanto, a descentralização dificulta para muitas pessoas que precisam tratar-se no seu território de moradia e que não podem se expor. Há vários motivos, dentre eles, a violência, por exemplo.

Assim, em muitos casos, o medo do diagnóstico de HIV/AIDS se relaciona com a questão moral e o risco de vida, principalmente em territórios violentos (por meio do tráfico de drogas e da milícia) do município do Rio de Janeiro. Em geral, o segmento de classe mais pobre que ficou mais exposto com a patologia. Portanto, mesmo esse aspecto indo além das questões subjetivas, identificamos que se relacionam entre si.

B) Atividade de promoção da saúde para a pessoa que vive com HIV/AIDS

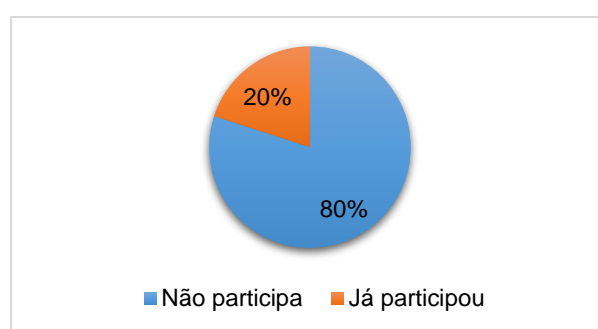


Figura 30 - Atividades de promoção da saúde.
Fonte: Autoria própria, 2021.

No tocante à participação de alguma atividade de promoção de saúde para pessoa que vive com HIV/AIDS, atualmente, nenhum entrevistado está participando. Como quantitativo, temos 80% (24 usuários). Alguns justificaram alegando o cenário pandêmico, falta de tempo devido ao trabalho, questões

relacionadas ao sigilo, a unidade de saúde que não está oferecendo atividade, e/ou não conhece outros locais que ofereçam atividade.

Alguns usuários já participaram dessas atividades, apenas 20% (6 usuários), mas alegaram que não foi na unidade de saúde e, sim, em outros locais.

Os usuários que já participaram dessas atividades responderam que:

Quadro 23 - Participação em atividades de promoção da saúde

USUÁRIO/A	RESPOSTA
Usuária 1	"Já participei de palestras sobre tuberculose e sobre HIV/AIDS".
Usuário 21	"Já participei no início do tratamento. Hoje não participo mais".
Usuário 20	"Já participei no início do tratamento. Mas tinha dificuldade por causa do trabalho".
Usuário 4	"Não. Nunca fui. Não sei se na unidade tem atividade para HIV/AIDS. Já frequentei atividades no Grupo Pela Vidda (reunião e roda de conversa). Acho que deveria divulgar mais a questão das ONGs para HIV/AIDS. Grupo do WhatsApp para HIV/AIDS. Conversam sobre tudo. Pessoas deprimidas, diagnóstico recente. Tenho muitos amigos com HIV/AIDS e são solidários, conversam. Participava do Projeto de Academia da UERJ para quem tem HIV/AIDS. As atividades pararam com a pandemia".
Usuário 7	"Não participei na unidade. Mas já fui voluntário, através da empresa, na ONG Grupo Pela Vidda. Participava de reunião, grupos de reflexão, capacitações e eventos da ONG. Antes da pandemia. Eu gostava porque tirava muitas dúvidas, convivía com outras pessoas em tratamento de HIV/AIDS também".

Fonte: Autoria própria, 2021.

Esses usuários comentaram como foi importante essa experiência, onde puderam se aprofundar no tema, conhecer outras pessoas que vivem com HIV/AIDS e serem livres nesses espaços quanto ao seu diagnóstico.

Já os usuários que não participam dessas atividades alegaram que:

Quadro 24 - Não participação em atividades de promoção da saúde

USUÁRIO/A	RESPOSTA
Usuário 9	"Não. Acho que não tem na unidade".
Usuário 16	"Não. Não tenho tempo por causa do trabalho".
Usuário 12	"Não. Tenho dificuldade de locomoção".
Usuário 25	"Não. Mas desejo ser voluntário de instituições para esta causa".
Usuário 29	"Não. Pego preservativo na Clínica da Família. Não tem essas atividades na unidade".

Fonte: Autoria própria, 2021.

Sabemos que, desde o início da epidemia, as ONGs exerceram um papel de pressão e colaboração nas políticas públicas de HIV/AIDS. No enfrentamento desta epidemia, o incentivo dessas organizações foi fundamental para o controle

da epidemiológico e a implementação de políticas públicas. Logo, identificamos um suporte das ONGs para o movimento político e luta coletiva. A busca é por mais direitos e menos preconceito.

Passarelli (2003, p. 269) nos chama a atenção para a participação das ONGs na atuação em HIV/AIDS, informando-nos que é importante olharmos para um dos principais diferenciais da resposta brasileira, quando comparada com outros países que também receberam recursos do Banco Mundial: a participação de ONGs, não só na execução do projeto, como também na sua elaboração.

Essa vivência de atividades voltadas para o HIV/AIDS não se faz sozinha, pois é fruto da luta política e do coletivo. Hoje se esvaziou e dificultou muito e foi perceptível com as entrevistas, como que ficou difícil fazer essa troca no momento pandêmico. Dessa forma, é preciso retomar a defesa de lutas coletivas não só para garantir o tratamento medicamentoso, mas da maneira de viver com HIV/AIDS independente do lugar em que se vive, como nos territórios, no trabalho, na família, na sociedade.

5.3.

Dados dos médicos das unidades de saúde

5.3.1.

Dados profissionais dos médicos das unidades de saúde

Como orientação, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (2017) recomenda que as equipes deverão ser compostas minimamente por médicos, preferencialmente, da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente, especialista em saúde da família e técnicos de enfermagem. Poderão agregar outros profissionais, como dentistas, auxiliares de saúde bucal e/ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate a endemias.

Como atribuição específica para o profissional médico, a PNAB (2017) informa as seguintes: realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários; realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe; encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção; e exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Quanto aos participantes da pesquisa, do total de dez médicos, oito são do sexo feminino e dois do sexo masculino.

A) Especialização profissional dos médicos

Quadro 25 - Especialização profissional dos médicos

Resposta		Quantitativo
Residentes em medicina de família e comunidade	-	2
Residência médica	Dermatologia	1
	Residência em medicina de família e comunidade	6
Não tem residência médica	-	1
TOTAL		10

Fonte: Autoria própria, 2021.

Os médicos que atuam nas unidades básicas de saúde, em sua maioria, possuem Residência em medicina de família e comunidade. Na nossa pesquisa, identificamos seis médicos que fizeram essa Residência. Duas médicas ainda estão cursando a Residência em medicina de família (estão no último ano). Uma médica está finalizando a Residência em Dermatologia e uma médica não possui Residência médica.

B) Tempo de serviço na atenção básica e na unidade de saúde pesquisada

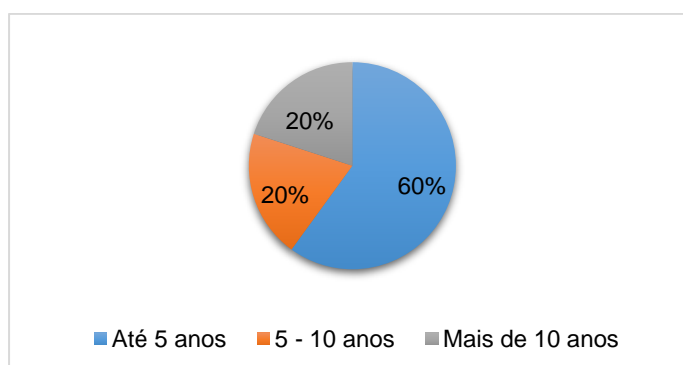


Figura 31 - Tempo de serviço na atenção básica.

Fonte: Autoria própria, 2021.

No que se refere ao tempo em que os médicos estão em atividade na atenção básica de saúde, 60% (6 médicos) têm até 5 anos de atuação, 20% (2

médicos) trabalham entre cinco e 10 anos, e 20% (2 médicos) têm mais de 10 anos.

Já em relação ao tempo desses médicos na unidade, a figura abaixo revela que 80% (8 médicos) têm até 5 anos de atuação na unidade e 20% (2 médicos) atuam na unidade há mais de 10 anos. Esse dado é importante, pois revela que a maioria dos médicos está há pouco tempo na unidade de saúde, refletindo no pouco tempo para estabelecimento de vínculos, de conhecimento dos pacientes daquela unidade e do território onde a clínica da família está inserida.

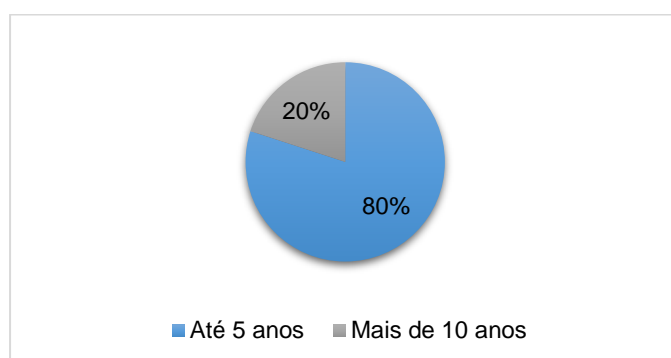


Figura 32 - Tempo de serviço na unidade de saúde pesquisada.
Fonte: Autoria própria, 2021.

É importante considerar o tempo de funcionamento das unidades de saúde pesquisadas, que varia de 2009 a 2018:

Quadro 26 - Datas da inauguração das Clínicas da Família pesquisadas

CLÍNICA DA FAMÍLIA (CF)	DATA DE INAUGURAÇÃO
CF Medalhista Olímpico Ricardo Lucarelli Souza	06/11/2016
CF Santa Marta	03/02/2009
CF Recanto do Trovador	24/12/2014
CF Felipe Cardoso	10/12/2010
CF Bibi Vogel	29/11/2011
CF Amaury Bottany	28/03/2018
CF Maicon Siqueira	01/09/2016
CF Rosino Baccarini	05/07/2012
CF Ana Gonzaga	13/01/2016
CF Ilzo Motta de Mello	13/06/2010

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2021.

Obviamente, se a unidade for mais antiga, o profissional poderá ter mais tempo nela também.

Percebemos que esse tempo de inclusão na unidade é importante para o vínculo com os pacientes e com os colegas profissionais da unidade, para uma melhor identificação do território, conhecimento dos sujeitos atendidos pelo serviço, bem como suas necessidades. De modo a favorecer também um maior entendimento das especificidades daquele local, onde tudo isso irá contribuir para uma melhor oferta do serviço e dos atendimentos.

C) Quantitativo de pacientes com HIV/AIDS atendidos pelo médico das unidades

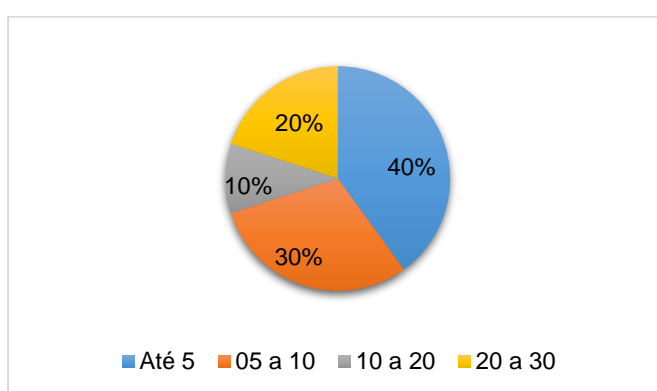


Figura 33 - Quantitativo de pacientes.
Fonte: Autoria própria, 2021.

O gráfico acima nos mostra que 40% (4 médicos) atendem até cinco pacientes com HIV/AIDS, 30% (3 médicos) atendem entre cinco e dez pacientes, 10% (1 médico) atende entre dez e vinte pacientes, e 20% (2 médicos) atendem entre vinte e trinta pacientes. Esse quantitativo se refere à quantidade de pacientes em tratamento de HIV/AIDS que estes profissionais são responsáveis pelo cuidado. Esses pacientes são atendidos de duas a quatro vezes por ano. Esses médicos atendem todas as demandas do serviço, atendendo outros tratamentos de outros pacientes e não só os pacientes em acompanhamento de HIV/AIDS.

Cerca de 15% da assistência às pessoas em tratamento antirretroviral no Brasil já ocorre em unidades de atenção primária. Com número médio inferior de pacientes, essas unidades mostraram qualidade bastante variável, como também ocorre em outros tipos de serviços (ABIA, 2016, p. 37).

Observa-se um número pouco expressivo de pacientes em acompanhamento por profissional. Temos de considerar, também, que a Clínica

da Família possui várias equipes de trabalho, e cada equipe possui uma quantidade X de médicos. Os pacientes são divididos entre os profissionais.

D) Treinamento e capacitação para a atuação no tratamento de HIV/AIDS

Quadro 27 - Capacitação dos médicos

Resposta		Quantitativo
Não	-	1
Sim	Sessão clínica da Residência em medicina de família e comunidade	2
	Coordenadoria das Áreas Programáticas (CAP)	7
TOTAL		10

Fonte: Autoria própria, 2021.

Quanto ao questionamento se os profissionais participavam de treinamento e capacitação especializada no tratamento de HIV/AIDS, a médica 6 respondeu que “não”, a médica 1 e a médica 4 são residentes da Residência em medicina de família e comunidade (estando no último ano da Residência), são treinadas pelo Programa de Residência e vivenciam também a sessão clínica (uma aula onde estudam a situação do paciente atendido e levantam estratégias para encaminhamentos) específica nesse tema, discussão de casos, apoio da equipe e acompanhamento da preceptora. Por fim, alegam que não houve treinamento pela Coordenadoria das Áreas Programáticas (CAP) da Prefeitura do Rio de Janeiro.

Os demais (7 médicos) informaram que participam de treinamentos, principalmente pela CAP. Entretanto, a capacitação acontece para o responsável técnico médico e, posteriormente, esse profissional repassa as informações para os colegas. Geralmente, o treinamento acontece a cada seis meses para atualização das informações do tratamento em HIV/AIDS, formando profissionais multiplicadores.

Após a pandemia da COVID-19, os treinamentos foram suspensos, pois as unidades básicas de saúde focaram no atendimento dos sintomáticos da COVID-19. Contudo, recentemente, alguns treinamentos voltaram a acontecer de forma on-line pela CAP. A médica 9 informou: “sim, atualmente está tendo on-line. O último foi há dois meses”.

O atendimento na atenção básica de saúde é realizado por meio do sistema e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS). É uma estratégia para reestruturar as informações da Atenção Primária em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde.¹³⁵ Em relação às Clínicas da Família, as salas são equipadas com computadores em rede e os pacientes possuem prontuários eletrônicos.

Ressaltamos que, tendo em vista a cronicidade do HIV/AIDS, é de fundamental importância que a equipe de saúde esteja em treinamentos e capacitações continuadas. A tecnologia em saúde está sempre avançando, a forma de tratar vai sendo atualizada, e os profissionais de saúde precisam acompanhar essas novidades.

E) Apoio institucional para o atendimento de HIV/AIDS

Quadro 28 - Apoio institucional

Resposta		Quantitativo
Não	-	0
Sim	Material do Ministério da Saúde	10
	Coordenadoria das Áreas Programáticas (CAP)	
	Colegas infectologistas	

Fonte: Autoria própria, 2021.

De acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2008), o apoio institucional é um dispositivo de intervenção que propõe um 'modo de fazer' mudanças necessárias para que o SUS se afirme como política efetivamente pública. Com a função 'apoio', procura-se solidificar os princípios do SUS em modos de operar nas unidades de saúde da Atenção Básica, estando junto com os diferentes sujeitos que constituem o sistema de saúde - gestores, usuários e trabalhadores -, articulando as ações dos serviços que compõem a rede, favorecendo trocas solidárias e comprometidas.

No tocante ao apoio institucional que os médicos recebem, caso surja alguma dúvida quanto ao tratamento de HIV/AIDS, todos informaram que recebem orientações. Por meio de preceptores (no caso, as médicas residentes), dos

¹³⁵ Disponível em: <<https://sisaps.saude.gov.br/esus/>>. Acesso em: 23 jan. 2022.

responsáveis técnicos da Coordenadoria das Áreas Programáticas (CAP), materiais fornecidos pelo Ministério da Saúde (guia rápido, protocolo clínico, dentre outros), colegas infectologistas, site da Prefeitura do Rio.

Os médicos seguem o protocolo clínico e as diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos (2018) para administração dos antirretrovirais, como orientações obrigatórias para tratar o paciente de HIV/AIDS e esclarecer dúvida, podendo ser consultado a qualquer tempo.

Boa parte dos médicos informa que utiliza os encaminhamentos de usuários à policlínica da área de residência do paciente a fim de que ele seja acompanhando pelo infectologista e, quando o paciente estabiliza o quadro clínico, recebe alta do infectologista, sendo, em seguida, acolhido de volta na Clínica da Família. Os principais motivos são sintomáticos de AIDS, questões de sigilo ou paciente que reside fora de território de atendimento. Paciente com comorbidade permanece em consulta compartilhada (com o médico da Clínica da Família e o infectologista).

É importante contextualizar o termo “consulta compartilhada”. De acordo com o Ministério da Saúde (2009, p. 10 e 13), visando à assistência centrada no protagonismo dos usuários, na corresponsabilidade e no apoio multiprofissional, o atendimento compartilhado é uma das ações que podem ser desenvolvidas pelos profissionais da atenção básica, buscando se constituir numa ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas. Objetiva também integrar várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente transdisciplinar e, portanto, multiprofissional.

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos (2018) defende que as unidades básicas de saúde devem assistir aos casos assintomáticos e o controle dos pacientes estáveis, à semelhança dos cuidados para condições crônicas já realizados nas unidades da atenção básica.

Em relação à fala dos entrevistados, pacientes em abandono e/ou com dificuldade de adesão também estão em situação para serem encaminhados ao atendimento com infectologista. Porém, o médico 2 comenta: “O tratamento de HIV/AIDS funciona bem na atenção básica. Não há necessidade de infectologista. Os antirretrovirais funcionam bem e os médicos de família sabem administrá-los”.

Todavia, a maioria dos profissionais apoiam que, para o tratamento de HIV/AIDS, é importante essa interface entre a atenção básica de saúde e a atenção especializada, em que devemos nos atentar aos caminhos percorridos

pelos usuários na rede de atendimento: deve haver um maior investimento material e político na atenção básica. E esse cenário coincide com a demanda dos usuários.

Embora o Brasil conte com 3.229 infectologistas, eles estão mais concentrados nas regiões Sudeste e Sul e nas capitais. Além de HIV/AIDS, ocupam-se de outras infecções, de clínica médica, epidemiologia, imunologia, infecção hospitalar e doenças emergentes e reemergentes, como dengue, zika vírus, chikungunya e H1N1 (ABIA, 2016, p. 38).

Todavia, identificamos fragmentação e dificuldade no cuidado das pessoas que vivem com HIV/AIDS e com comorbidades ou necessidade de mais de um serviço (ex.: tuberculose, exames complementares, usuários com carga viral detectável). Há uma inexistência de canais formais e informais de diálogo entre equipes de saúde da família e equipes especializadas que cuidam da pessoa que vive com HIV/AIDS. Por fim, há grande dificuldade de cuidar na atenção básica sem o suporte do infectologista e da equipe toda do serviço especializado.

Responsabilizar serviços de atenção primária pelo cuidado e o tratamento em HIV/AIDS até pode constituir alternativa em contextos locais específicos, mas não pode ser, ao menos por enquanto, uma diretriz para o sistema de saúde como um todo (ABIA, 2016, p. 37). Pois, os próprios profissionais das unidades de saúde, apesar de receberem a demanda de atendimento de paciente com HIV/AIDS, se queixam de dificuldades e entraves no manejo da assistência.

Ao longo da pesquisa, ouvimos relatos no que se refere à importância do infectologista no tratamento de HIV/AIDS que, no passado, esteve centralizado por meio dos Serviços de Assistência Especializada. Tanto os pacientes, quanto os profissionais médicos e gerentes das unidades fazem referência ao apoio e suporte que recebem em relação ao infectologista.

Esses profissionais atendem os pacientes graves e complexos, nas policlínicas. Esses pacientes tendo o quadro clínico estabilizado, são liberados do infectologista e retornam à clínica da família para atendimento com o médico de família. Esses usuários não ficam vinculados ao infectologista, de modo que não falta vaga para atendimento com essa especialidade.

Muitos pacientes até preferem esse acompanhamento mais especializado. Dessa forma, vemos que, na verdade, circula uma memória de um passado melhor (nostalgia de um passado superior desse setor especializado como se houvesse um certo desinvestimento nesse lugar, atualmente). Os gerentes sinalizam que há um tempo de espera curto para consulta de infectologia através

do SISREG (até trinta dias). Acreditamos que não seja apenas nostalgia, pois os serviços especializados e o atendimento médico com infectologista carregam mais qualidade nesse acompanhamento tão específico que é o de HIV/AIDS. Os médicos de família veem positivamente o suporte do infectologista.

A atenção primária no Brasil cumpre, em parte, a função de atenção ambulatorial de primeiro nível, de primeiro contato do usuário com o SUS. Assim, é adequada para resolver inúmeros problemas de saúde que afetam as comunidades, com destaque para a atenção pré-natal, o que foi fundamental para a drástica redução da transmissão vertical do HIV/AIDS no país (ABIA, 2016, p. 37). Nesse aspecto, pode-se considerar um ganho importantíssimo.

Mas não são só as potencialidades da atenção básica. Há as contradições que a constituem historicamente. E isso não significa negar essas potencialidades, mas analisar o quanto que a atenção básica é forjada na luta de classes e, portanto, também apresenta contradições e efeitos na focalização do sistema único de saúde.

F) Dificuldade para atuação profissional do médico quanto à questão do sigilo do diagnóstico com os pacientes

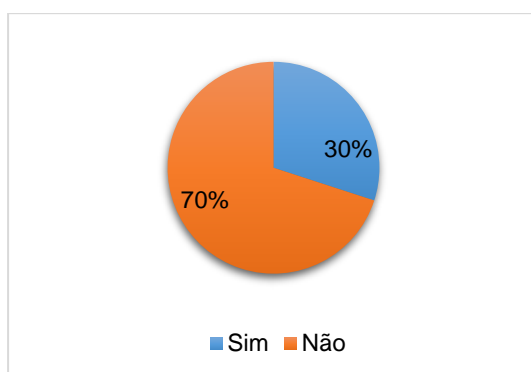


Figura 34 - Dificuldade no atendimento por causa do sigilo.

Fonte: Autoria própria, 2021.

A descentralização do tratamento encontrou alguns acessos, por outro lado, quando se trata de sigilo, torna-se um entrave para alguns usuários dos serviços e para os médicos. Como diz Sousa (2020, p. 299), torna-se sigiloso, portanto, aquilo que não é necessário revelar. E o sigilo está qualificado no campo deontológico das profissões, isto é, das obrigações e deveres dos profissionais. Havendo também um pressuposto de que o sigilo profissional seja um direito desse profissional.

Com relação à dificuldade de atuação dos médicos quanto à questão do sigilo do diagnóstico dos pacientes, 70% (7 médicos) responderam que não têm dificuldade nas consultas com os pacientes, em razão do sigilo do diagnóstico, e 30% (3 médicos) responderam que encontram dificuldade de atuação pela questão do tratamento de HIV ser sigilosa por parte de alguns pacientes.

Os médicos que não têm dificuldade de atuação pela questão do sigilo comentam que:

Quadro 29 - Atendimento x sigilo

MÉDICO/A	RESPOSTA
Médico 2	“A equipe guarda o sigilo. A agente comunitária de saúde não tem acesso às informações. Há o cuidado para renovar e entregar as receitas (ficam numa pasta com o nome do paciente)”.
Médica 1	“Há o registro de prontuário”.
Médica 3	“Tem como guardar o sigilo, não envolvemos a agente comunitária de saúde, atendo paciente fora do território, trato pessoalmente sobre questões específicas do tratamento”.
Médica 6	“Temos suporte com infectologista no SISREG, fazemos acompanhamento em conjunto”.

Fonte: Autoria própria, 2021.

Essa orientação referente à possibilidade de “escolha” pela mudança ou permanência no serviço é conferida aos usuários que já realizam o acompanhamento em serviços especializados e não para os que estão iniciando o acompanhamento. Em 2012, o Ministério da Saúde lançou os “5 passos para a implementação do Manejo da Infecção pelo HIV na Atenção Básica – Guia para gestores”, em que traz a importância do resguardo do sigilo, como na realização de exames e na dispensação de medicações, caso estas passem a ocorrer na própria unidade de atenção básica.

Dentro desse contexto, temos a situação de atendimento que acontece para usuários que não são do território.

Sousa (2020, p. 291,) de antemão, sinaliza que a Medicina é uma das profissões mais citadas como referência para a questão do sigilo profissional.

Há um grupo dos pacientes que alegaram que não encontram dificuldade quanto ao sigilo e em relação à vivência com HIV. Se sentem respeitados e bem recebidos pelos profissionais da unidade onde frequentam.

Os médicos que alegaram dificuldade no atendimento, em razão do sigilo, comentam que:

Quadro 30 - Dificuldade no atendimento em função do sigilo

USUÁRIO/A	RESPOSTA
Médica 8	"Pela questão do sigilo, o paciente prefere ser atendido pelo infectologista na Policlínica. Às vezes, a vaga do SISREG é liberada com uma semana; em algumas situações, o diagnóstico fica entre a médica e o paciente (guarda sigilo na unidade) ”.
Médica 10	"É difícil abordar o tema e trabalhar a adesão ao tratamento, tenho dois pacientes com baixa adesão”.
Médica 9	"Sim, geralmente são pacientes de outros territórios que buscam a unidade em razão do sigilo”.
Médica 4	"Alguns pacientes preferem tratar fora do território por causa da dificuldade com a equipe para manter o sigilo”.

Fonte: Autoria própria, 2021.

A médica 4 ainda comenta que o formulário próprio de antirretroviral, a coleta de exames de tratamento de HIV/AIDS que acontece em dia específico, o formulário de tais exames, tudo isso já identifica o paciente. Com relação ao acesso, o atendimento fora da área de referência pode possibilitar a escolha de ser atendido em unidade de saúde, independente dos limites de território.

É importante pontuar que, mesmo atendendo pacientes de outras áreas, os profissionais comentam que esse acompanhamento perde um pouco a qualidade, pois não conseguem fazer visita domiciliar para usuários que estão fora do território. O deslocamento do paciente também pode se apresentar como dificultador, já que nem todos têm condições financeiras para custear o transporte, quando não têm acesso ao benefício do transporte municipal.

Na fala da gerente 2: “recebemos paciente de outro município também, porém, não temos contato com a agente comunitária de saúde, o paciente fica sem vínculo com o seu território para o tratamento de HIV/AIDS”. Contudo, nessa situação, o paciente não quer vínculo por necessidade de proteção.

Assim, ao mesmo tempo que facilita o acesso e garante o sigilo, o paciente perde qualidade no tratamento e esse acompanhamento acumula alguns limites para intervenção profissional.

Dessa maneira, observa-se que o sigilo do diagnóstico de HIV/AIDS talvez seja um dos pontos mais críticos da descentralização do tratamento de HIV/AIDS para a atenção básica, pelo fato de que os pacientes e seus membros fazem acompanhamento na mesma Clínica da Família, acessando os serviços ofertados pelos mesmos profissionais. Essa situação é relatada tanto pelos próprios usuários, como pelos profissionais envolvidos no tratamento (médicos e gerentes das unidades). Portanto, as relações afetivo-familiares, trabalho e segurança se apresentam como alguns pontos críticos da dificuldade em garantir o sigilo.

Com isso, a equipe se depara com muitos obstáculos para garantir o sigilo, tendo em vista estarem numa lógica de trabalho em equipe multiprofissional, em que há discussão de casos, compartilhamento da situação dos usuários entre a equipe. Acontece que, em alguma situação, o usuário não deseja que todos da equipe saibam. Além disso, ocorre com frequência quando algum usuário não autoriza que a equipe toda saiba da sua situação, principalmente os agentes comunitários de saúde, já que eles moram na comunidade e conhecem as pessoas, o que gera uma certa insegurança.

Em algumas unidades, os profissionais combinam com o paciente com quem pode revelar o diagnóstico. Geralmente, são enfermeira e médica. Esse modo de organização e de funcionamento do serviço sobre o sigilo tem suas implicações e prejuízos para os usuários, como: não desejam que a agente comunitária de saúde saiba do seu diagnóstico, com isso, a agente não tem como comunicar informações da unidade, como consulta marcada, não tem como acontecer a visita domiciliar (que só ocorre com a presença da agente), dentre outras questões. Pensamos que a dimensão territorial é um ponto muito sensível dessa discussão do sigilo.

Entretanto, nesse cenário, acreditamos que é a Política que precisa atender os sujeitos e não contrário. Mas sendo o atendimento de HIV/AIDS na atenção básica, esta já possui uma forma de prestar atendimento em saúde (através de resoluções e legislações). Talvez, coubesse uma forma de atualizar apenas para as demandas específicas no que se refere ao acompanhamento de HIV/AIDS, onde perpassam questões de cunho moral, sigilo, sexualidade, discriminação, dentre outras.

Em toda a história da epidemia do HIV/AIDS, houve a questão do sigilo envolvida, porém, observamos um momento mais sigiloso atualmente, em que muitos pacientes em tratamento enxergam o silenciamento como forma de evitar experiências de discriminação e constrangimento.

A essa situação, alguns autores atribuem a nova onda conservadora e moralista no que se refere à vivência do HIV/AIDS e outras infecções sexualmente transmissíveis. Muito embora, essa realidade já exista desde os primeiros casos da infecção, a diferença é que hoje muito já se estudou sobre o tema e não há uma justificativa científica para a perpetuação do preconceito e, ao contrário de uma mudança positiva e racional sobre o HIV/AIDS, observamos o agravamento do moralismo que se manifesta de modo cada vez mais cruel.

De acordo com a ABIA (2020, p. 113), essa “onda conservadora” é um conjunto de forças que se consolidaram, nos últimos anos, favorecendo a restrição, a contenção e o retrocesso de direitos assegurados na Constituição de 1988.

Esse silenciamento se consolida, na medida em que se individualiza mais o tratamento e as próprias ONG's se enfraqueceram, por falta de verba e por falta de uma perspectiva mais coletiva. Dessa forma, assim como todo fenômeno social, esse tratamento tem se tornado cada vez mais individual. Consequentemente, a dificuldade de romper com essa individualização é muito grande. Quando deveria ser o contrário, à medida que há mais serviços, mais tecnologia em saúde, mais condições de vida, deveria ser mais acessível ou melhor utilizado.

Por exemplo, temos um tratamento mais simplificado e mais eficaz através dos antirretrovirais, mas o paciente precisa estar vinculado a uma unidade de saúde e a um médico para que tenha acesso ao receituário médico. Houve muitos avanços, todavia ainda há muito o que ser desenvolvido dentro da perspectiva do tratamento e vivência com HIV/AIDS. Hoje, o tratamento é acessível a todas as pessoas, independente de renda e condições de vida. Desse modo, por meio do debate da política, é importante deixar claro que, passados muitos anos da AIDS, em vez da situação avançar, parece que agravou porque há um maior silenciamento.

A vivência do sigilo do diagnóstico se torna um desafio num cenário de descentralização do tratamento. A forma como se configura a atenção básica, com a presença das agentes comunitárias na unidade e na comunidade, é um elemento que incomoda o paciente em tratamento de HIV/AIDS. Embora essa profissional seja importante para a proposta da atenção básica, ela procura saber da condição de saúde dos pacientes, faz a ponte entre a comunidade e a unidade de saúde e informa de marcação de consultas, exames, dentre outros.

Outro ponto é a forma como a equipe irá dialogar acerca do tratamento de cada paciente e, ao mesmo tempo, tendo de garantir o sigilo. É comum esse paciente apenas ser atendido pela enfermeira e pela médica da unidade. Não tendo atendimento de outros profissionais tampouco a visita domiciliar, quando necessário, porque para acontecer a visita, a agente comunitária de saúde tem de estar presente também.

Com isso, o sigilo se apresenta como um desafio para a descentralização do tratamento, em que o vínculo com o profissional é importante nesse processo,

por melhorar a questão do sigilo e a adesão ao tratamento. Mas, sobretudo, a tarefa central da nossa sociedade é superar preconceitos. Isso vai além da política social.

5.3.2.

Eixo de análise sobre os atendimentos: atendimentos, acesso, serviços, nota técnica da Prefeitura

A) Como era o atendimento de HIV/AIDS até 2013 e como está atualmente a estrutura descentralizada do serviço oferecido ao paciente com HIV/AIDS

Em 1999, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de DST/AIDS – princípios e diretrizes, contemplando objetivos e diretrizes e definindo prioridades. Orientou as ações do Programa Nacional de DST/AIDS no âmbito da promoção à saúde; da proteção dos direitos fundamentais das pessoas com HIV/AIDS; da prevenção da transmissão das DSTs, do HIV/AIDS e do uso de drogas; do diagnóstico, do tratamento e da assistência às pessoas que viviam com DST/HIV/AIDS; e do desenvolvimento e fortalecimento institucional dos gestores locais de programas e projetos na área.

O Ministério da Saúde, por volta dos anos 2000, publicou três manuais sobre a assistência em HIV/AIDS e infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) na Atenção Básica (BRASIL, 2003, 2005, 2006a). Nesse viés, tais publicações indicam atividade de aconselhamento nos testes para o HIV/AIDS.

O papel atribuído à estratégia de saúde da família no atual panorama das políticas de saúde – a função de porta de entrada e ordenação da rede – supõe uma apropriação de uma enorme gama de problemas em saúde, incluindo as questões relacionadas ao HIV/AIDS (ZAMBENEDETTI, 2014, p. 62).

É necessário apontar que o aconselhamento é visto como responsabilidade das unidades de saúde, apesar de estar desvinculado da realização do teste propriamente dito, geralmente remetido a laboratórios externos à unidade de saúde. Observamos a proposição de ações de prevenção às ISTs/HIV/AIDS dentro das unidades de saúde, como o acolhimento, educação em saúde em sala de espera, diagnóstico e aconselhamento, disponibilização de insumos de prevenção, comunicação dos parceiros sexuais. Além disso, há ações envolvendo

a comunidade: encaminhamento para a unidade de saúde ou outros serviços de referência, acesso à informação, dentre outros (BRASIL, 2005, 2006a).

Atualmente, o Ministério da Saúde utiliza o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos” (2018), que traz recomendações atualizadas para prevenção da transmissão, tratamento da infecção e melhoria da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS. A última publicação foi em 2013 (e, ao longo desses últimos anos, o protocolo tem passado por atualizações), época em que o Ministério da Saúde também orientou para a descentralização do tratamento de HIV/AIDS para as unidades básicas de saúde, com vistas a aprimorar e melhor organizar a rede de assistência em saúde às pessoas que vivem com HIV.

Segundo o próprio Protocolo (2018), este documento alinha conteúdo técnico, baseado nas mais recentes evidências científicas, com o aprimoramento da política pública em saúde para as pessoas que vivem com HIV/AIDS no Brasil.

Quanto à questão de como era o atendimento de HIV/AIDS antes da orientação do Ministério da Saúde pela descentralização do tratamento, datado de 2013, os médicos não souberam contextualizar, pois ainda não estavam na unidade. Contudo, de um modo geral, todos comentaram que sempre houve testagem e encaminhamento para atendimento de HIV/AIDS para as policlínicas do território. A diferença é que, atualmente, há a fixação do paciente de HIV/AIDS na unidade para tratamento, após a testagem.

Os médicos responderam que:

Quadro 31 - O atendimento antes da descentralização do tratamento

MÉDICO/A	RESPOSTA
Médico 2	“Sempre houve testagem, antes era o “testa e trata””.
Médica 10	“Fazia o teste e encaminhava para Policlínica. Atualmente, faz o teste e vincula o paciente na unidade”.
Médico 7	“Sempre testamos, fazíamos um primeiro atendimento de HIV e encaminhávamos para a policlínica”.
Médica 9	“Sempre houve atendimento de HIV na unidade”.

Fonte: Autoria própria, 2021.

Em 2012, o Ministério da Saúde publicou uma nova Portaria¹³⁶ que dispõe sobre a oferta dos testes rápidos para detecção de HIV/AIDS e sífilis como uma atribuição da atenção básica, no âmbito da atenção pré-natal, podendo ser

¹³⁶ Portaria nº 77, de 12 de janeiro de 2012. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2012/prt0077_12_01_2012.html>. Acesso em: 14 fev. 2022.

estendida para a população em geral. Em âmbito nacional, esta Portaria é um marco na expansão da realização do teste para HIV/AIDS e outras infecções sexualmente transmissíveis na atenção básica.

No guia “5 passos para a implementação do Manejo da Infecção pelo HIV na Atenção Básica – Guia para gestores” (BRASIL, 2012), é orientada a transição de um modelo centrado nos serviços especializados para os chamados “modelos matriciados”, em que diferentes pontos de atenção participam da linha de cuidado ao HIV/AIDS.

Zambenedetti (2014, p. 63) argumenta que o avanço no cuidado às pessoas que vivem com HIV, a simplificação do tratamento antirretroviral, a passagem de condição aguda para a condição crônica e algumas deficiências apresentadas pelo modelo centrado nos serviços especializados justificaram as propostas de descentralização da atenção em HIV/AIDS, incorporando novos pontos de atenção. Como um modelo geral, sugere-se, por um lado, que os assintomáticos estáveis tenham a atenção básica como local de atendimento, sugerindo-se os Serviço de Assistência Especializada (SAE), por outro lado, para os sintomáticos, coinfectados (como HIV-tuberculose, HIV-hepatite), gestantes e crianças.

Os entrevistados comentaram também que, no início da descentralização do tratamento, houve treinamento com infectologistas, envolvendo os médicos e enfermeiros.

A médica 3 informa: “Acho positivo o atendimento de HIV/AIDS na Clínica da Família porque o paciente resolve tudo na unidade, há vínculo, confiança e é perto de casa, não precisando se deslocar. Meus pacientes são regulares. Solicito exames (carga viral e hemograma, a cada seis meses). Prescrevo receita de antirretroviral (para 180 dias). Atendo demanda espontânea e consultas agendadas”.

Em outra unidade de saúde, a médica 1 sinaliza: “identifico o resultado do exame e o esquema antirretroviral. Paciente com baixa adesão tem que marcar consulta. Muitos pacientes só querem pegar receita e não fazem exame porque acham que o tratamento se reduz apenas a tomada de medicação, mas não é assim, temos que monitorar os resultados de exames também. Temos uma planilha de registro de atendimentos e acompanhamento com datas de exames e esquema de antirretroviral desses pacientes. Renovo receita e exames. A consulta é agendada conforme a necessidade do paciente. A agente comunitária de saúde informa da consulta ao paciente (àqueles pacientes que autorizam). A receita de

antirretroviral e o formulário de solicitação para exames são específicos e expõem o paciente (dificulta preservar o sigilo)”.

A médica 10 comenta que os pacientes mais antigos não foram favoráveis à descentralização, pois eles eram atendidos por infectologistas na policlínica do território e precisaram ser transferidos para as unidades de saúde do seu bairro: “recebo transferência de paciente em acompanhamento regular da policlínica (por ser paciente do território). Muitos pacientes da policlínica não ficaram satisfeitos em saírem da policlínica. Lá tem infectologistas (médicos antigos). Essa descentralização aconteceu “de cima pra baixo”, não levou em consideração as necessidades específicas dos pacientes que não desejavam transferir seus locais de tratamento. Uma sugestão seria deixar os pacientes que já estavam em acompanhamento nas unidades que já os atendiam e os novos pacientes irem sendo vinculados às unidades básicas de saúde”.

Diante da dificuldade em receber essa nova demanda, principalmente de transferir pacientes estabilizados e vinculados aos seus médicos, essa sugestão seria de grande valia para ambos: paciente e profissional, tendo em vista muitos pacientes expressarem o desejo de continuarem nos seus antigos locais de tratamento e com os seus antigos médicos.

Esses relatos refletem um pouco como os profissionais se organizaram para receberem essa nova demanda. Diz um pouco sobre o processo de trabalho e cuidado às pessoas que vivem com HIV/AIDS.

Sabemos que há muitos problemas cronicamente enfrentados na atenção básica. A precariedade das relações trabalhistas, a prática de contratação de organizações sociais, problemas organizacionais com baixa integração entre a atenção básica e outros níveis de atenção na rede, são alguns dos obstáculos para a exigida atuação da estratégia de saúde da família neste momento (CASTRO et al., 2021, p. 18).

Dessa forma, segundo a Professora Mariana Nogueira (2021),¹³⁷ houve ampliação no número das equipes, foi importante também a publicação da Política nacional da atenção básica. Todavia, ao mesmo tempo, essa expansão da cobertura assistencial se dá sob os ditames do Banco Mundial e ainda prevalece o subfinanciamento do setor saúde. Há uma continuidade da focalização da atenção básica da década de 1990 até os dias atuais. Contudo, claro que há particularidades nesse processo, há lutas dos trabalhadores que são construídas

¹³⁷ Aula proferida no curso (on-line): SUS, capitalismo e saúde. Fundação Dinarco Reis. 2021. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=Ou4Lvi2uFqI>>. Acesso em: 22 set. 2022.

no cotidiano e articulado com os usuários do SUS, sofrendo diferentes induções do governo federal, sobretudo no atual governo, aprofundando a perspectiva da focalização, intensificando a precarização do trabalho.

Dentro do debate das consultas, o que se refere ao processo de consultas compartilhadas com o infectologista da policlínica do território, ao mesmo tempo que os próprios médicos da atenção básica, os gerentes das unidades e os pacientes alegam que concordam com essa prática e reconhecem sua importância, percebemos que há uma baixa vinculação territorial para pacientes de outras áreas, onde a distância pode ser barreira. Nesse atendimento compartilhado, muitas vezes não acontece um diálogo em rede satisfatório. Há um reconhecimento da tradição e da qualidade do serviço oferecido, com centralidade da figura do infectologista no cuidado.

Quanto ao fluxo para acesso às unidades de saúde, esse ingresso acontece livremente para os usuários, e os médicos chamam de “porta-aberta”. Muitos profissionais atendem por demanda espontânea ou por agendamento. Do mesmo modo, há atendimentos que acontecem mediante marcação de consulta (após cada consulta, o médico já agenda a próxima consulta), por demanda espontânea (o usuário comparece à unidade de saúde e solicita uma consulta com seu médico), por agendamento com a agente comunitária de saúde (quando o paciente não tem resistência em divulgar seu diagnóstico). Há que se considerar a particularidade e singularidade dos sujeitos que vivem com HIV/AIDS.

B) O acesso das pessoas que têm HIV/AIDS às unidades básicas de saúde

O advento do teste rápido para HIV/AIDS é considerado um dos aspectos que possibilitaram a inserção do diagnóstico na atenção básica. Sua oferta é estabelecida no SUS pela Portaria nº 151, de 14 de outubro de 2009 (BRASIL, 2009), reconfigurando o diagnóstico para o HIV/AIDS, visto reduzir o tempo necessário para o resultado a aproximadamente trinta minutos, enquanto o método tradicional levava em torno de quinze dias. Outro aspecto que pesa favoravelmente à descentralização é a capilarização da rede básica, em decorrência de sua forte expansão no Brasil nas últimas duas décadas (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2016, p. 787).

Com relação ao acesso das pessoas que estão em tratamento de HIV/AIDS às unidades básicas de saúde, os médicos, unanimemente, comentaram acerca

do teste rápido, informando que o primeiro serviço que os usuários têm acesso na unidade é a testagem para HIV/AIDS e sífilis.

Os médicos responderam que:

Quadro 32 - Acesso às unidades de saúde

MÉDICO/A	RESPOSTA
Médica 1	“Faz a testagem, recebe orientações em saúde, a médica entrega o resultado (em caso positivo), solicita exames específicos e agenda consulta”.
Médico 2	“Faz o teste, há aconselhamento pré e pós-teste, a enfermeira dá o resultado e, se for positivo, encaminha ao médico; a testagem é em livre demanda, paciente com diagnóstico de outro território vai para o infectologista também, se necessário”.
Médica 3	“Faz o teste rápido, sendo positivo, solicita exames de carga viral e linfócitos TCD4, entrega receita antirretroviral e agenda retorno”.
Médico 2	“Através de testagem ou transferência de pacientes de outras unidades, ou para paciente que perdeu plano de saúde, tem que apresentar teste positivo de HIV e histórico de atendimento para ser cadastrado na unidade”.

Fonte: Autoria própria, 2021.

Assim sendo, observamos que a linha de cuidado das pessoas vivendo com HIV/AIDS tem início no teste rápido, contando com o aconselhamento pré e pós-teste e depois da avaliação de comorbidades, infecções oportunistas e gravidez. O médico solicita os exames (carga viral, linfócitos TCD4 e demais exames complementares) e é iniciada a consulta sobre o tratamento.

Se o paciente não apresentar sintomas de AIDS, não possuir nenhuma coinfeção, nem estiver gestante, a orientação é encaminhar esse usuário para a unidade básica de saúde, preferencialmente em unidade próxima a sua residência. Se a situação do paciente for contrária ao que foi indicado (apresentando sintomas de AIDS, estando gestante ou com alguma coinfeção), a orientação é encaminhar esse usuário a um atendimento especializado, que pode ser a policlínica do território do paciente.

Esse direcionamento revela os caminhos dos usuários na rede, em que conseguimos ter claro o fluxo de atendimento e quais os critérios para o atendimento em determinada unidade de saúde.

Dessa maneira, percebemos que foi importante a priorização da atenção primária, principalmente no que se refere à expansão da cobertura, ampliou o acesso e, foi fundamental para a realidade do SUS no município do Rio de Janeiro, sendo inegável tal contribuição.

A descentralização também trouxe questões que precisam ser reveladas, como em relação aos pacientes transferidos (que já faziam tratamento em outra

unidade e com infectologista) ou que perderam o plano de saúde, já que eles solicitam atendimento na policlínica, para serem acompanhados por infectologistas e não aceitam serem acompanhados pelo médico de família (na Clínica da Família). Todavia, esse acompanhamento precisa ser solicitado via SISREG, o qual, por sua vez, tende a liberar consulta com o especialista para paciente de diagnóstico recente e não para paciente com mais tempo de diagnóstico.

C) Situações identificadas pelo médico que os pacientes em tratamento de HIV/AIDS enfrentam para acessar os serviços



Figura 35 - Dificuldade do paciente para acessar o serviço.
Fonte: Autoria própria, 2021.

No tocante às dificuldades identificadas pelos médicos que os pacientes encontram para acessar e permanecer no serviço, 70% (7 médicos) responderam que os pacientes se deparam com várias dificuldades ao longo do tratamento, tais como:

Quadro 33 - Dificuldade do paciente para acessar às unidades de saúde

MÉDICO/A	RESPOSTA
Médica 1	"Medo, sigilo".
Médica 8	"Paciente em abandono/carga viral detectável. Esse paciente adoece, fica bem e abandona novamente".
Médica 5	"Dificuldade para agendamento (principalmente se for paciente de equipe que esteja sem médico)".
Médica 3	"Paciente mais antigo com carga viral detectável e que tenha que trocar o esquema antirretroviral ou paciente sem tomar remédio. Essas situações são encaminhadas, via SISREG, para o infectologista".
Médica 5	"Paciente que não quer falar do seu tratamento para a agente comunitária de saúde".
Médica 9	"Burocracia para fazer exame e para acessá-lo (o paciente coleta o exame, porém, o médico não identifica o resultado no sistema); formulário

	desatualizado (SUBPAV ¹³⁸ não atualiza periodicamente os formulários, acho melhor usar o SICLOM ¹³⁹)”.
Médica 10	“Paciente com mais tempo de diagnóstico tem maior aceitação, paciente com pouco tempo de diagnóstico tem menor aceitação”.

Fonte: Autoria própria, 2021.

Uma parte dos próprios pacientes também relatam essas dificuldades, principalmente no que se refere a sigilo, a privacidade do seu diagnóstico na unidade de saúde.

Já 30% (3 médicos) responderam que não identificam situações de dificuldades enfrentadas pelos pacientes em tratamento de HIV. Eles responderam que:

Quadro 34 - Acesso aos serviços de saúde

MÉDICO/A	RESPOSTA
Médica 4	“Não identifico dificuldade”.
Médico 2	“Atendo livre demanda. Sou um profissional acessível, não precisa passar pela triagem, esses pacientes vêm direto a mim. Eles têm acesso à marcação de consulta, renovação de receita, renovo RioCard”.
Médica 6	“Pacientes discretos, consultas objetivas”.

Fonte: Autoria própria, 2021.

Acreditamos que esses pacientes estejam clinicamente estabilizados, têm uma boa adesão ao tratamento e isso facilita a atuação profissional.

A descentralização revela questões que precisam ser melhor trabalhadas, como a situação em que o paciente faz seu tratamento próximo a sua residência, mas teme a revelação do seu diagnóstico por conviver com profissionais da unidade de saúde na sua comunidade/território.

Dessa forma, acreditamos que o sigilo do diagnóstico de HIV/AIDS esteja se apresentando como um dos pontos mais críticos da descentralização do tratamento de HIV/AIDS para a atenção primária, pelo fato de que o usuário e sua família acabam sendo acompanhados pelos mesmos profissionais, bem como na mesma unidade de saúde.

¹³⁸ SUBPAV é a Subsecretaria de Promoção da Saúde Atenção Primária e Vigilância de Saúde. Disponível em: <<https://subpav.org/aps/>>. Acesso em: 06 dez. 2021.

¹³⁹ O SICLOM é o Sistema de controle logístico de medicamentos. Foi criado com o objetivo do gerenciamento logístico dos medicamentos antirretrovirais. As informações são utilizadas para o controle dos estoques e da distribuição dos ARV, assim como para a obtenção de informações clínico-laboratoriais dos pacientes e uso de diferentes esquemas terapêuticos. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/gestores/sistemas-de-informacao/sistema-de-controle-logistico-de-medicamentos-siclom>>. Acesso em: 06 dez. 2021.

A linha de cuidado do HIV/AIDS, no município do Rio de Janeiro, segundo a gerente do programa de HIV/AIDS, da Secretaria Municipal de Saúde¹⁴⁰, apresenta o percurso e os fluxos assistenciais necessários à promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, de forma integral e segura, em HIV/AIDS. A linha de cuidado, que compreende todas as abordagens e intervenções pertinentes asseguradas pelo acesso aos diversos pontos de atenção, é viva e dinâmica, sendo suscetível aos ajustes necessários advindos das evoluções tecnológicas e do aperfeiçoamento dos processos de trabalho. Não é só formada por procedimentos, protocolos e fluxos, mas também por pessoas.

Dessa maneira, vemos a necessidade de compreender o caminho percorrido na linha de cuidado como algo que se dá no campo de um sujeito com uma história singular. Por isso, não é possível falar de fluxos estanques e inflexíveis. Assim, a história de cada um influencia objetiva e subjetivamente esse caminho pela linha de cuidado. Em consequência desse fato, é preciso manter essa linha viva (MAKSUD, 2020, p. 14).

A atenção primária no Brasil tem se mostrado adequada para a assistência em agravos de prevalência alta e homogênea, a exemplo da hipertensão arterial não complicada. Diferentemente, no caso da AIDS, há barreiras sociais provocadas pelo estigma e pela discriminação. Além disso, há dificuldades técnicas quanto ao manejo clínico do tratamento, com base em diretrizes terapêuticas constantemente atualizadas, no estado de saúde e no histórico dos pacientes, o que requer médicos que conjuguem capacitação, atualização e experiência profissional (ABIA, 2016, p. 37).

Quanto a ações governamentais que se referem ao acesso às unidades da atenção básica de saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)¹⁴¹, da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), lançado em 2011, tem como objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica. Para tanto, propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde.

¹⁴⁰ Fala proferida por Guida Silva, gerente do programa de HIV, da Secretaria Municipal de Saúde da cidade do Rio de Janeiro no Seminário coro de vozes numa teia de significados: sobre o cuidado às pessoas vivendo com na Rede de Atenção à Saúde, que aconteceu no Rio de Janeiro durante os dias 11 e 12 de fevereiro de 2020. Disponível em: <<http://informe.ensp.fiocruz.br/assets/anexos/b37b4a0fe296b1198081fbccd3c8176d.PDF>>. Acesso em: 14 fev. 2022.

¹⁴¹ Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq>>. Acesso em: 10 fev 2022.

Esse programa tem como algumas diretrizes¹⁴² a definição do parâmetro de qualidade, considerando-se as diferentes realidades de saúde, tais como: estimular o processo contínuo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão; o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes; a transparência em todas as suas etapas; e o fortalecimento do modelo de atenção previsto na Política Nacional de Atenção Básica, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades dos usuários, dentre outros.

O programa eleva o repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes que atingirem melhora no padrão de qualidade no atendimento. O programa foi lançado em 2011 e atualizado em 2015, quando iniciou seu 3º ciclo com a participação de todas as equipes de saúde da atenção básica, incluindo as equipes de Saúde Bucal e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

D) Condições gerais de atendimento à pessoa que vive com HIV/AIDS

No tocante às condições gerais para o atendimento das pessoas que vivem com HIV/AIDS, os entrevistados comentaram que não possuem grandes dificuldades, como o médico 7: “acho bom, na verdade, suficiente”. Para o atendimento, “é realizado um agendamento com a equipe técnica. Cada profissional tem sua agenda. Demanda de HIV é urgente, paciente não fica sem receita (sempre há renovação de receita) e sem retirar os remédios. Quando há necessidade de suporte com infectologista, é solicitada uma vaga por meio do SISREG e rapidamente acontece a liberação da vaga”. Muitos pacientes estão em acompanhamento compartilhado.

Contudo, na atenção básica, o profissional atua também por meio do acesso a outras especialidades médicas, agenda de retornos e exames – diferentes arranjos e a relação difícil com o SISREG (descontinuidades nos encaminhamentos, pouca familiaridade da atenção básica com a atenção especializada, em relação ao funcionamento dos serviços).

Por exemplo, na fala das médicas:

¹⁴² Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pmaq/prt_1645_02_10_2015.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2022.

Quadro 35 - Condições gerais para o atendimento médico

MÉDICO/A	RESPOSTA
Médica 3	“Acho bom, tenho muitos pacientes idosos e eles são aderentes ao tratamento. Quando aparece um paciente com carga viral detectável, eu troco os remédios e encaminho ao infectologista”.
Médica 4	“Sim, com necessidade de avanço através de educação permanente da equipe, discussão de estigma com equipe, principalmente a agente comunitária de saúde”.
Médica 5	“Boa, com suporte, libero RioCard, é um atendimento que contempla a necessidade”.
Médica 8	“É suficiente, não sobrecarrega a atenção básica”.
Médica 6	“Boa, com atendimento compartilhado com infectologista na policlínica (em qualquer situação, não só quando adoecer) ”.
Médica 9	Tem todos os acessos, meus pacientes não estão no SISREG, só tem uma paciente gestante que está em tratamento no Hospital dos Servidores (através do SISREG)”.

Fonte: Autoria própria, 2021.

A médica 10 relata uma dificuldade inicial: “tivemos dificuldade no início da descentralização, depois se organizou. Consigo compartilhar o atendimento”. E o médico 2 afirma que: “sinto falta de acompanhar outras questões através de relatório (acessível por meio do prontuário eletrônico. Porém, o sistema não possui esse relatório, seria uma sugestão para melhorar o acompanhamento dos pacientes). Se o paciente está tomando o antirretroviral, fazendo rastreio de doenças (exemplo, tuberculose). Seria uma vigilância, sem ser busca ativa paternalista”.

De acordo com a ABIA (2016, p. 36), o desempenho do cuidado contínuo diretamente dependente da boa qualidade dos serviços de assistência – o tratamento e a retenção – melhorou com o protocolo clínico de início do tratamento logo após o diagnóstico de HIV. Adotado no Brasil em final de 2013, contribuiu para um aumento de 27% de novos tratamentos entre 2013 (56.557) e 2014 (71.936), o que ressalta ainda mais a necessidade de ações dos serviços focadas na adesão ao seguimento e ao tratamento medicamentoso.

Em contrapartida, também são apontadas fragilidades da atenção básica que poderiam comprometer esse processo. Em entrevista concedida em 2014, o então secretário de saúde do município de São Paulo ponderava que a atenção básica apresenta uma série de problemas e que precisava ser mais bem estruturada para suportar a inserção de novas ações no campo da AIDS (BONANO, 2014).

Desse modo, evidencia-se uma controvérsia em torno do processo de descentralização, visto com reserva, principalmente, pelo movimento social

relacionado à AIDS. Considerando-se que as diretrizes acerca da descentralização da atenção em HIV/AIDS são ainda recentes, há poucos estudos acerca desse tema. Compreendemos que a implantação de uma nova política não ocorre mecanicamente, mas mobiliza desejos, recursos e significados entre os participantes do processo (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2016, p. 787).

Nesse cenário de contradições e incompletudes em que se insere a descentralização do tratamento de HIV/AIDS, identificamos que os profissionais que atuam com esses pacientes identificam que há condições gerais favoráveis para o atendimento à pessoa que vive com HIV/AIDS.

E) Periodicidade dos atendimentos médicos

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos (2018) orienta que a periodicidade das consultas médicas deve adequar-se às condições clínicas da pessoa que vive com HIV/AIDS e à fase do tratamento.

Atualmente, nas unidades de saúde pesquisadas, o atendimento médico para tratamento de HIV/AIDS está acontecendo semestralmente (unanimidade nas respostas), com o quadro clínico estabilizado e o paciente com carga viral indetectável. Todavia, quando inicia o tratamento, após a introdução ou alteração da terapia antirretroviral, as consultas acontecem a cada dois/três meses, dependendo dos resultados dos exames. Esse intervalo reduzido é importante para avaliar eventos adversos e dificuldades relacionadas à adesão.

Se o paciente tiver carga viral indetectável, ele se mantém em tratamento apenas renovando sua receita médica. Contudo, esse paciente é atendido sempre que solicita uma consulta ou por meio da demanda espontânea. Quando o paciente adoece, ele é orientado a procurar a unidade de saúde.

Esse é um ponto importante, pois o Protocolo Clínico (2018) recomenda que a pessoa que vive com HIV/AIDS, em uso da terapia antirretroviral com quadro clínico estável deverá retornar para consultas em intervalos de até seis meses. Nesses casos, exames de controle também poderão ser realizados semestralmente, ou conforme avaliação e indicação. Ou seja, esses pacientes não deveriam ficar apenas renovando a receita de antirretrovirais, eles precisam de, pelo menos, uma consulta médica a cada seis meses, mesmo estando com o quadro clínico estável. Acreditamos que a demanda para os médicos da atenção básica é tão grande que eles não conseguem atender as especificidades do

acompanhamento de HIV/AIDS, eles foram treinados quanto a simplificação do tratamento, não encaram o tratamento com tanta rigidez, infelizmente.

Nas unidades de saúde, foi observado que o paciente de HIV/AIDS não utiliza a triagem, uma vez que é logo atendido pelo médico. Após a primeira consulta, o paciente retorna com trinta dias, com o resultado dos exames (carga viral e linfócitos TCD4), é orientado quanto à importância das vacinas (específicas para pacientes de HIV)¹⁴³ e faz o exame de PPD (derivado proteico purificado, para investigação de tuberculose). As consultas subsequentes são mais simples e de rotina. Se o paciente tiver alguma doença, as consultas são agendadas num curto intervalo de tempo. O médico solicita radiografia de tórax uma vez por ano. Dependendo da situação do paciente, é solicitado o atendimento compartilhado com o infectologista da policlínica do território. Em algumas unidades de saúde, a enfermeira atende esses pacientes (com carga viral indetectável) a cada três meses.

Alguns pacientes entrevistados reclamam quanto a dificuldade de marcação de consultas, de como a agenda do médico é cheia e, muitas vezes, dificulta conseguir uma vaga.

Com o atendimento de HIV/AIDS difundido e organizado num fluxo nas unidades básicas de saúde, foi observado que houve uma diminuição da fila para atendimento com infectologista nas policlínicas.

Dessa forma, percebemos a atenção básica como local de prevenção e promoção (no âmbito coletivo), mas também de cuidado.

F) Nota técnica da Prefeitura do Rio de Janeiro

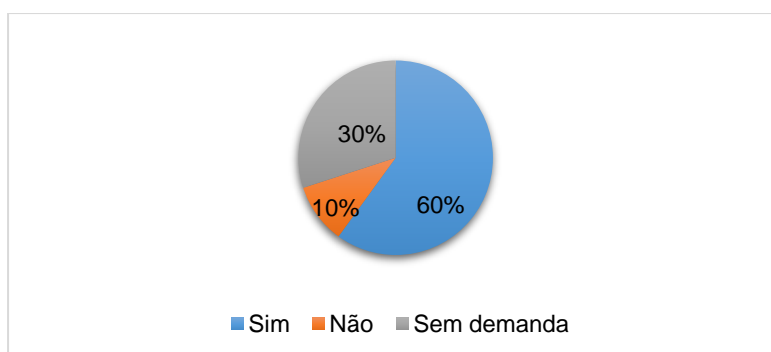


Figura 36 - Nota técnica.
Fonte: Autoria própria, 2021.

¹⁴³ As pessoas que vivem com HIV possuem um calendário específico de vacinação por serem consideradas pessoas em condições especiais. Essas vacinas são prescritas pelo médico. Portanto, além das vacinas de rotina, são também recomendadas e oferecidas vacinas especiais que aumentam ainda mais a proteção a esses pacientes. Disponível em: <https://www.pfizer.com.br/sites/default/files/inline-files/3_Ebook_Calendario_Vacinal_.pdf>. Acesso em: 06 maio 2022.

Em 2019, a Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro publicou uma Nota Técnica às Coordenadorias Gerais de Atenção Primária, abordando a questão do acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) por pessoas vivendo com HIV/AIDS e recomendando que estas pessoas possam definir em qual unidade de Atenção Primária realizarão seu acompanhamento. Um dos questionamentos desta pesquisa é de como esta recomendação está se efetivando.

Por meio dessa nota técnica, em relação ao fluxo de atendimento na unidade de saúde da atenção básica, é possível realizar o tratamento de HIV/AIDS numa Clínica da Família que não seja de referência do usuário, ou seja, que não pertença ao seu território.

Desse modo, no caso de recusa do paciente em ser atendido em sua unidade de referência, por motivos de sigilo e confidencialidade, ele poderá optar pelo tratamento em outra unidade de atenção primária, dentro ou fora de sua área programática de residência, onde realizará também todos os exames relativos ao tratamento da infecção pelo HIV/AIDS e acessará a farmácia para retirar os antirretrovirais.

No que se refere ao atendimento de pessoas de outro território, 60% (6 médicos) afirmaram que atendem e têm pacientes de outros territórios, respondendo que:

Quadro 36 - Atendimento de paciente fora do território

MÉDICO/A	RESPOSTA
Médico 2	"Atendo paciente de fora do território".
Médica 8	"Sim, consigo cadastrar".
Médico 7	"Sim, atendo paciente de outra área".

Fonte: Autoria própria, 2021.

10% (1 médica) falou que a unidade não atende pessoas de outros territórios e nem possuem pacientes que não sejam do próprio território: "só atendo pacientes do território, atualmente".

Além disso, 30% (3 médicos) falaram que atendem pacientes de outro território, contudo não possuem pacientes de HIV de outra localidade nas suas unidades de atendimento: "não houve demanda" (médicas 4 e 5); "sem demanda. Há dificuldade em buscar o paciente que não é do território" (médica 6).

Observamos a tentativa de garantir o direito de escolha (da unidade de atendimento) e a flexibilidade nas regras formais de acesso e acompanhamento

para as pessoas que vivem com HIV na unidade como um esforço em direção à integralidade.

As pessoas vivendo com HIV/AIDS já estão no território, podem apresentar outras demandas de saúde e podem escolher onde tratar-se (respeitando sua escolha, não constranger a ficar num único lugar e ampliar as possibilidades). Esse cenário se configurou dessa forma em razão da questão do sigilo em torno do diagnóstico de HIV. No entanto, o fato da pessoa tratar-se em outro território não resolve, por si só, a questão da necessidade em preservar o sigilo deste paciente.

5.3.3.

Eixo de análise acerca das dificuldades: dificuldades e possibilidades, comentários e sugestões

A) As dificuldades e as possibilidades para a realização do tratamento da pessoa com HIV/AIDS

É notório que a descentralização trouxe não apenas mais acesso aos serviços de saúde para o tratamento de HIV, mas também questões que precisam ser identificadas. São inúmeras as dificuldades para a realização do atendimento de paciente com HIV/AIDS, principalmente na atenção básica, pois se relacionam com o atendimento no território do usuário, no qual este, geralmente, teme pelo sigilo.

Dentre essas dificuldades, os médicos citaram:

Quadro 37 - Dificuldades para o atendimento médico

MÉDICO/A	RESPOSTA
Médica 1	"Adesão, agendamento, abandono, resgate de registro em prontuário, pouco tempo de consulta (20 minutos de consulta, por paciente), dificuldade de registrar tudo no sistema, alguns formulários são preenchidos a mão e não são registrados no sistema, dificuldade de acompanhar essa doença".
Médico7	"Adesão e sigilo".
Médico 2	"Burocracia, sigilo, condições de vida precárias dos pacientes, mudança de gestão, falta de comunicação com os profissionais; só há 02 equipes na unidade, o ex-prefeito Marcelo Crivella reduziu uma equipe, há 10.000 pessoas cadastradas na unidade".
Médica 4	"Sigilo e estigma da doença".
Médica 3	"Quando o paciente perde a consulta e fica indo na unidade para tentar um encaixe sem agendamento".

Médica 4	“Diagnóstico precoce como possibilidade, principalmente o que acontece através do pré-natal; dificuldade de trabalhar com agente comunitária de saúde para manter o sigilo”.
Médica 5	“A maioria dos pacientes quer ser acompanhada pelo infectologista devido à questão do território e sigilo”.
Médica 6	“Dificuldade quando não acontece o agendamento, pois a unidade é ampla e os profissionais têm que atender demanda espontânea, isso atrapalha, às vezes”.
Médica 8	“Sigilo e abandono como dificuldades”.
Médica 9	“Formulários específicos que estão sempre em atualização; dificuldade de trabalhar a aceitação do diagnóstico nos pacientes, principalmente os mais jovens; dificuldade quando precisa encaminhar o paciente para atendimento com a Psicóloga”.
Médica 10	“Sigilo porque o paciente se trata perto de casa”.

Fonte: Autoria própria, 2021.

Em relação ao relato do médico 2, quanto a redução da equipe da unidade de saúde, sabemos que a própria Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (2017) aprofunda a focalização na atenção primária. A PNAB (2017) reduziu o número de agente comunitária de saúde por equipe, reduziu a própria equipe (ficando só com um médico e um enfermeiro), um agente comunitário de saúde para mais de 4mil pessoas, restringindo ainda mais a possibilidade do cuidado na atenção primária a saúde.

Cada profissional, no seu cotidiano, identificou vários elementos que dificultam seu trabalho e, conseqüentemente, o tratamento dos pacientes. São muitos pontos levantados a serem melhor trabalhados e que precisam de estratégia para superação.

Os profissionais na Clínica da Família utilizam o prontuário eletrônico por meio do e-SUS. De acordo com o Ministério da Saúde¹⁴⁴, o e-SUS Atenção Primária de Saúde (e-SUS APS) é uma estratégia para reestruturar as informações da Atenção Primária em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população.

Nos serviços que assistem pessoas com HIV/AIDS, há uma situação paradoxal: é boa e homogênea a disponibilidade de antirretrovirais e exames específicos, cuja provisão é responsabilidade do Governo Federal; porém é insuficiente e heterogênea a disponibilidade de outros recursos essenciais, como a presença de médicos, cuja provisão depende da infraestrutura local do SUS. A

¹⁴⁴ Disponível em: <<https://sisaps.saude.gov.br/esus/>>. Acesso em: 06 dez. 2021.

insuficiência do gerenciamento técnico local dos serviços soma-se à deficiente integração entre os diversos níveis de atenção envolvidos no cuidado em HIV, desde a atenção primária até a ambulatorial especializada e a hospitalar (ABIA, 2016, p. 36).

As pessoas que vivem com HIV/AIDS entram no sistema de saúde e permanecem fazendo uso dele por tempo prolongado, de modo a exigir capacidade de absorção dos serviços.

Por se tratar de atendimento na unidade do território, no contexto do município do Rio de Janeiro, em algumas localidades, tem-se o território dominado pelo tráfico ou por milicianos. Essa situação provoca dificuldade para acesso ao serviço de saúde, bem como a presença dos profissionais na localidade. Em referência ao tratamento de HIV/AIDS, essas pessoas têm mais um motivo para terem seu diagnóstico resguardado, pois sabemos que, quando esses pacientes são identificados pela comunidade ou pelos traficantes, muitas vezes, eles são expulsos do seu local de moradia. Acreditamos que esse cenário se apresenta como um impedimento cruel ao tratamento.

Logo, quem tem poder nessas localidades, geralmente, são os líderes do tráfico ou da própria milícia (poder criminoso). Essas pessoas não são aculturadas. Elas também são formadas por uma cultura, por uma moral. Então, tem uma determinada lógica nesses espaços, onde o extermínio é muitas vezes uma forma de solucionar os problemas deles. Se apresenta como se fosse uma “limpeza étnica”. É como se fosse um xenofobismo, uma “sorofobia”.

Assim, nesse aspecto identificamos uma chave analítica através da noção higienista da sociedade. Como se a pessoa que tivesse HIV/AIDS fosse promíscua, profissional do sexo, tivesse “sangue sujo” ou algum tipo de “menos valia”. Não podemos desconsiderar, também, um recorte de perspectiva religiosa conservadora que dissemina uma noção de sexo/sexualidade como algo vinculado ao pecado.

Em relação aos desafios para a realização do tratamento da pessoa com HIV/AIDS, ressaltamos que o que se refere aos direcionamentos da Política é difícil fazê-la sair do papel, se efetivando de fato. Contemplar as demandas específicas da população e compreender as ações e tecnologias de cuidados que visam à prevenção e promoção de saúde é bastante desafiador. Além desses desafios, tem-se: formação dos profissionais, abrangência e cobertura, pandemia da COVID-19, gestão e participação social.

B) Comentários ou sugestões para uma possível alteração do tratamento de HIV/AIDS na atenção básica

Em relação às sugestões de como ajustar os serviços ofertados ao tratamento de HIV na unidade básica de saúde, é importante debater sobre os desafios e as necessidades enfrentadas. Como nos dizem Furtado et al. (2021, p. 07), não podemos deixar de reconhecer os diversos desafios que a atenção básica sempre enfrentou e vem enfrentando cronicamente, para se consolidar como modelo assistencial que objetiva ampliar o acesso ao sistema de saúde, dentro de uma proposta de um modelo preventivo, coletivo, territorializado e democrático.

No que diz respeito aos comentários e às sugestões para possíveis alterações no modo de atendimento ao paciente de HIV, os entrevistados comentaram:

Quadro 38 - Comentários e sugestões

USUÁRIO/A	RESPOSTA
Médica 3	"Necessidade de matriciamento ¹⁴⁵ mais próximo e/ou presencial, ainda que fosse irregular, em todas as CAPS".
Médica 5	"Mais testagem".
Médica 4	"Menos burocracia (simplificar formulários)".
Médica 1	"Acesso ao SISCEL ¹⁴⁶ ; capacitação para conscientização da garantia do sigilo do diagnóstico junto às agentes comunitárias de saúde; dificuldade de presença do paciente com HIV pelo sigilo. É preciso pensar numa forma de visita domiciliar para paciente de HIV porque eles não querem a presença da agente comunitária de saúde e não tem como fazer visita domiciliar sem a agente".
Médico 2	"Inserir relatório de HIV (formulário embutido), com perguntas específicas, no sistema informatizado da atenção básica, como acontece com a gestante no pré-natal. Teria que ter campo para preenchimento de dados de exames de carga viral, esquema de antirretroviral, vacinas, exame de PPD (derivado proteico purificado, para investigação de tuberculose)".
Médica 9	"Ter opções mais próximas do território para atendimento com infectologia, principalmente gestante com HIV".
Médica 10	"É importante a questão do vínculo com o profissional e os pacientes mais antigos ficarem na Policlínica (quando houve a descentralização), pois ficou confuso, dificultou a adesão, criou expectativa e gerou comparação nos atendimentos, por parte do paciente (comparação entre os atendimentos do infectologista da policlínica e o médico da Clínica da Família)".

Fonte: Autoria própria, 2021.

¹⁴⁵ Segundo Iglesias e Avellar (2019, p. 02), o matriciamento consiste em um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico-pedagógico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população.

¹⁴⁶ O SISCEL é o Sistema de controle de exames laboratoriais da Rede nacional de contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV. Consiste em sistema web que foi desenvolvido para os profissionais que atuam na esfera da assistência e são solicitantes desses exames. Nele, os profissionais podem ter acesso aos resultados dos exames via web. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/sistema-de-informacao/sistema-de-controle-de-exames-laboratoriais-da-rede-nacional-de-contagem-de>>. Acesso em: 06 dez. 2021.

Quanto a essa questão de os pacientes antigos ficarem em atendimentos com seus médicos e os novos pacientes de HIV/AIDS seguirem para as unidades básicas, acreditamos que seja o mais adequado, pois atende um desejo do paciente e facilita a adesão. Porém, a preocupação era desafogar as agendas dos infectologistas das policlínicas para que tivessem vagas para os novos pacientes, para quando precisassem de algum tipo de acompanhamento com essa especialidade. O entendimento é de que paciente estabilizado clinicamente poderá ser acompanhando na atenção básica, sem maiores dificuldades.

Dessa forma, vimos que a pandemia da COVID-19 trouxe perda no tratamento e diagnóstico do HIV/AIDS, já que há vários estudos mostrando que houve um certo prejuízo, não somente no tratamento, mas também nos métodos preventivos (que incluem o uso de medicação periódica) e na retirada de antirretroviral nas farmácias. A pandemia diminuiu os contatos sexuais, embora tenha continuado acontecendo. Assim, a interrupção das medidas preventivas trouxe dano.

Como nos dizem Parker et al. (2020, p. 22), é fato que a resposta brasileira ao HIV/AIDS já vinha sofrendo retrocessos históricos e perdas imensuráveis do ponto de vista político nos últimos dez anos. A COVID-19 tornou este cenário ainda mais caótico e preocupante. Em termos de continuidade programática, por exemplo, a maioria dos programas governamentais de AIDS (nos níveis federal, estadual e municipal) foram desacelerados, o que complicou o acesso. Além disso, nada foi feito para fornecer informações sobre métodos de prevenção para um sexo mais seguro no contexto da COVID-19.

Da mesma forma que naqueles pacientes que já tinham o HIV/AIDS e faziam tratamento, com a suspensão das consultas médicas, isso também acarretou um certo prejuízo no tocante à continuidade do tratamento. Entretanto, no Brasil, contornamos essa situação de uma forma importante, no que diz respeito à retirada de medicação. Nesse viés, as farmácias dispensadoras de antirretroviral estariam autorizadas a liberar por mais três meses as medicações e, depois, houve a renovação da receita médica de um novo prazo de três meses. Dessa maneira, garante-se a continuidade do tratamento, além de ter havido continuidade das consultas por meio virtual, a chamada Telemedicina.

Nas Clínicas da Família, os pacientes tiveram acesso ao formulário de antirretroviral para a retirada de medicação por 180 dias. Desse modo, identificamos fundamental o levantamento de sugestões e estratégias, que se apresentaram como viáveis, para serem trabalhadas a fim de superar as

dificuldades e os entraves nos atendimentos dos pacientes que tratam o HIV/AIDS na atenção básica.

Vimos como a Política torna um problema mais visível para os usuários, profissionais e gestores como a questão da AIDS que não foi resolvida. A luta não é só de um profissional, de um segmento, ou de uma política. Lógico que a política precisa considerar essa questão e fazer todo o esforço para se blindar disso, para proteger o usuário para chegar ao atendimento.

Um tratamento medicamentoso onde essas pessoas se tornem invisíveis, silenciadas, ele é aceito. Mas algo para discutir a sexualidade, a morte, a doença, a fragilidade humana, isso tem sido negado. Seria um espaço de educação, mas não uma educação ajustadora e, sim, uma educação esclarecedora.

5.4. Dados dos gerentes das unidades de saúde

5.4.1. Dados profissionais dos gerentes das unidades de saúde

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (2017) recomenda a inclusão do Gerente de Atenção Básica com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e a qualificação do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, em especial ao fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita, por meio de função técnico-gerencial. A inclusão deste profissional deve ser avaliada pelo gestor, segundo a necessidade do território e a cobertura de atenção básica.

A PNAB (2017) entende por Gerente da atenção básica um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior, com o papel de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e da comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações. É importante ressaltar que o gerente não seja profissional integrante das equipes vinculadas à unidade básica de saúde e que possua experiência na atenção básica.

Do total de dez gerentes que participaram da pesquisa, nove são do sexo feminino e um é do sexo masculino. Estes resultados apontam para uma força de

trabalho predominantemente feminina, com alguma experiência profissional, considerando o tempo em que estão atuando na atenção básica.

A) Formação Profissional

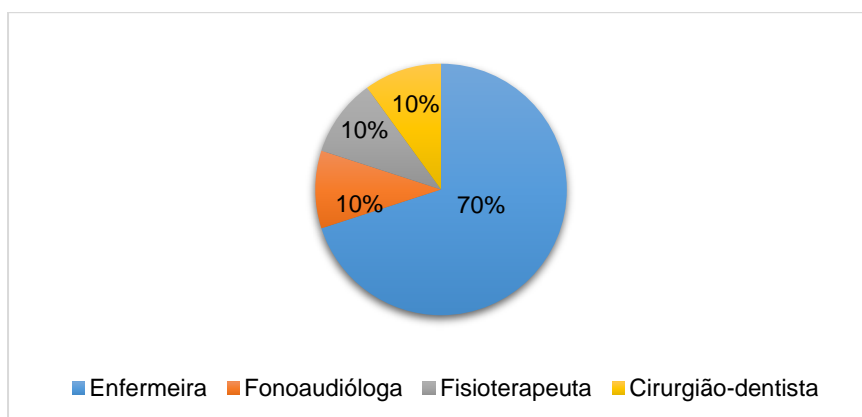


Figura 37- Formação profissional.
Fonte: Autoria própria, 2021.

No que se refere à formação profissional dos gerentes das unidades, o gráfico mostra que 70% (7 gerentes) são enfermeiras, 10% (1 gerente) é cirurgião-dentista, 10% (1 gerente) é fisioterapeuta e 10% (1 gerente) é fonoaudióloga.

Na literatura sobre o perfil deste novo profissional que passa a integrar o trabalho das equipes de unidades básicas de saúde, alguns estudos demonstram que, mesmo com a tendência de inserção de outras categorias profissionais da área da saúde na Gerência de unidade básica de saúde, ainda são encontrados casos em que este cargo é exercido integralmente por enfermeiras (BLOISE, 2015, p. 60).

Contudo, em relação à formação profissional, nesta pesquisa, observamos uma tendência no sentido de um perfil multidisciplinar. Apesar da predominância das enfermeiras (7) seguida de cirurgião-dentista (1), é possível registrar a presença de outras duas gerentes de categorias profissionais distintas, sendo elas: fisioterapeuta (1) e fonoaudióloga (1). Vemos que essa abertura para novas categorias profissionais na função gerencial aponta para uma ação mais interdisciplinar no que diz respeito ao modelo de atenção básica.

Quanto à complexidade em que se configura o trabalho desses gerentes, no qual nem sempre existe equilíbrio em relação ao número de equipes e usuários coordenados por cada gerente, além das especificidades de cada território coberto por essas equipes, características pessoais como liderança, autonomia, habilidades para a mediação de conflitos e conhecimento técnico para a gerência

das unidades, são fundamentais para orientar o trabalho das equipes, dentro da perspectiva do trabalho gerencial e garantia dos princípios da estratégia de saúde da família.

Nesse sentido, é importante desenvolver as ações considerando o diagnóstico territorial, o perfil epidemiológico e os dados dos sistemas de informação da atenção básica.

B) Tempo de serviço na atenção básica e na unidade de saúde pesquisada

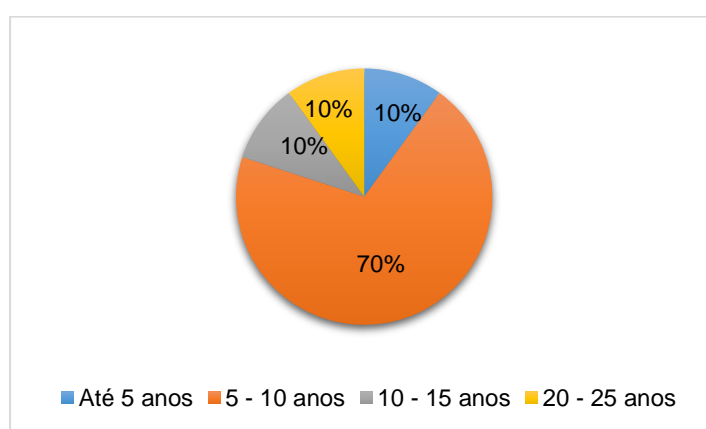


Figura 38 - Tempo de serviço na atenção básica.
Fonte: Autoria própria, 2021.

No que se refere ao tempo que os gerentes estão na atenção básica de saúde, 70% (7 gerentes) têm de 5 a 10 anos de atuação na atenção básica, 10% (1 gerente) trabalha na atenção básica até 5 anos, 10% (1 gerente) atua entre 10 e 15 anos, e 10% (1 gerente) trabalha entre 20 e 25 anos.

Já referente ao tempo desses gerentes na unidade, a figura abaixo revela que 80% (8 gerentes) têm até 5 anos de atuação na unidade, 10% (1 gerente) atua na unidade entre 5 e dez 10, e 10% (1 gerente) atua na unidade entre 10 e 15 anos.

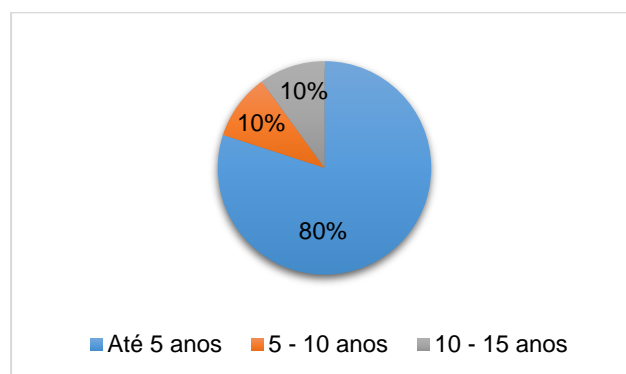


Figura 39 - Tempo de serviço na unidade de saúde pesquisada.
Fonte: Autoria própria, 2021.

Esse tempo de envolvimento com a unidade é positivo para um melhor conhecimento do território, dos pacientes, dos profissionais, das especificidades daquele local, onde tudo isso irá colaborar na resolução dos problemas, bem como na mediação dos conflitos.

5.4.2.

Eixo de análise referente aos atendimentos: como era organizado o atendimento ao paciente com HIV/AIDS e como acontece atualmente

A) Como era organizado o atendimento ao paciente com HIV/AIDS até 2013

Em meados dos anos 2000, manuais do Ministério da Saúde já indicavam a interseção entre HIV/AIDS e atenção básica em ações preventivas, mobilização comunitária, aconselhamento e cuidados gerais da saúde de pessoas vivendo com HIV/AIDS (BRASIL, 2006; 2005; 2003).

Houve a proposta de descentralização do acesso ao diagnóstico para a atenção básica, por meio da oferta de teste rápido para HIV/AIDS e sífilis e aconselhamento nas unidades básicas de saúde. Em nível nacional, essas ações passaram a ser preconizadas pela Portaria nº 77, de 12 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012), que dispõe sobre a realização de testes rápidos na atenção básica para a detecção de HIV/AIDS e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais (BRASIL, 2013b).

Com isso, a novidade consiste na inserção da oferta do diagnóstico nas unidades básicas de saúde e na possibilidade de acompanhamento das pessoas

que vivem com HIV, de modo corresponsável com os serviços especializados, expressando a passagem de um modelo centralizado para um modelo matriciado (BRASIL, 2014a).

O teste rápido também foi visto como uma possibilidade não só de promover o diagnóstico, mas de acionar ações de prevenção, mediante a exposição do usuário com a situação de testagem e a abordagem realizada no aconselhamento. Ao se referir ao teste como “mola de propulsão”, designa-se o sentido do teste como disparador de uma série de outros efeitos: prevenção sob a prática do aconselhamento, diagnóstico precoce, inserção de outra abordagem da temática da sexualidade, cadastro do paciente para tratamento e acompanhamento, em caso de resultado positivo (ZAMBENEDETTI, 2014 p. 112).

No que concerne ao atendimento ao paciente de HIV/AIDS antes da descentralização, os gerentes comentaram que era mais centrado no médico. Sempre houve testagem e, em caso positivo, fazia o encaminhamento ao infectologista da policlínica do território. A diferença é que hoje o paciente faz o teste e é vinculado à unidade para o tratamento e outros profissionais também participam, como a enfermeira e a farmacêutica, por exemplo.

Como na fala das gerentes:

Quadro 39 - Como era o atendimento de HIV antes da descentralização

GERENTE	RESPOSTA
Gerente 6	“Antes era mais o médico-paciente para o atendimento. Fazia o teste e encaminhava para o infectologista. Atualmente, faz o teste, em caso de resultado positivo, vincula o paciente à unidade. Para o teste rápido, há uma consulta prévia, orientamos, entregamos o resultado (enfermeira ou médico). A consulta de aconselhamento acontece com orientações da enfermeira. A enfermagem também se envolve no atendimento. Sempre houve testagem”.
Gerente 9	“O fluxo de atendimento é semelhante ao atual. Antes da descentralização, havia até coleta de linfócitos TCD4 na unidade. Sempre houve testagem”.
Gerente 10	“Com a descentralização ficou mais fácil para encaminhar. Há facilidade para consulta. O atendimento de HIV é acelerado”.
Gerente 5	“A unidade já fazia teste rápido. Havia um bom suporte, pois as enfermeiras (que faziam o acolhimento) aproveitavam o atendimento pré-teste e faziam exame físico no usuário, identificando sintomas de pele, por exemplo. Entre 2013 e 2016, faziam o teste rápido e o teste sorológico também. Se o teste desse positivo, o médico dava o resultado e já fazia o cadastro do paciente na unidade para iniciar o tratamento, solicitava exames, inclusive carga viral e linfócitos TCD4 e, fornecia receita de antirretroviral. O novo paciente se dirige até o setor de administração para solicitar o RioCard e se cadastrar na planilha do setor. O médico deixa a consulta agendada para retorno

	em poucos meses, até completar o primeiro ano do tratamento. Durante esse período, o paciente é acompanhado mais de perto. Regularmente, a consulta acontece a cada seis meses, com liberação de receita para seis meses também. Na primeira consulta, há o encaminhamento para o infectologista através do SISREG (a consulta é liberada em até um mês). O atendimento fica compartilhado”.
--	--

Fonte: Autoria própria, 2021.

Todavia, muitas gerentes não estavam na unidade no período em que o atendimento de HIV/AIDS não era descentralizado, portanto, não participaram desse processo na época, não vivenciando o atendimento de HIV/AIDS antes da descentralização: “não recordo como era na unidade onde eu trabalhava nessa época” (gerente 4).

Esta memória é importante para construir esse caminho de alteração de atendimento dessa demanda e adaptação das atividades referentes a ela.

Quanto à questão do acesso ao teste rápido, em razão do sigilo, a gerente 9 comenta que: “às vezes, acontece de o paciente procurar o teste rápido na administração da Clínica da Família por não querer se identificar na entrada da unidade, nem passar pela triagem e nem ser atendido pela agente comunitária de saúde e nem pela técnica de enfermagem. Dessa forma, a testagem fica restrita apenas a gerente e a enfermeira”.

Bloise (2015, p. 70) informa que a mediação de conflitos/arranjos representa um papel fundamental na identificação do problema, atores envolvidos, motivos e objetivos, oportunizando encontros para a resolução da situação e encontrando as melhores estratégias para lidar com as diversas ocorrências.

Desse modo, as gerentes informam que buscam “manter sigilo na equipe, em que a agente comunitária de saúde não fica sabendo da situação dos pacientes em tratamento de HIV/AIDS. Apenas o médico e a enfermeira cientes e com o contato telefônico desses pacientes”. Além disso, “Não entregamos encaminhamento do SISREG de infectologista na mão de ninguém” (gerente 9), e: “há dificuldade de vínculo com paciente por causa do estigma. Outra dificuldade também é que o tratamento na Clínica da Família é compartilhado – vários profissionais atendem o mesmo paciente na unidade (dificuldade de manter a discrição, o sigilo dentro da própria equipe)” (gerente 5).

O cenário pandêmico modificou os atendimentos e os processos de trabalho. A gerente 5 informa que: “antes da COVID-19, havia orientações sobre infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) na entrada da unidade, bem como a oferta de testagem rápida. Agora só estamos atendendo sintomáticos para

COVID-19 na entrada da unidade”. Numa fala de uma gerente: “atualmente, estamos com demandas de vacina e sintomáticos para COVID-19. Realizamos mais testes para gravidez do que HIV/ISTs, acho que deveríamos ampliar a testagem para HIV/ISTs” (gerente 8).

Percebemos que os serviços de saúde, por sua vez, estão se concentrando nos atendimentos prioritariamente de casos de COVID-19, em que os funcionários estão focados para ajudar no cuidado e tratamento dos pacientes da COVID-19. Resta as outras demandas, incluindo as de atendimento ao HIV/AIDS, enfrentar a não oferta de serviços necessários, o que reflete um quadro de desinvestimento do Ministério da Saúde na área da saúde pública. Assim, a COVID-19 tem mostrado este triste cenário de forma aguda.

Nesse debate, é importante destacar alguns aspectos abarcados na publicação “Descentralização das políticas e ações em saúde: impactos e desafios para o enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS” (ABIA, 2011), que se refere aos anais de evento do mesmo título promovido pela Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), em 2010.

A partir das discussões realizadas, algumas indicações foram sugeridas, quais sejam: necessidade de diferenciação do modo como ocorre a descentralização, tendo em vista as especificidades municipais; necessidade de participação social no processo de descentralização – devendo-se considerar tanto a lógica da tecnoburocracia quanto a lógica da participação social; necessidade de qualificação do processo de descentralização, por meio de momentos de capacitação e educação permanente.

Estas últimas publicações nos mostram que existe um movimento progressivo de descentralização das ações de atenção em HIV/AIDS para a atenção básica, o qual apresenta muitas potencialidades. Contudo, apresenta dificuldades e riscos, como a questão do sigilo e a expansão das abordagens biomédicas no campo do HIV/AIDS, devendo ser identificados e discutidos.

Nesse cenário pandêmico, sabemos que houve o surgimento de vacinas eficazes contra o SARS-CoV-2, em que a atenção básica implementou a Campanha Nacional de Vacinação contra a COVID-19, alcançando brasileiros de todos os extratos populacionais e regiões geográficas. Nesse viés, a vacinação é uma ação prioritária, efetiva e estratégica da atenção básica.

Dessa forma, acreditamos que seja importante fortalecer a atenção básica de saúde como estratégia para promover ações de vigilância em saúde, educação

em saúde e proporcionar à população acesso equitativo a atendimento médico, telemedicina, testes, diagnósticos e vacinação (CASTRO et al., 2021, p. 20).

Por fim, a pandemia, além de mostrar a importância da atenção básica para o sistema de saúde, alertou-nos que, apesar dos inúmeros desafios que estão sendo enfrentados, a atenção básica deve ser fortalecida e encontrar meios para superá-los a fim de garantir a universalidade e integralidade no cuidado.

B) Como está organizado o atendimento de HIV/AIDS na atenção básica nos dias atuais

A estratégia da inserção do teste rápido, do aconselhamento e do acompanhamento da pessoa que vive com HIV/AIDS dentro da unidade básica de saúde representa uma ruptura em relação às diretrizes políticas até então implementadas no município, consideradas centralizadoras – ou seja, com foco nos serviços especializados (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2016, p. 788).

Atualmente, por meio da linha de cuidado, o usuário deverá ser atendido preferencialmente na Clínica da Família de seu território de moradia. No entanto, em circunstâncias em que o paciente – por razões que envolvem o sigilo e a confidencialidade da sorologia – decide não realizar o tratamento próximo ao seu local de moradia, pode realizá-lo em qualquer outra unidade da atenção básica. Em alguns casos específicos, se o tratamento não puder continuar na unidade de atenção básica, o encaminhamento será feito para a atenção especializada, via SISREG.

Dessa maneira, como nos diz Guida Silva (2020)¹⁴⁷, a linha de cuidado acaba por se apresentar de diferentes maneiras para cada um dos atores em cena. Para a gestão, orienta as ações e os investimentos. Para os profissionais da assistência, a linha de cuidado serve como um norteador de suas ações de acordo com os protocolos, fluxos, além de padronizar o atendimento (sem engessá-lo). Para os usuários, por sua vez, orienta com relação aos fluxos (possibilidades de serviço) e direitos. Guida Silva apontou a importância desses atores pactuarem modos de estruturação de algumas práticas.

¹⁴⁷ Fala proferida por Guida Silva, gerente do programa de HIV, da Secretaria Municipal de Saúde da cidade do Rio de Janeiro no Seminário Coro de vozes numa teia de significados: sobre o cuidado às pessoas vivendo com na Rede de Atenção à Saúde, que aconteceu no Rio de Janeiro durante os dias 11 e 12 de fevereiro de 2020. Disponível em: <<https://informe.ensp.fiocruz.br/assets/anexos/b37b4a0fe296b1198081fbccd3c8176d.PDF>>. Acesso em: 22 set. 2022.

No que diz respeito à organização do atendimento atualmente, no geral, a pessoa comparece à unidade de saúde, faz o teste rápido para HIV/AIDS e recebe o atendimento da enfermeira. A testagem é feita pela técnica de enfermagem e o paciente é orientado a levar o/a parceiro/a para testar também. O resultado, sendo positivo, o médico ou a enfermeira informa-o. O médico faz um atendimento inicial, solicitando exames específicos, fornecendo receita antirretroviral e cadastra o paciente na unidade, por conseguinte, é agendada uma nova consulta. A realização do teste é de livre demanda, inclusive, para usuários de outro território.

Os médicos também comentam que esses são os caminhos que o usuário faz na unidade de saúde.

Na fala das entrevistadas:

Quadro 40 - O atendimento de HIV na atenção básica

GERENTE	RESPOSTA
Gerente 3	“Melhorou o acesso. É livre demanda para testagem e atendimento. Não fazemos atividade busca ativa no território”.
Gerente 6	“É agendada a consulta a partir dos resultados dos exames. A agente comunitária de saúde informa ou convoca o usuário à unidade de saúde. O paciente recebe receita e, posteriormente, retorna à unidade para renovar essa receita médica. Muitas vezes, a farmacêutica avisa quando precisa renovar a receita. O paciente faz o exame de carga viral. Recebe o acolhimento da enfermagem. O resultado quem divulga é o médico. O paciente é encaminhado para fazer exames específicos e retirar os remédios na farmácia. É utilizado o site laudo.aids ¹⁴⁸ , que é restrito (médicas e enfermeiras). Garante sigilo”.
Gerente 9	“A pessoa faz o teste. O acolhimento acontece com a enfermeira. Ela também faz o aconselhamento. A técnica de enfermagem realiza o teste, a enfermeira dá o resultado. Em caso positivo, a pessoa é encaminhada ao médico. Há a notificação do caso. O parceiro do paciente é convocado para testagem. A agenda de HIV/AIDS se manteve aberta na pandemia (é atendimento prioritário). Há oferta de testagem nas consultas”.
Gerente 4	“Fazemos o teste rápido. Em caso de resultado positivo, o paciente é cadastrado na unidade, com referência de equipe”.
Gerente 10	“Fazemos a testagem e o vínculo na unidade. Coleta de exames na unidade (dia de segunda-feira, para manter o sigilo e não misturar os pacientes de outras doenças na fila). Não há relatos de constrangimento com a agente comunitária de saúde. Há o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com Psicologia e Serviço Social no território (unidade de saúde vizinha). O atendimento precisa ser agendado, pois estas profissionais estão na unidade uma vez na semana”.
Gerente 1	“Identificamos uma grande dificuldade da população em acessar seus direitos. Quanto maior a pobreza, menor o acesso a direitos. Fazemos ampla testagem e realizamos o acolhimento ao paciente que testa positivo. O médico informa o resultado. Há Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (sem demanda para HIV/AIDS). Há programa de residência na unidade”.

¹⁴⁸ O site <<https://laudo.aids.gov.br/login>> é utilizado pelo profissional de saúde que atende paciente em tratamento de HIV/AIDS, em que esses profissionais consultam os resultados dos exames e dispensação de medicações dos pacientes.

Gerente 7	“O atendimento de HIV/AIDS é livre para qualquer usuário, com testagem rápida e vinculação na unidade, caso o teste tenha resultado positivo. Atendemos pacientes de outras áreas também”.
Gerente 8	“Inicialmente, os profissionais resistiram para atender HIV/AIDS. Atualmente, o profissional aceita mais o paciente de HIV/AIDS. Houve capacitação. Há testagem, solicitação de carga viral e outros exames, liberação de receita de antirretroviral”.
Gerente 2	“A enfermagem faz o teste rápido. Faz atendimento com teste rápido. Demanda livre, para qualquer território. O paciente que testa positivo para HIV/AIDS é encaminhado para atendimento com o médico. É encaminhado também para o infectologista (na policlínica), atendimento compartilhado. Renova receita também”.

Fonte: Autoria própria, 2021.

A maioria das unidades faz atividade busca ativa de paciente. Em algumas situações, “a agente comunitária de saúde vai até a casa do paciente e comunica da consulta marcada, mas não sabe do diagnóstico. Equipe técnica restrita para acessar o paciente de HIV/AIDS” (gerente 8).

Quanto ao suporte do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), as unidades contam com esse serviço, havendo agenda disponível e dias já sinalizados para o atendimento, com a identificação da demanda do paciente, o qual é encaminhado ao atendimento com os profissionais do NASF. Há atendimento da Psicologia, a demanda para o Serviço Social é encaminhada ao Centro de referência de assistência social (CRAS), a demanda de Psiquiatria é encaminhada ao SISREG ou ao Centro de atenção Psicossocial (CAPS). A gerente alega que: “é importante o contato, o vínculo, e a sensibilização” (gerente 5). Em uma unidade: “há um CRAS no mesmo prédio da unidade. Às vezes, encaminho ao CRAS” (gerente 2).

Em uma unidade na zona sul do município ocorre que: “há uma distinção entre o ‘paciente de comunidade’ x ‘paciente de asfalto’” (gerente 2). O paciente de comunidade, como o termo já informa, reside na comunidade do entorno da Clínica da Família, o de asfalto reside nas ruas do entorno da unidade, o qual é residente de imóveis valorizados na região, geralmente tem plano de saúde e não deseja fazer qualquer acompanhamento na unidade básica de saúde. A própria gerente diz que “há menos vínculo com o paciente do asfalto. O paciente da comunidade tem mais vínculo com a equipe. Os mais ricos com menos envolvimento com as atividades da Clínica da Família” (gerente 2).

Com relação à aplicação dos testes rápidos para HIV/AIDS nas unidades básicas de saúde, foi relatada uma dificuldade inicial nesse processo para incorporação da atividade, em que os gerentes, de um modo geral, comentavam o seguinte: “mais uma tarefa”, “dúvida sobre poder confirmatório do teste”, “quem

pode realizar o teste? ”, caracterizando o início do processo de testagem na atenção primária.

Dessa forma, inicialmente, houve uma dificuldade no processo de incorporação da atividade de testagem rápida na atenção básica de saúde, em virtude de ser mais uma atividade da atenção básica, da necessidade de organização do fluxo, do treinamento dos profissionais (já sobrecarregados com tantas demandas), do desafio do aconselhamento pré e pós teste, dentre outras.

Contudo, atualmente, já há um grau de implementação desses testes de forma bastante avançada nessas unidades. Identificamos diferentes arranjos nas unidades para a oferta do teste rápido (com dias e horários específicos ou atividades no território. Enfim, há várias formas de trabalhar essa questão do teste). Todavia, essa atividade foi reduzida (tanto a procura, por parte dos usuários, quanto a oferta, em decorrência da pandemia).

5.4.3.

Eixo de análise acerca da descentralização do tratamento: proposta, estrutura e avaliação

A) As propostas da descentralização do tratamento do HIV/AIDS

Em relação às justificativas para o processo de descentralização, Zambenedetti, (2014, p. 111) comenta que há um inchaço dos serviços especializados, decorrente tanto do crescimento do número de pessoas atendidas, da não reposição de profissionais que se afastaram daqueles serviços, bem como do aumento da expectativa de vida da pessoa que vive com HIV/AIDS. Com isso, a discussão sobre os processos de descentralização é bastante complexa, pois envolve aspectos administrativos, financeiros, assistenciais, entre outros.

Dessa maneira, um dos argumentos para a descentralização do tratamento de HIV/AIDS é a possibilidade de aumentar o acesso aos serviços. Os apoiadores desse processo alegam que os serviços de assistência especializada (SAEs) estão lotados, uma vez que os pacientes de HIV/AIDS não têm previsão de alta médica.

Como alternativa para a expansão da assistência em AIDS, o Ministério da Saúde, recentemente, passou a recomendar maior alocação do cuidado e do

tratamento de pessoas com HIV/AIDS nos serviços de atenção primária, cuja rede é bastante extensa e heterogênea no país, incluindo unidades básicas de saúde e equipes de saúde da família (ABIA, 2016, p. 36).

Na realidade, segundo Zambenedetti e Silva (2016, p. 790), a proposta de descentralização envolvia as seguintes mudanças:

- Inserção de teste rápido e aconselhamento nas unidades de saúde;
- Solicitação de exames de linfócitos TCD4 e carga viral pela unidade de saúde, assim como a realização da primeira consulta médica pós-diagnóstico;
- Acompanhamento das pessoas que vivem com HIV/AIDS assintomáticas nas unidades;
- Encaminhamento das pessoas que vivem com HIV/AIDS assintomáticas atendidas nos serviços especializados para os serviços de atenção básica;
- Atribuição da função de matriciamento aos serviços especializados, como Serviço de Assistência Especializada (SAE) e Centro de testagem e aconselhamento (CTA);

Esse processo envolveu uma reconfiguração do que é considerado atinente à atenção básica ou especializada. Considera-se que o acompanhamento da pessoa que vive com HIV/AIDS assintomática consiste basicamente no exame médico clínico periódico, solicitação de exames para acompanhamento da Carga Viral e situação imunológica, como também a emissão de receita médica, o que poderia ser realizado na atenção básica (ZAMBENEDETTI, 2014, p. 111).

No município do Rio de Janeiro, Melo (2020, p. 22) aponta alguns fatores específicos que funcionaram como catalisadores para o processo de acompanhamento das pessoas vivendo com HIV/AIDS na atenção primária no Rio de Janeiro: investimento (desde 2009) nas Clínicas da Família e a implementação dos testes rápidos na atenção primária proporcionou o aumento do número de diagnósticos e, em consequência, desvelou a necessidade da presença do tema na agenda da atenção primária.

Quanto à proposta da descentralização do tratamento, as gerentes das unidades pesquisadas não souberam responder. Oito delas responderam que não sabiam como ocorreu, uma explicou que a principal proposta se dá por meio do teste rápido e a outra comentou que o paciente não quer a descentralização, uma vez que prefere ser atendido pelo infectologista na policlínica.

Os pacientes com mais tempo de diagnóstico tiveram mais experiências quanto ao tratamento de HIV/AIDS. Muitos já foram atendidos em grandes hospitais ou em policlínicas e com infectologistas. Eles alegam que o acompanhamento tem mais qualidade e preferem ser acompanhados por esses especialistas.

As entrevistadas comentaram que:

Quadro 41 - A descentralização do tratamento de HIV na atenção básica

GERENTE	RESPOSTA
Gerente 6	“O teste rápido já acontece na unidade desde antes de 2012”.
Gerente 4	“Temos dificuldade de colocar a proposta da descentralização para o paciente, pois ele acha que tem que ser atendido pelo infectologista. Embora aconteça o encaminhamento para o infectologista”.

Fonte: Autoria própria, 2021.

O processo da descentralização se relaciona com os investimentos feitos pelo município. Os recursos orientados para serem bem investidos, devem considerar a segurança do usuário e a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, desenvolvimento e implementação de diretrizes locais com a participação de usuários e profissionais, educação permanente e treinamento profissional, além de tecnologia e sistemas de informação confiáveis para proporcionar um efetivo monitoramento e a avaliação das ações de saúde (BLOISE, 2015, p. 76).

Grande parte dos serviços de saúde públicos no Brasil passou a ser administrada por entidades privadas (Organizações Sociais). Algumas dificuldades, como a falta de profissionais e a baixa articulação entre os níveis de atenção do sistema de saúde, têm sido atribuídas a essa modalidade de gestão privada dos serviços, que também apresenta pouca transparência na prestação de contas, além de falhas de controle e fiscalização no uso dos recursos. Todas essas características somadas indicam a necessidade de garantia do acesso, de manutenção e fortalecimento dos serviços especializados de maior porte e complexidade, integrados, por certo, à atenção primária e aos demais serviços que hoje atendem pessoas com HIV/AIDS (ABIA, 2016, p. 38).

Nesse contexto de descentralização, a ABIA (2014, p. 09) informa que, se nos anos 1990, período de sua consolidação, a política de resposta ao HIV/AIDS, no Brasil, foi basicamente coordenada e induzida pelo Ministério da Saúde, a partir dos anos 2012, registra-se um crescente movimento de descentralização dessas políticas a qual acompanhou o processo de regionalização do SUS. A

descentralização atende as reivindicações políticas dos primórdios da reforma sanitária. Todavia, ela também deve ser compreendida como parte da lógica mais ampla de gestão de política no contexto neoliberal da década de 1990 que pregava a descentralização de sistemas como uma forma de eficiência e oferecia um intenso enxugamento dos recursos destinados à saúde.

No Brasil, isso se traduziu numa descentralização focada na municipalização com maior autonomia das instâncias municipais na gestão dos recursos. No entanto, lamentavelmente, a promessa de uma maior participação da sociedade civil organizada na gestão e formulação dessas políticas, agora regionalizadas, não se concretizou plenamente (ABIA, 2014, p. 09).

Percebemos que essa regionalização trouxe alguns desafios para a implementação efetiva da assistência e prevenção do HIV/AIDS.

Identificamos algumas representações sobre a descentralização do cuidado às pessoas que vivem com HIV/AIDS. Sabemos que, nos anos 1990, conforme o tratamento de HIV/AIDS foi sendo passível de controle, houve a descentralização do tratamento de HIV/AIDS dos hospitais para os ambulatorios (os chamados Serviços de Assistência Especializada). Faz-se importante frisar que o processo de descentralização se apresenta de forma heterogênea, até por se tratar de um cenário nacional. Na verdade, esse processo está em curso e não é algo estabilizado. O momento se revela como rico de disputa e se manifesta como processo histórico.

Notamos distintas visões sobre o processo de descentralização para a atenção primária de saúde, por meio das falas das gerentes: “uma necessidade”, “de forma autônoma”, “muito rápida”, “acelerada”, “sem diálogo com a Secretaria de Estado”, “irreversível” (os entrevistados emitiram essas respostas, para cada gerente, houve uma repercussão, com diferentes visões desse processo).

O investimento municipal na atenção básica favoreceu a descentralização, a inserção dos testes rápidos na unidade, bem como as recomendações nacionais como orientadores do processo de acompanhamento de pessoa que vive com HIV/AIDS na atenção básica. Tal fato ocorreu em função da dificuldade de acesso e da fila de espera para infectologia, que também colaboraram para a descentralização do tratamento. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (2017) orienta quanto ao processo de territorialização, diagnóstico situacional, planejamento e programação das equipes.

É importante ressaltar que há uma dificuldade para garantir a sustentabilidade da descentralização em tempos de crise, pois houve muito

avanço no município, mas é atravessado por uma crise que incide fortemente sobre a atenção básica e, houve desmonte no número de equipes de saúde da família na cidade, isso é algo muito expressivo. Esse fato, sem dúvida, tem um forte impacto.

Sobre o efeito da crise na atenção básica, é fundamental ter ciência da existência das questões estruturais, num contexto de desfinanciamento das políticas sociais, por meio da PEC 241/2016, que congela os gastos públicos por vinte anos, assim percebemos o próprio SUS cada vez mais desfinanciado em suas atividades. Com isso, notamos que toda essa crise intensifica o processo de precarização do trabalho dos profissionais e dificuldades em ofertar serviços de qualidade à população.

Salientamos a importância da clareza das questões estruturais, financiamento, relações intergovernamentais, gestão do trabalho, intersetorialidade. Tudo isso vai se apresentar em vários outros temas da saúde. O cenário não é animador, mas é necessário pensar em ações estruturantes e no papel dos governos e dos gestores, nesse sentido, uma vez que é muito importante para mudar esse quadro.

Ainda assim, há relevantes obstáculos no caminho. Em meio à crise política e econômica agravada no Brasil em 2016, o SUS, enfrenta a diminuição de recursos e investimentos públicos, a baixa eficiência de gestão, deficiências e fragmentação na rede assistencial, escassez, sobretudo, de médicos especialistas, que têm se afastado das estruturas públicas do sistema de saúde, muitas delas superlotadas e com precárias condições de vínculos, de trabalho e de remuneração (ABIA, 2016, p. 36).

No entanto, infelizmente, todo esse investimento na atenção básica não foi pensando em rede. Trata-se de um problema porque a própria atenção primária, para ser mais capaz, mais resolutiva, ter mais capacidade de cuidado, precisa de um suporte dos outros serviços, visto que sozinha não consegue garantir a atenção integral. Por mais abrangente que a atenção primária seja, podendo fazer muita diferença na vida das pessoas, não só garantindo o acesso, mas cuidando com qualidade, não pode ser interpretada como uma alternativa à necessidade de uma rede forte.

Não haverá melhoria significativa do cuidado em HIV/AIDS sem recursos adicionais que possibilitem o incremento da qualidade e da integração em rede de todos os níveis de serviços de saúde para que possam, inclusive, absorver adequadamente o expressivo aumento do número de pacientes. Esse aumento é

impulsionado pela condição crônica da AIDS e pelos novos protocolos de tratamento como prevenção que preconizam a ampliação do acesso ao diagnóstico e o início imediato da terapia antirretroviral. Diante das dificuldades conjunturais e estruturais de superar os contextos de vulnerabilidade individual e social que impactam a epidemia, é fundamental a recuperação de uma vigorosa resposta assistencial para o Brasil evitar ainda mais retrocessos no combate à AIDS (ABIA, 2016, p. 38).

Assim, vemos que o processo de descentralização, apesar de iniciado, ainda se desenha em algumas unidades e não demonstra muita consolidação, embora já aconteça dentro da rede. Observamos alguns arranjos e organizações próprias dentro das unidades. Os gerentes não apontaram opinião acerca desse assunto com tanta segurança. Com isso, pode ter havido falta de envolvimento ou entendimento da proposta e finalidade das orientações.

B) Estrutura da descentralização do tratamento do HIV/AIDS

Na perspectiva da gestão municipal da política em HIV/AIDS, considera-se que o acompanhamento padrão da pessoa que vive com HIV/AIDS assintomática consiste no exame médico-clínico periódico e na solicitação de exames para acompanhamento da carga viral e situação imunológica, o que poderia ser realizado na atenção básica. Além disso, considera-se que quaisquer manifestações de problemas de saúde não correlacionados ao HIV/AIDS poderiam ser tratadas na atenção básica. Em contrapartida, a atenção especializada seria indicada no momento em que surgissem intercorrências da AIDS, em casos de coinfeção (HIV e Hepatite B, HIV e tuberculose) ou quando houvesse problemas relacionados à adesão ao tratamento (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2016, p. 791).

No que se refere à questão de como tem se estruturado a descentralização do tratamento, cinco gerentes não souberam responder a essa pergunta, e os demais comentaram que:

Quadro 42 - Estrutura da descentralização do tratamento de HIV na atenção básica

GERENTE	RESPOSTA
Gerente 6	"Pouco vínculo com o paciente. Ele só comparece à unidade para retirar solicitação de exame e receita médica".
Gerente 5	"A capacitação da equipe para HIV/AIDS acontece através da Coordenadoria das Áreas Programáticas (CAP), com o infectologista e a equipe. Está tendo capacitação on-line".
Gerente 4	"A coleta dos exames e o acesso à farmácia ocorre na unidade. No início, os profissionais ficaram inseguros. A CAP fornece capacitação. Atualmente, está on-line. Utilizamos o SISREG para solicitar consulta para o paciente que mora longe".
Gerente 7	"A coleta dos exames e o acesso à farmácia são realizados na unidade, bem como a testagem e o acolhimento de paciente com teste positivo para HIV/AIDS. O médico que informa o resultado. Não há dificuldades quanto ao sigilo. Não recebi reclamações do médico ou paciente acerca do tratamento de HIV/AIDS".

Fonte: Autoria própria, 2021.

Uma gerente comenta que: "em 2020, não houve capacitação pela CAP. Há ciclo de debate semanal ou quinzenal (não tenho certeza) com temas diversos. O HIV/AIDS é tema desse ciclo de debate, com o infectologista da Secretaria municipal de saúde do Rio de Janeiro, responsável por esta atividade" (gerente 8).

Algumas entrevistadas comentam um pouco das dificuldades relacionadas à descentralização:

Quadro 43 - Dificuldades quanto à descentralização do tratamento de HIV na atenção básica

GERENTE	RESPOSTA
Gerente 8	"Identificamos a questão territorial com fragilidade para pacientes com HIV/AIDS, muito pela questão do sigilo. Percebemos uma certa resistência do usuário para acessar a unidade próxima da sua residência. Resistência quanto à educação em saúde".
Gerente 2	"Há muito estigma, tem que divulgar mais sobre a prevenção, mais capacitação dos profissionais, mais atividades de prevenção de tratamento. A CAP oferece suporte. Tem que haver mais programas para o público. O tratamento é de doença crônica. Há a necessidade de discutir mais sobre a descentralização".

Fonte: Autoria própria, 2021.

Como desafios da descentralização da política nacional de AIDS, tem-se a autonomia e o repasse de recursos, recursos financeiros insuficientes e mal gastos. Sabe-se que os municípios financiam a maior parte das suas ações no seu território, e uma outra parte importante vem do Governo Federal. Também há uma deficiência qualitativa e quantitativa de recursos humanos. Em relação à autonomia, ao longo do tempo, as instâncias que são percebidas como superiores – que não o são, uma vez que existe autonomia entre todas – tentam ditar um

modelo às outras. Então, é preciso resgatar continuamente a autonomia de cada uma das instâncias dentro do SUS (PASSARELLI, 2004, p. 29).

Dessa forma, vimos que muitos são os percalços do setor saúde na implantação de uma agenda de descentralização fundamentada nos princípios constitucionais de universalização, equidade e participação cidadã. Logo, diante da baixa capacidade técnica e financeira da grande maioria dos municípios, sua responsabilização crescente quanto à implementação de programas e políticas de saúde, trazendo em si um conjunto considerável de riscos e incertezas.

C) Avaliação das mudanças implementadas ao tratamento da pessoa com HIV/AIDS

Mesmo não sendo uma pesquisa restrita à avaliação do serviço, julgamos necessário ter uma questão que abordasse como os gerentes avaliavam as mudanças implementadas ao tratamento da pessoa com HIV/AIDS.

No tocante à avaliação das mudanças implementadas para a descentralização do tratamento, nove entrevistados responderam que veem essa situação como positiva, e uma gerente alega que essa é uma situação de fragilidade do serviço ofertado. Na fala dela: “com equipe técnica disposta e com pouca capacitação, dificuldade para descentralizar, há fragilidade” (gerente 1).

Os demais gerentes que alegaram que a descentralização foi algo positivo comentaram que:

Quadro 44 - Avaliação da descentralização do tratamento de HIV na atenção básica

GERENTE	RESPOSTA
Gerente 9	“Avalio como positivo. O acesso fica mais fácil para o teste rápido”.
Gerente 4	“Não há reclamação. Avalio bem. Porém, vejo dificuldade de tratar no território em razão do sigilo”.
Gerente 10	“Há muita pobreza na região, melhor não ter o custo com transporte. Melhor ficar no território para evitar o deslocamento”.
Gerente 7	“Acho positivo, principalmente para os pacientes”.
Gerente 8	“Já evoluiu muito, mas tem que avançar mais. Há a necessidade de médico de família na unidade com vínculo com equipe. A alta rotatividade dos médicos é ruim, pois o médico deve participar da coordenação do cuidado”.
Gerente 2	“Acho válida, porém, precisa ser melhor organizado. Tem que ser saúde da família com vínculo e território, paciente sem ser da área, fica difícil para trabalhar. A descentralização facilita, mas deveria ser por território”.
Gerente 7	“Acho a descentralização positiva para o paciente e para o profissional”.
Gerente 10	“O paciente de HIV/AIDS tem acesso mais rápido às outras especialidades. Há reuniões de equipe na unidade”.

Fonte: Autoria própria, 2021.

A gerente 9 comenta que recebe apoio da Coordenadoria das Áreas Programáticas (CAP) por meio do DAPS (Divisão de Ações e Programas de Saúde¹⁴⁹). Este setor tem como objetivo acompanhar a implantação das equipes de saúde da família; acompanhar os processos de trabalho das equipes de Atenção Primária; avaliar as propostas e os indicadores dos programas de saúde, buscando a organização e o fortalecimento dos serviços de atenção primária; participar na elaboração e execução de treinamentos relacionados às ações programáticas e processo de trabalho da Atenção Primária.

A CAP também fornece material atualizado (principalmente os do Ministério da Saúde). A gerente repassa para a equipe. Todavia, a gerente informa que não há um retorno se a equipe utiliza o material: “os profissionais estão com muitas demandas na unidade, muitas vezes o médico está atendendo e, ao mesmo tempo, está acontecendo uma atualização on-line organizada pela CAP. E o médico não consegue acompanhar” (gerente 9).

A descentralização promoveu uma mudança na relação entre as ações em HIV/AIDS e os níveis de atenção do SUS, evidenciando que a atribuição de ações a um nível do sistema é uma convenção, atravessada por condições históricas e políticas. A implantação de uma política é permeada por movimentos contraditórios (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2016, p. 802-803).

Os médicos também avaliaram a descentralização como positiva, embora tenham relatado algumas dificuldades nesse atendimento, bem como algumas sugestões para serem trabalhadas em busca de superar os percalços do atendimento de HIV/AIDS na atenção básica.

Sintetizando os desafios e as necessidades, identificamos no cuidado à pessoa que vive com HIV na atenção básica, de cunho moral (sexualidade e estigma), ética (sigilo e confidencialidade), técnica (manejo clínico e formação dos profissionais), organizacional (regramentos, fluxos e interações entre os serviços) e política (condução da agenda e diálogo entre diferentes atores e perspectivas).

Houve dificuldade no que diz respeito à organização da atenção (na rede e em cada serviço) baseada, sobretudo, nas demandas dos usuários, em diálogo com alguma racionalização dos recursos e regras gerais do sistema e considerando a necessidade de coordenação compartilhada e de continuidade do cuidado entre os serviços. Percebemos o cuidado às pessoas que vivem com HIV/AIDS como algo que revela o funcionamento geral da rede, a partir de

¹⁴⁹ Disponível em: <<https://smsdccap33.blogspot.com/p/daps.html>>. Acesso em: 06 jun. 2021.

situações específicas, como um exemplo de singularização no qual podem ganhar as pessoas que vivem com HIV/AIDS e o SUS (se desenvolvendo melhor, se legitimando mais).

Ao mesmo tempo, diante de todos esses desafios, observamos toda potencialidade contida na atenção básica de saúde, a partir do momento em que se apresenta como um local de entrada de demandas de saúde dos usuários, inserido no território deles, pois o que não consegue ser respondido é encaminhado de alguma forma aos serviços competentes.

5.4.4.

Eixo de análise sobre as atividades: monitoramento, promoção da saúde, nota técnica da Prefeitura, comentários e sugestões

A) Monitoramento das atividades dos profissionais das unidades pesquisadas

Quadro 45 - Monitoramento das atividades

Resposta		Quantitativo
Não	-	3
Sim	Planilha	4
	Planilha e Sistema de Controle de Exames Laboratoriais de TCD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV (SISCEL)	1
	Equipes controlam	2
Total		10

Fonte: Autoria própria, 2021.

No tocante ao monitoramento das atividades, três gerentes falaram que não fazem o monitoramento das atividades referentes ao tratamento de HIV/AIDS, e sete gerentes afirmaram que suas unidades fazem esse monitoramento. Seis unidades por meio de planilhas e uma unidade por meio da planilha e do Sistema de Controle de Exames Laboratoriais de TCD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV (SISCEL).

Os entrevistados que afirmaram não fazerem o acompanhamento alegaram o seguinte: “não fazemos de forma sistemática, não há casos de pacientes em abandono de tratamento” (gerente 6).

Os que conseguem fazer o monitoramento comentaram que:

Quadro 46 - Comentários acerca do monitoramento das atividades

GERENTE	RESPOSTA
Gerente 10	"Fazemos, sim, as equipes controlam (médica, enfermeira e farmacêutica) ".
Gerente 7	"Elaboramos, sim, a lista dos pacientes é organizada pela farmacêutica".
Gerente 8	"Sim, com planilha (com quantidade de paciente, equipe, data da última consulta, dados do último exame de carga viral), a planilha fica com a enfermeira e a gerente".
Gerente 1	"Um pouco..., há a lista dos pacientes, acompanhamos a realização dos exames e a retirada dos remédios na farmácia. Cada equipe faz sua planilha com os dados pessoais do paciente, telefone, data da última consulta, resultado do exame de carga viral".
Gerente 5	"Sim, através do SISCEL e da planilha da gerente (com dados pessoais do paciente, resultado do exame de carga viral, equipe, data da última consulta, agente comunitária de saúde e telefone) ".

Fonte: Autoria própria, 2021.

Ainda assim, é possível perceber que alguns gerentes entendem a importância do aprimoramento do trabalho voltado para a responsabilização dos profissionais e usuários na produção da saúde, por meio da criação de espaços de compartilhamento de conhecimentos, definição de papéis e redução de riscos à saúde num processo contínuo de vigilância (BLOISE, 2015, p. 76).

É perceptível que, para o desenvolvimento do trabalho gerencial, os gerentes consideram importantes o planejamento, monitoramento e avaliação, utilização de sistemas de informação/indicadores de saúde, liderança e mediação de conflitos.

Para Bloise (2015, p. 71), existem visões diferentes dos próprios gerentes em relação às suas funções, ou seja, ora a função gerencial é vista como integrativa, em relação às relações de trabalho, em que a dimensão da equipe, do cuidado e o desempenho profissional são valorizados como principais atividades do trabalho, ora uma prática mais dura do ponto de vista administrativo (cumprimento de metas, infraestrutura e resolução de problemas).

A Coordenadoria das Áreas Programáticas (CAP) possui um responsável pela linha de cuidado de HIV. Esse profissional responsável aciona a gerente da unidade para informar ao paciente da sua consulta. Há o monitoramento da CAP também, quanto ao paciente em abandono, sem retirada regular de antirretroviral, sem exames de TCD4 e carga viral atualizados, dentre outros.

Dessa forma, os apoiadores institucionais, ao contrário da tradição "das assessorias", trabalham junto às equipes, auxiliando-as com a construção de espaços coletivos, onde o grupo analisa, define tarefas e elabora projetos de

intervenção. Com isso, o apoiador envolve-se com as equipes em uma relação sinérgica e propositiva, sem deixar de considerar diretrizes pactuadas externamente ao grupo, como: diretrizes organizacionais e orçamentárias, diretrizes políticas, programas, indicadores de avaliação, além da reflexão sobre interesses e necessidades do público externo à organização (BLOISE, 2015, p. 79).

Nesta relação de gestão compartilhada, a CAP assume um caráter orientador do processo de trabalho e da gestão do cuidado e a organização social (O.S.) da gestão atual no aspecto gerencial, que inclui questões administrativas, de recursos humanos e de realização de metas contratuais.

B) Atividades de promoção da saúde para pessoa que vive com HIV

Quadro 47 - Atividade de promoção da saúde

Resposta		Quantitativo
Não	-	3
Sim	Em dezembro (em alusão ao dia de enfrentamento à AIDS – 01/12)	4
	Ao longo do ano	3
Total		10

Fonte: Autoria própria, 2021.

No que diz respeito a atividades de promoção da saúde para a pessoa que está em tratamento de HIV/AIDS, três gerentes responderam que suas unidades não promovem essas atividades, dessas três gerentes: uma nunca fez e duas faziam antes da pandemia. Das gerentes que oferecem a atividade, três fornecem ao longo do ano e quatro unidades só fazem atividades voltadas para o tratamento de HIV/AIDS durante o mês de dezembro, o chamado Dezembro Vermelho¹⁵⁰.

Como resposta, temos:

¹⁵⁰ Dezembro Vermelho é uma campanha nacional, instituída pela Lei nº 13.504/2017, onde há o desenvolvimento de ações de prevenção, assistência e proteção dos direitos das pessoas que vivem com HIV/AIDS. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/dezembro-vermelho-o-que-voce-precisa-saber>>. Acesso em: 06 dez. 2021.

Quadro 48 - Comentários acerca das atividades de promoção da saúde

GERENTE	RESPOSTA
Gerente 3	“Aplicamos o teste rápido, através da campanha ‘trate e viva melhor’, e da campanha ‘fique sabendo’. Testamos amplamente”.
Gerente 6	“Fazemos sala de espera dentro do tema de HIV/AIDS no mês de dezembro. Recebemos apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Porém, identificamos que a questão do sigilo limita nossa atuação”.
Gerente 9	“Houve a diminuição da procura por testagem na pandemia. Fazemos atividade de testagem e campanhas em dezembro. Em eventos em referência ao dia da mulher, outubro rosa e novembro azul com testagem também”.
Gerente 10	“Fazemos, sim, porém diminuiu em razão da pandemia. Havia grupo de gestantes, atividades voltadas para as crianças, idosos. Atividades nas escolas do território”.
Gerente 1	“Executamos, sim, com material educativo. Observamos que quanto maior a adesão menor o estigma”.

Fonte: Autoria própria, 2021.

No entanto, a pandemia redirecionou essas atividades e influenciou na oferta de serviço para o tratamento de HIV, reduzindo as ações:

Quadro 49 - Atividades de promoção da saúde durante a pandemia da COVID-19

GERENTE	RESPOSTA
Gerente 5	“Havia atividades de promoção à saúde antes da pandemia. Atualmente, a Coordenadoria das Áreas Programáticas (CAP) orienta que seja realizado apenas atendimento considerado prioritário – HIV/AIDS, pré-natal, diabetes, COVID-19, cuidados com bebê de até um ano”.
Gerente 7	“Atualmente, não fazemos essas atividades. Estamos focados na campanha da COVID-19. Mas antes da COVID-19, havia atividades de promoção da saúde dentro do calendário do município”.
Gerente 8	“Já houve essas ações, mas em razão da pandemia, tivemos que suspender”.
Gerente 2	“Já houve essas atividades. Atualmente, a equipe está direcionada para outras questões. O tema é desenvolvido por mês. Campanhas de prevenção, teste rápido”.

Fonte: Autoria própria, 2021.

Uma gerente comentou porque não fazem atividades direcionadas às pessoas que vivem com HIV/AIDS: “Não há atividade direcionada para paciente de HIV/AIDS (campanha de testagem e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis), pois eles não aderem às ações em função do sigilo” (gerente 4).

Bloise (2015, p. 72) chama atenção para o fato de que as ideias dos gerentes nem sempre são concretizadas em suas práticas, criando um distanciamento no modo de pensar e agir deste profissional, o que influencia diretamente na operacionalização das estratégias das ações de saúde.

Em relação ao combate à AIDS no Brasil, a pandemia da COVID-19 tomou conta das atenções e interferiu nas estratégias de enfrentamento a outras

doenças, sobretudo, as sexualmente transmissíveis. Em tempos de COVID-19, houve diminuição das ofertas de teste rápido e remarcação de consultas por causa da logística em determinadas unidades de saúde em priorizarem o atendimento da COVID-19. O número de pessoas testadas caiu drasticamente em 2020.

Parker et al. (2020, p. 22) confirmam esse cenário comentando que o impacto da pandemia do novo coronavírus no número de diagnósticos da epidemia do HIV/AIDS tem preocupado a sociedade civil organizada, gestores e especialistas em saúde. Os estados têm informado ao Ministério da Saúde que, em razão da sobrecarga dos serviços por conta da COVID-19, houve uma redução significativa nas ações de prevenção ao HIV/AIDS.

O Ministério da Saúde possui um calendário de ações estratégicas e comemorativas, utilizando datas para essas atividades, como por exemplo, o dia nacional da mamografia (05/02), dia mundial de combate à tuberculose (24/03), dia nacional de prevenção e combate à hipertensão arterial (26/04), dia mundial sem tabaco (31/05), e assim por diante, ao longo do ano.

No que diz respeito ao município do Rio de Janeiro, a Secretaria Municipal de Saúde¹⁵¹ informa os eixos das ações em saúde da atenção básica: alimentação e nutrição, câncer, IST/AIDS, hanseníase, hepatite, hipertensão e diabetes, saúde bucal, saúde da criança e do adolescente, saúde da mulher, saúde do homem, saúde do trabalhador, saúde do idoso, saúde mental, tabagismo, tuberculose e vacinação. Dentro desses eixos, ações, políticas e programas da Secretaria Municipal de Saúde são desenvolvidos para a prevenção e promoção da saúde. As unidades de saúde desenvolvem atividades e campanhas para contemplar os atendimentos nessas áreas.

C) Nota técnica da Prefeitura do Rio de Janeiro

¹⁵¹ Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/exibeconteudo?id=12191626#>>. Acesso em: 10 fev. 2022.

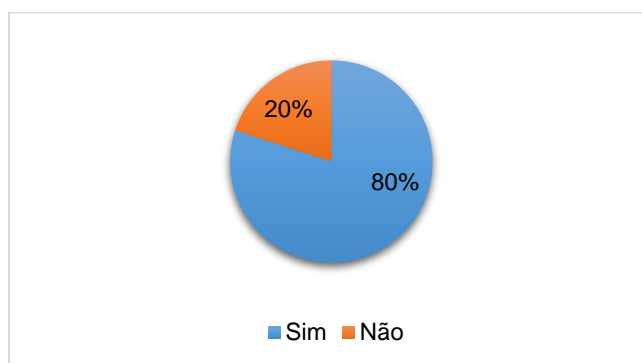


Figura 40 - Nota técnica.
Fonte: Autoria própria, 2021.

Em 2019, a Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro, publicou uma Nota Técnica às Coordenadorias Gerais de Atenção Primária abordando a questão do acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) por pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) recomendando que as pessoas que vivem com HIV/AIDS possam definir em qual unidade de Atenção Primária realizarão seu acompanhamento. Questionamos os gerentes de como esta recomendação está se efetivando.

Conforme já sinalizado na letra “F” do subitem 5.3.2., por meio dessa nota técnica, em relação ao fluxo de atendimento na unidade de saúde da atenção básica, é possível realizar o tratamento de HIV numa Clínica da Família que não seja de referência do usuário. É importante ter ciência de que essas pessoas já estão nos territórios.

Essa se apresenta como uma dimensão paradoxal, na qual duas situações ocorrem ao mesmo tempo: território x estigma. Como tentativa do paciente não se expor a situações relativas ao estigma e discriminação, pensou-se em definir que ele pode escolher onde quer tratar-se.

No que se refere ao atendimento de pessoas de outro território, 80% (8 gerentes) afirmaram que recebem e cadastram pacientes de outros territórios para atendimento na unidade, respondendo que:

Quadro 50 - Atendimento dos usuários de outros territórios

GERENTE	RESPOSTA
Gerente 7	“Sim, atendemos paciente de outra área”.
Gerente 6	“Fazemos testagem. Vinculamos, sim, para atendimento. Há Psicóloga do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na unidade desde novembro/2020. Não há demanda de paciente de HIV/AIDS para Psicologia. Recebemos paciente do território transferido de outra unidade. A agente comunitária de saúde não entrega resultado do exame de carga viral. O paciente sinaliza que não quer que a agente comunitária de saúde saiba do seu diagnóstico”.
Gerente 9	“Sim. O paciente é vinculado a alguma equipe (divide os novos pacientes entre as equipes). Recebemos paciente transferido de outro local. Porém, às vezes acontece de o paciente querer ser acompanhado pelo infectologista. A gerente cadastra-o no SISREG (com o encaminhamento do médico), mas como já tem muito tempo de diagnóstico, a vaga não é priorizada para paciente que não seja de ‘diagnóstico recente’ e, muitas vezes, demora para ser liberada. Porque o paciente está estabilizado clinicamente (sem sintomas). Ele é cadastrado como “eletivo” no SISREG. A vaga dele só será liberada quando sobra vaga. A equipe comunica quando sai a vaga (enfermeira faz contato telefônico). Guardam sigilo entre a equipe, principalmente com a agente comunitária de saúde (a agente comunitária de saúde não sabe da situação, o paciente trata com a enfermeira, que é quem faz o contato telefônico)”.
Gerente 5	“Sim. Fazemos o teste e atendemos. Fazemos contato com a Clínica da Família do território e avisamos do cadastro do paciente pertencente ao território deles. Há comunicação. Temos o grupo do WhatsApp dos gestores. Consultamos o site ‘onde ser atendido’ ¹⁵² ”.
Gerente 4	“Recebemos paciente de outro território para testagem. Geralmente, o paciente segue para atendimento com o infectologista em outra unidade de saúde”.
Gerente 10	“Sim, e sinalizamos que é paciente fora de área de referência. Registramos o telefone do paciente para entrarmos em contato, quando necessário. Fazemos contato com a unidade de referência também. Não fazemos visita domiciliar, solicitamos que a unidade de referência providencie a visita domiciliar”.
Gerente 2	“Sim, recebemos paciente de outro município também. Porém, infelizmente, ele acaba perdendo o contato com a agente comunitária de saúde e fica sem vínculo com o território. Recebemos demandas para todo tipo de atendimento e pacientes de outros municípios”.

Fonte: Autoria própria, 2021.

Dessa forma, como nos diz Bloise (2015, p. 76), o gerente é um potente articulador entre a macro e a micro gestão para o alcance dos principais objetivos da boa governança clínica. Neste sentido, o trabalho do gerente aparece muito voltado para a garantia do acesso.

E 20% (2 gerentes) falaram que não cadastram pacientes de outro território. Como por exemplo na fala da gerente 8: “para acompanhamento, não cadastramos. O atendimento fica compartilhado pela unidade de referência. Apenas acolhemos o paciente de outro território, mas não o cadastramos”.

¹⁵² O site “ondeseatendido” é um local onde é feita a busca da unidade de saúde do território do paciente, digitando o CEP da residência dele. Este site é da Prefeitura do Rio de Janeiro. Disponível em: <<https://pcrj.maps.arcgis.com/apps/webappviewer/index.html?id=014d8ab512a34f259bb27c8a13d4d65f>>. Acesso em: 12 maio 2022.

A utilização do território como ferramenta do processo de trabalho das equipes de saúde possibilita lançar sobre ele um novo olhar, transformando-o e inserindo-o em um campo de visibilidade. É nesse ponto que apresentamos os dados que indicam a existência de aspectos que tensionam a relação entre estigma e território, evidenciando o seu caráter paradoxal. Afirmar o caráter paradoxal do território implica na compreensão de que ele não encerra um único sentido, mas a possibilidade de coexistência de sentidos múltiplos e contraditórios (ZAMBENEDETTI, 2014, P. 175).

Consequentemente, a vivência do cuidado em saúde na atenção básica por meio de unidades pertencentes ao território não é algo simples, em que pudemos identificar várias singularidades que precisam ser consideradas nesse processo, sobretudo em se tratando de HIV, no qual ainda se percebe muito estigma e discriminação dos pacientes que estão em tratamento.

D) Comentários/sugestões

Quanto aos comentários gerais e algumas sugestões sobre esse processo de descentralização do tratamento de HIV/AIDS, alguns gerentes comentaram que:

Quadro 51 - Comentários dos gerentes

GERENTE	RESPOSTA
Gerente 3	“É importante descentralizar o acesso à farmácia e ao laboratório para o paciente não precisar se deslocar. Tem pacientes com dificuldade em se deslocar para coletar exame de carga viral. Muitas vezes, o paciente fica desinteressado com o tratamento diante de tantas dificuldades. É melhor resolver tudo na unidade de saúde. Se precisar de atendimento com o infectologista, há encaminhamento direto pelo SISREG, sem dificuldade. A demanda de assistência social é encaminhada para o Centro de referência de assistência social (CRAS) e Centro de referência especializado de assistência social (CREAS). O atendimento de Psicologia acontece através do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Há o matriciamento. Não há espaço físico para a psicóloga na unidade”.
Gerente 6	“Acho boa a proposta da descentralização. Mantivemos o atendimento para paciente com HIV/AIDS na pandemia. Aumentamos o atendimento para o programa de Tuberculose”.
Gerente 9	“É importante a realização de coleta de exames em todas as unidades, pois o paciente não quer se deslocar. A coleta de exames nessa unidade só acontece uma vez na semana (acho pouco). Há o acesso do resultado dos exames no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais de CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV (SISCEL)”.
Gerente 4	“Há uma necessidade de maior acompanhamento de mudança de protocolo, principalmente quando se refere à gestante em tratamento de HIV/AIDS. Acho que essa questão deve ser melhor trabalhada. A Secretaria de Saúde do Município e a do Estado têm que publicizar mais, sinalizar para o gestor. Houve uma situação de uma gestante que faz o tratamento de HIV e o pré-natal nessa

	unidade de saúde e que estava tomando um esquema de antirretrovirais que não é recomendado para gestantes”.
Gerente 8	“Tem que aumentar o acesso à unidade, à testagem. Paciente com medo para testagem”.

Fonte: Autoria própria, 2021.

Podemos observar o compromisso das gerentes com o atendimento de HIV/AIDS nas unidades. Elas comentam com propriedade acerca da realidade das unidades e das situações que chegam até elas.

Como comentários, a gerente 5 fala que: “houve dificuldade para vacinar pela COVID-19 através da comorbidade de HIV/AIDS. Pacientes receosos em apresentar o atestado de HIV/AIDS. Eu observava essa situação na fila e chamava o paciente para o canto, para conversar. Perguntava se é HIV/AIDS e falava que ficaria só entre nós. O paciente balançava a cabeça confirmando, com vergonha. Eu pedia pra vacinar o paciente e dizia que já tinha conferido o atestado médico. Situação que se relaciona com o sigilo, estigma. A maioria são pacientes homens jovens”.

Quanto a essa questão, o Ministério da Saúde informou, por meio da nota técnica 282/2021 publicada em 29/03/2021 que as pessoas vivendo com HIV/AIDS seriam consideradas grupo prioritário para vacinação da COVID-19. Essa decisão ocorreu baseada em evidências científicas que demonstraram que pessoas com HIV/AIDS têm 24% mais susceptibilidade à infecção pelo novo coronavírus e podem apresentar mortalidade 78% maior do que pessoas sem HIV/AIDS.

Nesse sentido, a Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (RNP+Brasil)¹⁵³ manifestou grande inquietação para que fosse garantido, pelos estados e municípios, o acesso à vacinação para pessoas vivendo com HIV/AIDS, sendo assegurado o sigilo em todo o processo. A preocupação ocorreu em função de identificação a que grupo pertencente a pessoa vacinada fazia parte. É entendida a importância da transparência no processo de vacinação, porém sem violar o direito ao sigilo das pessoas que vivem com HIV/AIDS. Ressaltamos que a lei 12.984 de 2014 criminaliza discriminar pessoas com HIV/AIDS, incluindo a publicização desta condição (inciso V) e a recusa do atendimento de saúde (inciso VI).

¹⁵³ Disponível em: <<http://www.rnpvha.org.br/manifesto-rnpbrasil-para-estados-e-municipios-pela-garantia-da-vacinacao-de-pessoas-com-hiv-aids-e-respeito-ao-sigilo.html>>. Acesso em: 13 maio 2022.

Outra entrevistada comenta que: “durante a vacinação COVID-19/HIV, o paciente não quer falar que tem HIV/AIDS, só mostra o laudo. HIV/AIDS é linha de cuidado prioritário” (gerente 2).

Como ilustração: “houve uma situação de uma jovem que não tinha boa adesão ao tratamento. Precisava se consultar com o infectologista e necessitava que alguém levasse ela até a unidade de saúde e depois deixasse ela em casa. Eu consegui uma ambulância para fazer isso, que pegava a paciente em casa, juntamente com a mãe dela e levava até a unidade de saúde. O motorista ficava aguardando o atendimento e depois deixava-as em casa. Mas mesmo assim, a paciente era muito resistente ao tratamento. Falava com o médico que não marcasse a consulta retorno porque ela não retornaria. Não tinha boa adesão à terapia antirretroviral. Eu trabalhei a adesão dessa paciente ao máximo, até esgotar todas as possibilidades. Ela não queria ser tratada na unidade de saúde, foi liberada uma vaga pelo SISREG para outra unidade. Como ela não tinha boa adesão, ela adoeceu de AIDS e teve que se acompanhada pelo infectologista. Mas ela não aderiu bem ao tratamento, adoecida de AIDS, foi internada e faleceu” (gerente 5). A gerente comentou essa história muito emocionada e chorou. Essa situação demonstra o quanto o profissional se envolve com as questões dos pacientes e o quanto são comprometidos com a profissão.

Os gerentes relatam problemas e dificuldades de ordem externa como violência territorial, indicadores e metas difíceis de alcançar, pouco conhecimento dos usuários em relação aos serviços oferecidos na unidade de saúde, mas também citam problemas de ordem interna como motivação e qualificação profissional, sobrecarga de trabalho e falta de apoio institucional.

Após a análise dos dados, conseguimos elencar algumas proposições a partir da pesquisa: a importância da visibilidade para as experiências positivas (e serem mais debatidas) e cooperação horizontal; e utilização de atividades como apoio matricial, história clínica eletrônica integrada em rede. Ademais, para facilitar o cuidado entre os serviços, podemos elencar: compartilhamento de cuidado, integração; educação continuada e apoio institucional; mais investimento; fortalecimento da participação dos usuários e movimentos sociais.

Vemos que a Política não é o problema. Ao contrário, a Política deflagra o problema, que se refere em como se organizar para atender as especificidades do tratamento de HIV/AIDS, sobretudo ao que se relaciona com a questão do sigilo do diagnóstico. No próprio exercício da política, do tratamento e da vida cotidiana, onde está o terreno da pesquisa.

Uma atenção básica eficiente, com ações pautadas pela integralidade, orientação comunitária e alinhada às necessidades de saúde da população é a base para qualquer proposta de intervenção. Vale citar que a atuação das equipes da atenção básica tem se mostrado crucial em todos os estágios da pandemia. É importante relatar que a atenção básica, para conseguir exercer seu papel na totalidade, precisa ter seus impasses atenuados para garantir o atendimento de um maior número de pacientes. Assim, urge às autoridades governamentais destinarem maiores esforços e verbas para capacitação e expansão da atenção básica nesse cenário de crise de saúde (SOUZA et al. 2021, p. 37).

Conforme a Professora Mariana Nogueira (2021),¹⁵⁴ existem, alinhadas com a proposta da atenção básica, reivindicações comunitárias por ações de saneamento, por ações de saúde locais, mas tensionadas e induzidas por orientações dos organismos internacionais. Instrumentos regulatórios e medidas que expressam o aprofundamento da focalização, com retrocessos e ampliando a focalização. É o caráter de cobertura universal e não de universalidade do sistema único de saúde.

Dessa forma, na atenção básica, há um leque de possibilidades de oferta de serviços, tendo em vista essas unidades de saúde serem a porta de entrada para muitas demandas. Faz-se necessário que haja um esforço para superar limites e fortalecer potencialidades.

Como fechamento deste trabalho, temos a questão das pesquisas em relação às vacinas anti-HIV. A existência de uma vacina preventiva anti-HIV pode levar à erradicação da AIDS. Muitas pesquisas buscam esse feito e essa vacina deverá ser capaz de produzir uma reação no sistema imunológico suficiente para neutralizar, eliminar ou controlar o HIV.

De acordo com o Guia “Vacinas e novas tecnologias de prevenção do HIV/AIDS”¹⁵⁵, do Grupo de Incentivo à vida, a vacina também pode ser preventiva, para as pessoas sem HIV/AIDS. Nesse caso, ao entrar em contato com o HIV/AIDS, o organismo já teria uma resposta imunológica para controlar o vírus. As vacinas contra a varíola ou contra a pólio são exemplos bem-sucedidos. Ela também poderia ser terapêutica, para as pessoas com HIV/AIDS, com o objetivo de neutralizar o HIV/AIDS após reação do sistema imunológico.

¹⁵⁴ Aula proferida no curso (on-line): SUS, capitalismo e saúde. Fundação Dinardo Reis. 2021. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=Ou4Lvi2uFqI>>. Acesso em: 22 set. 2022.

¹⁵⁵ Disponível em: <<http://www.giv.org.br/Publica%C3%A7%C3%B5es/Vacinas-e-Novas-Tecnologias-de-Preven%C3%A7%C3%A3o-do-HIV-AIDS.pdf>>. Acesso em: 09 ago. 2022.

No Brasil, ocorre um Estudo de Fase II da Vacina Terapêutica para HIV. O objetivo geral desse ensaio é avaliar a segurança e a tolerância à vacina usada em pacientes cronicamente infectados pelo HIV/AIDS. Já houve duas pesquisas de Fase III na Tailândia e nos Estados Unidos, envolvendo 7.500 voluntários, que chegaram a resultados negativos. Mas mesmo assim muito se aprendeu com estes testes¹⁵⁶.

Os estudiosos comentam que há uma dificuldade distinta da maioria das vacinas que foram pesquisadas, pois em relação ao HIV/AIDS existem complexidades como: diversidade viral; mecanismos de escape ou adaptativos do vírus; existência de reservatórios; falta de modelos experimentais capazes de simular a infecção humana; e a resposta imunológica anti-HIV.

5.5.

Na contramão do silêncio: depoimento de Cilene Guimarães – Trajetória, trabalho e luta para romper com o silêncio opressor

Cilene Guimarães tem 58 anos é pedagoga e atriz¹⁵⁷. No ano de 1998, ela recebeu um diagnóstico onde testava HIV positivo. Segundo ela: “confesso que não é nada fácil pegar um resultado de exame onde diz que você tem um vírus que ainda não tem cura”. Mas também, ela confirma que isso não foi uma sentença de morte:

“Claro que, quando peguei o resultado do exame, minha mente e meu coração foram tomados por sentimentos, sensações, pensamentos, angústias, culpas, autopreconceito, não aceitação e muito medo... Medo de viver, medo de morrer, medo do prazer.... Como se eu tivesse sido reprovada enquanto mulher”.

Cilene comenta que a dor é muito única, solitária. No caso da AIDS, há um estigma, um peso muito grande, um preconceito muito grande. Ela também diz: “você pode me imaginar mulher, negra e com AIDS... O julgamento é certo: promíscua. Isso acontece até hoje. Até hoje as pessoas julgam mulheres que pegam resultado HIV positivo”.

Ela procurou, de imediato, a psicoterapia, que a ajudou muito. Foi de grande valor para aceitar essa nova realidade e também equilibrar todo esse sentimento.

¹⁵⁶ Disponível em: <<http://www.giv.org.br/Projetos/Vacinas-Anti-HIV-AIDS/index.html>>. Acesso em: 25 jul. 2022.

¹⁵⁷ Disponível em: <<https://www.instagram.com/cileneguimaraes2411/>>. Acesso em: 14 ago. 2022.

Relata que, quando ia buscar remédio no posto de saúde ou ia às consultas médicas, observava as pessoas na fila muito cabisbaixas, tristes, escondendo-se de si mesmas. Ela observava que o comportamento dela não era esse na fila de espera da farmácia. Queria conversar com as pessoas e as pessoas em silêncio e com medo. Ela estava em solidão e com dor porque as pessoas não conversavam e ela não tinha com quem dividir essa situação. Cilene desejava conhecer pessoas que viviam com HIV/AIDS.

Assim, durante as consultas médicas, observou um cartaz no quadro de avisos divulgando um Encontro Nacional de pessoas vivendo com HIV/AIDS, em 1998, no Rio de Janeiro. Cilene participou deste evento e conheceu mais de 1.150 pessoas com HIV/AIDS, pessoas que reivindicavam seus direitos, ativistas, pesquisadores que estavam estudando novas diretrizes para a questão da AIDS. Isso a deixou mais fortalecida enquanto pessoa que vive com HIV/AIDS.

Após o término do evento, ela procurou uma das instituições que estava organizando esse encontro. Foi buscar conhecimento nesse local e a força do coletivo. Era a ONG Grupo Pela Vidda, que trabalha com ações voltadas para o HIV/AIDS. Ficou 3 anos realizando atividades nessa ONG: desempenhava trabalhos na recepção do local, oferecia acolhimento às pessoas que vivem com HIV/AIDS e aos seus familiares. Recebia pessoas recém-diagnosticadas, pessoas que foram expulsas de casa após a descoberta do diagnóstico. Participava de palestras e treinamento para oficinas, fazia plantão no “disque AIDS”, atendia as pessoas, tirava dúvidas. Na fala dela: “era fantástico; as atividades fortaleciam as pessoas”. Atualmente, ainda frequenta o local.

Nesse processo, ela foi se empoderando e, por ser atriz, ela quis atuar por essa causa e dava palestras fora da ONG, representando a instituição. A ideia era promover a saúde por meio da arte, do teatro e da cia.

Fundaram a Cia Teatro Preventivo, em 1998, que é uma companhia de teatro independente e que trabalha para o desenvolvimento social. O foco é a prevenção da gravidez na adolescência, prevenção e vivência do HIV/AIDS. Esse trabalho acontece em qualquer local que seja solicitado. Eles recebem convites para atuarem em escolas, empresas, ONGs, dentre outros. Viviam a força do coletivo mesmo, iam em protestos, por exemplo. Já se apresentaram em eventos internacionais. Estiveram em atividades em Barcelona e no Canadá.

Ela comenta que há um tempo os movimentos sociais eram mais expressivos, pois havia mais atividades. Atualmente, infelizmente, muitas ONGs perderam a força e outras encerraram suas atividades. “Sou muito grata pela

oportunidade dessa vivência. Há uma importância nessas ONGs porque tem atividades, acesso a informações e conhecimento, principalmente sobre a própria AIDS”, diz Cilene.

Cilene casou-se com o diretor do teatro da Cia, o marido – já falecido – também vivia com HIV/AIDS. Eles tiveram um filho de 18 anos, que não nasceu com HIV/AIDS. Ela fala que “tudo isso aconteceu por conta da busca do conhecimento, sendo o maior parceiro para a qualidade de vida, para a pessoa se fortalecer. Foi a força do coletivo que impulsionou para que tudo isso pudesse acontecer” (se referindo ao casamento e a ter tido filho, sendo uma pessoa que vive com HIV/AIDS). Ela ainda comenta que “a epidemia da AIDS segue forte. Esse vírus pode ser evitado. Infelizmente, a humanidade não está comprometida com a AIDS”.

Quanto ao tratamento de HIV/AIDS, Cilene é acompanhada por meio do Hospital Universitário Gafrée e Guinle, vive com HIV/AIDS há 25 anos, infectou-se através de relação sexual desprotegida, seu tratamento não é sigiloso (“minha sorologia é pública”), é autônoma, é Pós-Graduada, sua renda familiar gira em torno de 2 salários mínimos, reside em casa financiada com o pai e o filho.

No que se refere ao local onde realiza seu tratamento, ela informa que nunca teve dificuldade para acessar os serviços do setor e nunca viveu nenhuma situação constrangedora, “onde eu realizo o tratamento para HIV/AIDS é excelente. Os profissionais que me atendem são cuidadosos na relação com o paciente. Os atendentes também são atenciosos e com paciência”. Nunca vivenciou nenhuma situação de constrangimento por ter HIV/AIDS. Acha importante o vínculo profissional e paciente, dizendo ser “fundamental, pois facilita e auxilia na adesão ao medicamento e traz um conforto no lugar da insegurança”.

No que diz respeito à descoberta da infecção pelo HIV/AIDS, Cilene informou que buscou fazer o exame. Já tinha todas as orientações e sabia que não havia grupo de risco e, sim, comportamento de risco. Teve um namorado durante 8 meses, com relação sexual desprotegida. Ela conta que: “um belo dia, esse homem sumiu. Fiquei desconfiada e fiz o exame”.

Alega que foi difícil receber o resultado, apesar de ter sido bem acolhida no momento de fazer o exame. Assistiu vídeo sobre o HIV/AIDS, foi atendida inicialmente pela Psicóloga e depois fez a coleta de sangue. Quando recebeu o resultado positivo, pensou em falar para todo mundo. Quando pensou nisso, estava atravessando uma passarela na avenida Presidente Vargas, no Rio de

Janeiro. Olhou para baixo, pensou em se jogar da passarela, não precisaria falar com ninguém e acabava com toda essa questão.

Mas pensou também que poderia se jogar da passarela, não acabar com a própria vida, ser hospitalizada, receber visita das pessoas que perguntariam por que ela tinha feito isso. Assim, ela teria que falar porque havia testado positivo para o exame de HIV/AIDS.

Cilene fala que, nesse momento, passou por uma transformação, de pensamento. Na hora que recebeu o resultado, pensou que havia pouco tempo de vida. Teve medo de morrer, mas também teve muito medo de viver. Teve esse impacto absurdo, pois não é fácil: “é um desafio imenso receber um resultado de um exame dizendo que você tem um vírus que não tem cura e que poderia ter sido evitado”. Conseguiu fazer terapia que ajudou nesse processo.

Em relação a como é viver com HIV/AIDS, Cilene informa que, no início, quando soube que estava infectada com HIV/AIDS, o sentimento foi de tristeza porque achava que iria morrer em pouco tempo, porque não tinha conhecimento sobre nada. O que ela via eram pessoas que ficavam doentes e morriam rapidamente. Com isso, ela comenta que essa fase foi bastante complexa.

Nos três primeiros meses, após receber o resultado da infecção, iniciou, rapidamente, a terapia antirretroviral, na Fiocruz. Ela é mulher, preta, filha única. Tinham as questões relacionadas ao medo de viver, medo de morrer, e a questão do preconceito. Isso a deixou temerosa, com medo. Havia o medo da rejeição das pessoas também. Mas se organizou emocionalmente (segundo ela, as questões emocionais pesam muito nesse processo). Foi buscar conhecimento do que a pessoa tem que fazer, quanto ao tratamento (ir às consultas médicas, fazer exame, retirar medicação).

No que se refere ao estigma, discriminação e preconceito em torno da questão do HIV/AIDS, Cilene comenta que encara de forma séria e severa, porque “não há um apelo, não há campanhas pedagógicas e informativas, há uma falta de vontade política para mudar esse cenário discriminatório”.

Ela defende que a discriminação acontece por falta de informação:

“A pessoa não sabe o que é, então tem o preconceito, é isso. E aí, isso vem no trabalho, vem nas relações, e tem uma coisa que eu costumo falar: a gente tem os soropositivos, no caso, eu, tem o soronegativo que testou e está negativo e tem o soro interrogativo que nunca testou, mas que corre risco toda hora, com comportamento de risco.... Isso é muito sério”.

Ela também comenta que:

“Vemos um paradoxo mesmo, de verdade.... Como o país avançou tanto, tem uma história de mergulho mesmo, de investimento, enfim, de progresso, evolução dentro dessa questão, o Brasil foi apontado como exemplo e estava num crescente e houve essa derrocada total, e isso alimentou bastante a questão do preconceito e essa falta de informação total, dessa ignorância, falta de vontade política. É... Infelizmente a gente está vendo isso acontecer. Infelizmente. Por exemplo, um canal que seria de muita importância assim, seria a mídia mesmo, né, que seria uma ajuda imensa, essa mídia televisiva, por exemplo, que entra em todos os lares, né, poderia ajudar, mas não realiza, assim, serviço, né? De ter sempre, de ter..... Porque a gente vive uma epidemia da AIDS e isso é uma coisa muito séria, né, e eu sei que essa questão discriminatória ela vai além da pessoa vivendo com HIV/AIDS porque tem os infectados com HIV/AIDS e tem os afetados pelo HIV/AIDS que são os filhos, maridos, mãe, pai, enfim, os que estão em torno dessa pessoa que tem HIV/AIDS também sofrem preconceito e isso é uma coisa muito séria, né? É muito sério”.

Ainda complementa dizendo que:

“A questão é a falta da informação e isso traz uma depressão, traz uma falta de acolhimento à pessoa com HIV/AIDS que está nesse mundo sem informação. Isso, na maioria das vezes, afeta a pessoa emocionalmente, aí já fica com outras várias dificuldades”.

Ela diz que a pessoa com HIV/AIDS não deve ficar triste, principalmente por conta da imunidade, que cai imediatamente, por já ter uma fragilidade. Além disso, Cilene reconhece o trabalho das ONGs nessa questão do combate à discriminação:

“O movimento social ONGs/ AIDS que era muito forte há um tempo, na época do Herbert, na época de Betinho, né. Mas o Herbert Daniel que fundou o Grupo pela Vidda RJ e tantos outros, tem o Ronaldo e tantos outros aí que estão na saudade, né? Eles que lutaram, que abriram verdadeiros caminhos para os nossos direitos. De repente a gente está aí, com um número de casos que não para de crescer, a gente continua vivendo uma epidemia e não há uma campanha acirrada. Isso é sério. O que espantoso num país que já esteve como exemplo, né, já foi apontado como exemplo, dentro dessas questões da AIDS, que envolve também as patentes, que fabrica, sabe, fabrica o medicamento, olha só.... Isso é incrível, né. Tem a Fiocruz e tal... E..... Parou aí, stagnou e.... Nada de pesquisas mais. Tinha todo um trabalho acontecendo, isso também ajudou bastante a puxar p’ra trás esse caminho aí, né. E, vai impactar na questão do preconceito. É impressionante isso”.

Cilene também tece comentários acerca da relação do sigilo do HIV/AIDS. Desse modo, ela associa com os movimentos sociais, no sentido de afirmar que “os movimentos sociais que conseguiram esse direito, o soropositivo ter o direito de permanecer em sigilo em relação a sua sorologia e foi muito importante esse movimento e é fundamental para muitas pessoas”.

Ela deixa bem claro que sua sorologia é pública, mas reconhece também que “muitas pessoas, por conta do preconceito, realmente não podem revelar, o que, certamente, é uma angústia eterna, né? ”. Nesse viés, Cilene acredita que a

exposição da pessoa que vive com HIV contra a sua vontade pode afetar a imunidade “porque a pessoa está em certos lugares e não pode revelar, porque, se revelar e alguém conta para uma outra pessoa e essa pessoa já conta p’ra outra pessoa e já vira uma notícia... e assim... só por isso... sem acolhimento”.

Sobre a Lei do Sigilo, ela comenta que:

“Então, essa lei do sigilo, que protege a gente, né, protege as pessoas que não tem a sua sorologia pública, né. E isso é bastante importante que, na época, logo no início da epidemia da AIDS, o que aconteceu foi que muitas pessoas foram demitidas por exames que foram feitos sem autorização, porque tem que ser autorizado, que também foi uma corrida e uma luta dos movimentos sociais... é.... Tem que autorizar, não pode.... Então pessoas que foram mandadas embora mesmo, inclusive, tem gente que se aposentou, na época, quem era das forças armadas porque foram mandadas embora, parou o sonho da pessoa. Enfim, uma série de coisas muito sérias, entendeu... que só traziam essa questão da discriminação. Então, a discriminação e o preconceito vêm muito da ignorância, né, então assim, o sigilo protege a pessoa de ser mandada embora do trabalho, de várias outras coisas aí. Não precisava nada disso, né.... Pessoas que trabalham em lugares públicos, que exercem cargos altos e não podem tomar seu remédio ali porque tem que manter o sigilo, sim, porque se não tiver esse sigilo aí, vai sofrer discriminação. Eu penso que a proteção é válida, sabe?”

Nesse contexto, Cilene comenta também o que pode ser feito para tentar romper com o silêncio opressor de quem vive com HIV/AIDS. Ela fala que se infectou pelo HIV/AIDS há 25 anos e que a descoberta da AIDS tem mais de 40 anos, sendo uma doença que pode ser evitada. Para ela:

“Está faltando comprometimento, porque a contaminação continua acontecendo, o ritmo de contaminação continua acontecendo e isso é muito grave. Mas isso eu só fiquei sabendo depois que fui buscar informação, como por exemplo: o que a pessoa vivendo com HIV/AIDS tem que fazer? Ela tem que ir às consultas médicas e tem que ter adesão ao medicamento. Isso tem que fazer. Outras questões, emocionais, pessoais e profissionais, são questões que pesam bastante, pesam muito. Muitas pessoas foram demitidas porque descobriam o diagnóstico desse funcionário. Ou então, algumas empresas faziam exames periódicos (inclusive para HIV/AIDS), sem o consentimento da pessoa, então invadiam a área da pessoa. Descobriam que a pessoa tinha HIV/AIDS e demitiam. Tive alguns amigos que passaram por isso. E, com isso, entravam em depressão. Então, assim, nos aspectos da vida, o que eu acompanhei de alguns amigos foi isso. Quando não demitia, desviava a pessoa de setor ou afastava a pessoa do trabalho e ficava pagando os benefícios. Isso era uma coisa muito triste porque dizia que a pessoa que vive com HIV/AIDS era incapaz para a atividade laborativa”.

Cilene expõe sua opinião, colocando que essa situação está errada, consequência da falta de informação e ignorância das pessoas. Ainda fala que:

“E isso é bastante difícil, pessoas tiraram a própria vida por causa disso, porque perderam tudo, por falta de conhecimento também. Aí entra o que vai fazer p’ra acabar esse silêncio. Entra tudo isso aí. É o seguinte: famílias que queimavam

colchões da pessoa que tinha HIV/AIDS, botava a pessoa p'ra fora de casa. Isso, infelizmente, continua acontecendo. Isso é gravíssimo. Por conta desse silêncio perigoso e opressor, é óbvio”.

Sobre o silêncio vivenciado pelas pessoas que vivem com HIV/AIDS, Cilene fala que:

“Esse silêncio é perigoso em relação a informações sobre o HIV/AIDS, em você ligar a televisão e não ter absolutamente nada sobre o assunto. Dia 1º de dezembro fala sobre o HIV/AIDS e pronto. Ou quando tem uma pesquisa, aí falam sobre a cura da AIDS desmotivando as pessoas a se prevenirem da infecção porque já está perto da cura da AIDS. Então, quem não usa camisinha vai continuar sem usar, porque não terá problema, porque já está perto da cura da AIDS, acabou de sair na revista. E a contaminação continua acontecendo. Os aspectos da vida da pessoa que vive com HIV/AIDS são complexos. É difícil. Se ela não tiver um apoio, um acolhimento, se não tiver um abraço, um carinho e a orientação, ela fica fechada e tem a questão do auto preconceito mesmo que gera isso, ne? Muito ruim...sabe? Eu não passei por essa montanha de coisas tortuosas, de ser demitida, da rejeição familiar, não passei por nada disso e super agradeço a Papai do céu que me mandou nesse caminho. Lá na ONG, quando eu fiz o treinamento para receber as pessoas que iam à instituição em busca de acolhimento, de um abraço, eu, enquanto pessoa que vive com HIV/AIDS, ficava muito assustada quando ouvia certas histórias, ficava reflexiva. E que bom que aquela pessoa foi buscar o que a gente tinha p'ra dar, sabe? Porque essa coisa do silêncio... como vai romper com o silêncio? É através de campanhas educativas, papo franco e aberto, campanhas educativas de prevenção ao HIV/AIDS, ISTs, gravidez na adolescência sem planejamento. O que me deixa triste é que todas essas dificuldades continuam acontecendo, como o preconceito, o auto preconceito, a dificuldade de se reconhecer para poder dar continuidade à vida”.

Para finalizar, Cilene comenta que tem 25 anos de soropositividade: “gosto dessa palavra. Vida positiva, gosto dessa palavra, vida positiva p'ra mim é tudo. Até porque, nós, pessoas vivendo com HIV não devemos, não podemos ficar tristes porque tristeza baixa a imunidade, é incrível isso, mas é real”.

Em linhas gerais, observamos o quanto é valiosa essa postura de Cilene nesse contexto de imposição social pelo sigilo do diagnóstico de HIV/AIDS. Após entrevistar e conviver com tantos usuários em tratamento de HIV/AIDS e que não podem ou não desejam expor a sua condição sorológica, me deparar com esse depoimento só comprova o quanto esses pacientes precisam de oportunidade de acesso a mais informação, do quanto a sociedade precisa respeitá-los e o trabalho do não preconceito com essa questão é fundamental nesse cenário.

Essa publicização de Cilene é importante como tentativa de romper com esse silêncio que gera dor e sofrimento. No entanto, precisamos considerar cada realidade dos usuários, pois muitos não tiveram acesso à informação, a apoio direcionado ao tratamento, bem como suporte familiar com abertura para

compartilhar o diagnóstico. Muitos residem em locais onde, por questão de segurança e integridade física, precisam resguardar o sigilo do seu diagnóstico.

Logo, esse depoimento é valioso, pois, a partir do momento em que alguém compartilha essa experiência, onde, socialmente falando, há uma imposição muito forte pelo silenciamento, essa exposição é bastante positiva, porque a pessoa tem o direito de ser quem ela é, é uma verdadeira libertação, na verdade e, infelizmente, nem sempre as pessoas podem ter essa postura.

No caso de Cilene, ela assumiu esse posicionamento, através de possibilidades e oportunidades, porém, não simplesmente porque pode, mas também porque teve um trabalho coletivo, um fortalecimento de grupo, um apoio familiar que a motivou a fazer isso. Onde ela reside ela não corria risco de ser morta, e seguiu no trabalho dela sempre fazendo depoimentos. Temos a certeza de que ainda há muito o que se superar nessa sociedade para que as pessoas possam ter o mínimo de liberdade para existirem, porque uma liberdade plena no capitalismo nós não teremos, mas viver com dignidade na sua condição de saúde, isso é um direito.

6 Conclusão

A AIDS diferencia-se drasticamente de outras epidemias pelas suas dimensões biológicas, psicológicas, sociais e econômicas, o que leva a necessidades específicas no enfrentamento dessa doença na história da humanidade (MANN, 1993).

Entendemos que o HIV/AIDS não é apenas um problema de saúde pública, mas também apresenta aspectos relacionados com as condições sociais. Na realidade, notamos que há múltiplos aspectos relativos ao HIV/AIDS, sejam eles social, cultural, político e econômico. Além disso, identificamos esses temas de forma articulada. Dessa forma, percebemos que, mesmo depois de mais de 40 anos de pesquisas e desenvolvimentos científicos, a epidemia de HIV/AIDS ainda se alastra com intensidade.

Nesse contexto, por meio da descentralização do tratamento de HIV/AIDS, vemos que a Atenção Básica do município do Rio de Janeiro vivenciou várias mudanças em um intervalo curto de tempo, com consequências para o acesso e para o arranjo do sistema de saúde. Nesse viés, é bastante oportuno aprofundar o debate acerca do HIV/AIDS no Rio de Janeiro e no Brasil. A conclusão mais importante obtida a partir dos resultados deste trabalho é a constatação do longo caminho a ser percorrido para a superação das dificuldades encontradas nos atendimentos, que não são de ordem apenas da Política, mas também de cunho social.

Após anos de descentralização na área da saúde e da diversidade de experiências de gestão local e apesar do intenso debate sobre o tema, a realidade é que ainda são poucos os estudos e as pesquisas, tratando de qualificar as inúmeras mudanças em curso. Assim, as experiências são desiguais e de difícil avaliação (BODSTEIN, 2002).

O enfrentamento da AIDS no Brasil mostrou que é possível, com comprometimento, investimento e vontade política, efetivar a universalidade, a gratuidade e a integralidade da atenção à saúde, por meio do embate e da colaboração entre governo e sociedade civil organizada. Se hoje o Brasil ainda se destaca no enfrentamento da epidemia, isso só foi possível porque a sociedade brasileira assumiu, em alguma medida, que a AIDS é uma questão de saúde

pública. No entanto, não devemos nos acomodar e acreditar que a luta está terminada. Ao contrário, os dilemas ainda são imensos e mantêm a mesma urgência que tinham no início da epidemia, quando os níveis de mortalidade eram altíssimos.

Como principais elementos conclusivos, as tendências do processo de descentralização para o tratamento de pessoas que vivem com HIV/AIDS no município do Rio de Janeiro se revelam por meio do atendimento desses pacientes nas Unidades Básicas de Saúde. Desse modo, foi importante a pesquisa acontecer para os grupos que fazem a atenção básica: usuários, profissionais e gerentes.

Com relação aos usuários, foi fundamental conhecê-los e identificar – ainda que minimamente – sua realidade por meio de uma caracterização em que verificamos sexo, idade, raça/cor ou etnia, orientação sexual, estado civil, religião, situação trabalhista, possui plano de saúde, escolaridade, renda familiar, grupo familiar, condições de habitabilidade e local de moradia. Sendo assim, é importante ressaltar a considerável alteração no perfil social da infecção pelo HIV/AIDS, que vem atingindo cada vez mais a população mais pauperizada.

Observamos que, no geral, os pacientes se mostraram satisfeitos com as ações referentes ao seu tratamento, embora alguns usuários encontrem algumas dificuldades para acesso dos serviços. Porém, em sua maioria, os pacientes alegam que acessam os serviços sem maiores dificuldades, conseguem permanecer nesses serviços, avaliam os serviços como “bom” e conseguem fazer seus exames periódicos e retiram seus medicamentos. A queixa gira em torno da falta de vínculo com o profissional, dada a rotatividade dos médicos nas unidades de saúde e pelo fato de terem de preservar o sigilo do diagnóstico porque temem constrangimento e discriminação.

Outro ponto importante foram as falas que se relacionam com a necessidade de garantia do sigilo do diagnóstico em decorrência de moradia em território violento, sendo comandado pelo tráfico de drogas ou milícia. Há uma perspectiva higienista, na qual a pessoa que está em tratamento de doença crônica, principalmente HIV, não pode revelar seu diagnóstico na comunidade, porque teme linchamento ou, até mesmo, expulsão das suas casas.

No que diz respeito aos médicos, a maioria deles teve treinamento para o atendimento de paciente com HIV/AIDS, e todos possuem apoio institucional e suporte para qualquer problema. A maioria não identifica dificuldade no atendimento em função do sigilo do diagnóstico, pois a unidade se reorganiza para

demanda, restringindo o número de profissionais que atendem os pacientes com HIV/AIDS (médico, enfermeira e gerente).

Todos concordam que o tratamento de HIV/AIDS é acessível nessas unidades de saúde. Porém, apesar de ser exequível, isso não ocorre sem percalços, quais sejam: dificuldade para agendamento de consulta, pacientes em abandono e/ou doentes de AIDS, sigilo/medo/vergonha do diagnóstico, burocracia para fazer exame (temor em revelar o diagnóstico).

Embora avaliem as condições gerais de atendimento como “boas”, os médicos identificam como dificuldades no atendimento: pacientes em abandono de tratamento (ou doentes de AIDS), burocracia dos documentos para preenchimento, necessidade de reforçar adesão ao tratamento e sigilo/medo de discriminação pelo diagnóstico.

Como sugestão para o tratamento, comentam que seria importante o matriciamento, aumentar a testagem, diminuir a burocracia. Foi possível constatar o quanto esses profissionais são comprometidos com esse atendimento, cadastrando e atendendo, inclusive pessoas de outros territórios (fazendo cumprir a Nota Técnica da Prefeitura do Rio, n.º 04/2019).

Em relação aos gerentes, no que se refere à descentralização do tratamento de HIV para a atenção básica, a maioria identificou como ocorre atualmente, mas não soube responder claramente quais as propostas e como está estruturada a descentralização, denotando pouco envolvimento com essa atividade na unidade.

A maioria faz monitoramento das atividades voltadas para o atendimento de pacientes com HIV e avalia positivamente o fato de o tratamento de HIV ter sido descentralizado para a atenção básica, porque eles identificam que isso facilita o acesso do paciente, e muitos já têm cadastro nas unidades de saúde. Por fim, os gerentes alegam que não desenvolvem atividades de promoção da saúde com esses usuários, pois não conseguem adesão dos mesmos, devido a questão do sigilo do diagnóstico.

Vemos que a descentralização do tratamento de HIV/AIDS possibilitou alguns acessos e facilitou a realização de muitos serviços, porém, quando se trata de sigilo, torna-se um entrave para alguns usuários dos serviços e para os atendimentos médicos. Assim, da mesma forma que facilita o acesso e tem como garantir o sigilo, o paciente pode perder qualidade no tratamento, pois esse acompanhamento possui alguns limites para a intervenção profissional.

Analisando a política em si, bem como os dados do próprio boletim epidemiológico, houve redução no número de casos em HIV/AIDS.

Provavelmente, isso tenha se dado porque o tratamento está mais eficaz e mais acessível, além de estar amplamente disponível pelo SUS. Ressaltamos também avanços no diagnóstico (testagem e início de tratamento ágil) e o incremento de técnicas de prevenção que também contribuíram de forma substancial para a redução no número de casos no Brasil.

A grande questão da descentralização do tratamento de HIV/AIDS para a atenção básica gira em torno do sigilo do diagnóstico, e essa situação está tanto para o paciente, quanto para os profissionais, que precisam construir diversos arranjos no setor para atenderem às demandas dos usuários garantindo todo o sigilo solicitado. Foi possível identificar que a política de atendimento, do ponto de vista do seu funcionamento técnico, atende às demandas dos usuários, mas os pacientes têm uma certa dificuldade em acessar e permanecer nos serviços, muito em relação ao resguardo do sigilo do seu diagnóstico.

É importante pensarmos que, em meio a essa necessidade de sigilo/silêncio, é fundamental que, socialmente falando, a pessoa que vive com HIV/AIDS tenha a liberdade de ser quem é. Pensamos que a política tem de servir ao usuário, e não o contrário. Então, não adianta haver um sistema, do ponto de vista do fluxo burocrático, do passo a passo e que funcione perfeitamente, mas o sujeito que é atendido não se sinta confortável. Desta forma, coloca-se o sujeito para servir à política e não a política para servir ao sujeito. Logo, em primeiro lugar, a política não pode ser rígida.

Nesse entendimento, sabemos que muitas questões, em relação à vivência do HIV/AIDS, já foram superadas. É importante reconhecer os avanços. Nessa pesquisa, identificamos o funcionamento da política de atendimento, o que ela favorece e desfavorece. Constatamos que não é a política em si que está em jogo, e, sim, por que essa questão tem de ser silenciada nessa sociedade. É fundamental também respeitar o silêncio, o sigilo e ter políticas que atendam as pessoas e que preservem tudo isso.

Mas percebemos que não é a política em si, o principal problema dessa questão. O principal problema é a imposição social pelo silêncio por não poder ser quem é. Concordamos que a pessoa tem direito ao sigilo, mas até que ponto esse sigilo não é também uma forma de opressão e que não é necessariamente do paciente. Portanto, essa é uma questão que merece aprofundamento em pesquisas futuras.

Assim, esses pontos comentados se apresentam como questões que não foram desenvolvidas nessa pesquisa, mas que aponto para futuros estudos, que

é importante. Quanto à imposição da necessidade do sigilo do diagnóstico, como ainda prevalece uma visão oitentista de discriminação e preconceito à pessoa que vive com HIV/AIDS, o quanto essa pessoa teme a revelação do seu diagnóstico, tentando evitar situações de constrangimento, discriminação e preconceito. De como ainda, mesmo tendo de passados mais de 40 anos de HIV/AIDS no Brasil e de muito ter se avançado em estudos e tratamento, perdura uma ideia de promiscuidade e menos valia para quem vive com HIV/AIDS.

A história da doença, os estudos do vírus e o desenvolvimento do tratamento no Brasil se apresentam como avanços. Entretanto, as questões relacionadas ao estigma, ao preconceito, bem como à discriminação não avançaram, visto que não houve rompimento com essas situações. Com isso, esse cenário precisa ser considerado pela Política, para servir ao usuário, e não o inverso.

Dentro dessa necessidade do sigilo, essa questão também se colocou para a pesquisa, pois encontramos dificuldades em identificar pacientes que estivessem dispostos a falar acerca do seu tratamento, sem constrangimento. Acreditamos que o enfrentamento dessa situação seja um caminho trilhado pelo afeto e solidariedade. Foi assim na década de 1980 e precisa ser nos dias atuais. Estamos vivendo tempos tenebrosos e, nesse sentido, pensamos que o melhor caminho a ser seguido é o da solidariedade, da coletividade, da construção de pontes solidárias como no passado e de caminho do diálogo através do afeto.

Precisamos alimentar o desejo de continuar na luta ativista, olhando para nossas causas, para a epidemia de AIDS, para a ausência de direitos, a permanência da discriminação e de preconceitos, temas muitas vezes duros, densos e por vezes complicados. Esse é um olhar que busca saídas e constrói um sentimento de fortalecimento dos movimentos sociais. É um momento importante que exige muito trabalho e fortalecimento das instituições e da sociedade civil organizada.

Por meio da pesquisa realizada, foi possível caracterizar o processo de descentralização do tratamento de HIV/AIDS como um fenômeno complexo e multifacetado, em que há muitas dificuldades, mas também potencialidades. Entre as dificuldades, destacamos: equipes incompletas e rotatividade dos profissionais da equipe; percepção de sobrecarga de trabalho; dificuldades no processo de trabalho; e problemas no atendimento em função da necessidade do sigilo do diagnóstico. Alguns desses aspectos dizem respeito ao modo de gestão e como o usuário acessa as unidades de saúde.

Por outro lado, entre as potencialidades, destacamos: percepção acerca da ampliação do acesso; comprometimento da equipe; lógica de trabalho orientada pelos princípios do SUS; capacitações e apoio institucional; e rearranjos para atendimento da demanda específica de HIV/AIDS. As capacitações em articulação com o apoio institucional se apresentaram como importantes estratégias para auxiliar na mobilização em direção à descentralização do atendimento.

Em relação às unidades de Atenção Básica do município, essas ainda não estariam preparadas para realizar o atendimento de pessoa que vive com HIV/AIDS. Além de acumular problemas estruturais, possuem uma alta demanda sobre diversos aspectos de atendimento em saúde da população. Esse cenário a constitui como “desorganizada e desestruturada”. Nesse sentido, a intenção seria no direcionamento de esforços visando à qualificação da Atenção Básica, para ter condições de incorporar novas ações.

A descentralização das políticas e ações em HIV/AIDS tem se transformado em um dos maiores desafios para a sustentabilidade da resposta brasileira ao HIV/AIDS. Enquanto algumas cidades e estados apresentaram avanços, outros sofreram retrocessos consideráveis nos serviços de prevenção e assistência. Nesse sentido, essa pesquisa buscou refletir sobre os desafios da descentralização das políticas e ações em HIV nos últimos anos e contribuir com ideias e sugestões que possibilitem a efetividade e a ampliação de ações.

Dessa forma, um dos desafios futuros para a política de atendimento de pessoas que vivem com HIV/AIDS é ampliar os níveis de investimento para o enfrentamento da doença com o fortalecimento do SUS. Isso significa também combinar a luta contra o HIV/AIDS com políticas de Estado para a ampliação da cidadania e dos direitos e o fortalecimento da democracia. É importante que as ações em HIV/AIDS estejam conectadas com as propostas dos Direitos Humanos, com ampla participação da sociedade civil.

Ressaltamos que a importância de trabalhar essas questões é concreta e deve ser realizada rapidamente. Lamentavelmente, o que fica bastante claro é que, depois de mais quatro décadas de convivência com a AIDS e de pesquisas realizadas, resta a triste constatação de que a epidemia ainda está vigente.

Infelizmente, nesse cenário de epidemia, em nível nacional e internacional, observamos que os esforços realizados não foram capazes de controlar o crescimento dos casos de HIV/AIDS. Na ausência de uma vacina curativa ou preventiva, a importância de políticas preventivas, capazes efetivamente de minimizar o impacto dessa infecção, amplia-se e ganha ainda mais destaque.

Dessa maneira, dificilmente teremos um caminho para combater essa doença se não tivermos acesso à política pública integral, à rede de assistência em saúde, à prevenção combinada, às novas metodologias de prevenção, ao diagnóstico em tempo e à abordagem inicial da pessoa que vive com HIV/AIDS, trazendo informações para o esclarecimento aos pacientes.

Parker (2000, p. 11) defende que, como a sexualidade é construída socialmente e a intervenção é necessariamente política, somente integrando as nossas reações ao HIV/AIDS a uma luta muito mais abrangente em busca de justiça social e econômica, da igualdade entre mulheres e homens, dos direitos sexuais é que teremos condições, de fato, para erradicar essa epidemia.

Nesse sentido, acreditamos que seja fundamental o fortalecimento do controle social e de diversas parcerias com organizações da sociedade civil, outros órgãos governamentais e outros programas de saúde. É visível que ainda é frágil essa articulação dentro do próprio setor saúde. Ainda se trabalha numa lógica muito setORIZADA, os programas são verticalizados, sendo difícil obter resultados mais coletivos.

Fausto et al. (2018, p. 67) informam que são inegáveis os avanços na atenção primária à saúde no Brasil, na última década, com ampliação da oferta, facilitação do acesso, maior disponibilidade de serviços de procura regular e ampliação de recursos financeiros. No entanto, como sinalizado, o desenvolvimento da atenção primária à saúde no país também tem apontado limites para o seu fortalecimento e coloca em evidência a ausência de articulação dos serviços de saúde, bem como a falta de planejamento da rede com definição clara dos papéis.

Os desafios não são pequenos, mas superá-los é imperativo para que a atenção primária à saúde abrangente e articulada e rede regionalizada seja uma realidade no cenário brasileiro. Ao mesmo tempo, a construção das redes regionalizadas passa pelo fortalecimento das competências no nível estadual e na região. A atenção primária à saúde é parte desse processo e deve ser dimensionada e organizada considerando-se as características epidemiológicas, as necessidades em saúde e os recursos disponíveis nos contextos municipais.

Nosso estudo analisou os limites e as possibilidades do tratamento de HIV/AIDS acontecer na atenção básica de saúde. Entendemos que assim contribuímos para as reflexões acerca da descentralização deste tratamento, em que seja possível produzir respostas às necessidades do setor saúde e ampliar a

capacidade dos governos de implementação das políticas públicas como estratégia de promoção da justiça social.

Desse modo, o fortalecimento das dimensões sociais e das políticas do enfrentamento à epidemia de AIDS na conjuntura que enfrentamos no Brasil demanda que as experiências acumuladas pelas pessoas, grupos e instituições, desde os anos 1980, sejam reavivadas e reafirmadas. É preciso, assim, reconfigurar as alianças necessárias para a resistência.

Tal conclusão serve de alerta para os gestores de política pública quanto à necessidade de efetiva implementação de políticas integradas que possibilitem o tratamento adequado desses usuários. Em resumo, entendemos que os resultados da pesquisa aqui apresentada forneceram um importante subsídio para o enfrentamento do HIV/AIDS.

Quanto ao processo de descentralização, este atua na proposta maior das diretrizes do SUS. A política de atendimento ao HIV/AIDS funciona dentro da sua finalidade, atendendo às demandas mais técnicas no que se refere ao tratamento, onde o acesso é universal e descentralizado. Porém, questões relacionadas ao sigilo do diagnóstico se destacam nesse processo de descentralização do atendimento de HIV/AIDS para unidades de saúde próximas à residência do usuário.

Dessa forma, tanto os usuários quanto os profissionais se reorganizam dentro da unidade de saúde para atender essas demandas específicas dos pacientes de HIV/AIDS. Nesse processo, apesar de funcionar dentro do proposto e os próprios usuários não apresentarem maiores queixas quanto ao seu tratamento, a nossa tese é que prevalecem mais perdas do que ganhos à atenção adequada aos usuários de HIV/AIDS com o tratamento acontecendo nas unidades de atenção básica. Pois, muitos vivenciam, infelizmente, as experiências de constrangimento e a resistência em se revelar como são, pessoas que vivem com HIV/AIDS, em tratamento e que merecem todo respeito, livre de qualquer preconceito, estigma ou discriminação.

Assim, nosso posicionamento é que, apesar da descentralização operar dentro do previsto, partindo da experiência de um Serviço de Assistência Especializada (SAE), defendemos que a proposta do SAE, que é própria do Ministério da Saúde, é a mais adequada para atender as demandas gerais e específicas do tratamento do HIV/AIDS, que requer especialização nas suas questões e uma equipe fixa, com o mínimo de rotatividade, específica no atendimento da pessoa que vive HIV/AIDS.

Referências bibliográficas

AGOSTINI, R. et al. A resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS em tempos de crise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4599-4604, 2019.

ALMEIDA E. R. et al. **Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015-2017)**. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/rpsp/2018.v42/e180/>> Acesso em: 15 jul. 2021.

ARRETCHE, M. T. S. **Estado Federativo e Políticas Sociais: Determinantes da descentralização**. São Paulo: FAPESP, 2011.

ARRETCHE, M. T. S. **Políticas Sociais no Brasil: Descentralização em um estado federativo**. São Paulo: UNESP, 1996.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS (ABIA). **Descentralização das políticas e ações em saúde: impactos e desafios para o enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.abiaids.org.br/_img/media/APRIM_DEB_III_internet.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2022.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS (ABIA). **Dimensões sociais e políticas da prevenção**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <http://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2018/12/Dimens%C3%B5es-sociais-NOVO-e-pol%C3%ADticas-da-preven%C3%A7%C3%A3o_2018_site.pdf>. Acesso em: 25 ab. 2022.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS (ABIA). **Entenda o desmonte da resposta à AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <<http://abiaids.org.br/entenda-o-desmonte-da-resposta-a-aids-no-brasil/32860>>. Acesso em: 28 nov. 2019.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS (ABIA). **Mito VS Realidade: Sobre a Resposta Brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016**. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2016/07/Mito-vs-Realidade_HIV-e-AIDS_BRASIL2016.pdf>. Acesso em: 22 out. 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS (ABIA). **Política de Saúde, Resposta ao HIV e Prostituição no Rio de Janeiro:** estudo de caso. Rio de Janeiro, 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS (ABIA). **Respostas à AIDS no Brasil:** aprimorando o debate III [livro eletrônico]. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <<https://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2020/06/Abia-Publicacao-digital-02072020.pdf>> Acesso em: 18 ago. 2022.

BAHIA, L. **Editorial Olhar Virtual.** Edição 296 de 25 de maio de 2010. Disponível em: <http://www.olharvirtual.ufrj.br/2010/?id_edicao=296&codigo=4>. Acesso em: 18 ago. 2022.

BAHIA, L. **Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS):** uma transição necessária, mas insuficiente. Cad. Saúde Pública – Fiocruz, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/W7zxfv588XxhKQ7JJ8dGVKD/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 18 ago. 2022.

BARATA L. R. B. et al. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde.** Brasília, v. 13, n. 1, jan./mar. 2004.

BARROCO, M. L. S. **Ética:** fundamentos sócio-históricos. São Paulo: Cortez, 2009.

BASTOS, F. I. **Aids na terceira década.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006

BEHRING, E. R. **Brasil em contra-reforma:** desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social:** fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2007.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social:** fundamentos e história. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BEHRING, E.; BOSCHETTI, I. **Política social:** fundamentos e história. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008. (Biblioteca Básica de Serviço Social, v. 2)

BELOQUI, J. A. Uma nova etapa para o tratamento das pessoas com HIV. In: VILLARDI, P.; FONSECA, F.; SCOPEL, C. (Orgs.). **Políticas de produção local de medicamentos no Brasil:** elementos para o debate. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), 2017.

BEZERRA, J. S.; BARBOSA, C. R. **Relações de gênero e feminização do HIV/AIDS**. Anais do Congresso Internacional da Faculdades EST. São Leopoldo: EST, v. 2, p.891-897, 2014.

BLOISE, M. S. **Os Gerentes de Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro: perfil, vivências e desafios**. Rio de Janeiro, 2015. 109 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, 2002.

BONANNO, L. SP não está preparada para atender HIV na atenção básica, diz secretário. **UOL Notícias**. 24/01/2014. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2014/01/24/sp-nao-esta-preparada-para-atender-hiv-na-atencao-basica-diz-secretario.htm>>. Acesso em: 18 ago. 2022.

BORLINI, L. M. Há pedras no meio do caminho do SUS - os impactos do neoliberalismo na saúde do Brasil. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 321-333, ago./dez. 2010. Disponível em: <<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/7697>>. Acesso em: 26 dez. 2020.

BRANCO. S. C. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB): Princípios e Diretrizes**. Una-sus, 2019. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ares/13429/1/pol%c3%8dtica%20nacional%20de%20aten%c3%87%c3%83o%20b%c3%81sica%20%28pnab%29%20princ%c3%8dpio s%20e%20diretrizes.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Terapia Anti-Retroviral e Saúde Pública: um Balanço da Experiência Brasileira**. Brasília, DF, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle das DST/AIDS. In. **Serviço Assistencial HIV/AIDS – Documento Técnico Nº 1: Serviço de Assistência Especializada (SAE)**. Brasília, DF, 1994.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95**, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>. Acesso em: 18 ago. 2022.

BRASIL. **Lei nº 12.984**, de 2 de junho de 2014. Define o crime de discriminação dos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de aids. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l12984.htm>. Acesso em: 18 ago. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.213**, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm>. Acesso em: 18 ago. 2022.

BRASIL. **Lei nº 9.313**, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9313.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%209.313%2C%20DE%2013,Art>. Acesso em: 18 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **5 passos para a implementação do manejo da infecção pelo HIV na atenção básica**: guia para gestores. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. A NOAS e a Atenção Básica. In. **Informe da Atenção Básica**, a. 2, n. 12. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/Informe12.pdf>> Acesso em: 25 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Norma Operacional Básica – NOB/96**. Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS**. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para a Atenção Básica**. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil**: coletânea de estudos do Projeto Atar. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico HIV/AIDS**. Brasília, DF, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica HIV/AIDS, hepatites e outras DST**, n. 18. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de boas práticas em HIV/AIDS na atenção básica**, Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**, nº 18 Brasília, DF, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada e compartilhada (2009)**. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da Aids**. 1989. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/direitos-das-pvha>> Acesso em: 18 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Instrucional Viva Melhor Sabendo**. Brasília, DF, 2021. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_instrucional_viva_melhor.pdf> Acesso em: 22 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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**. Brasília, DF, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e AIDS**. Série Normas e Manuais Técnicos, n. 84. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Metas e compromissos assumidos pelos estados-membros na sessão especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. UNGASS – HIV/AIDS: resposta brasileira 2008-2009**: relatório do progresso do país. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O Boletim Epidemiológico HIV/AIDS**. Brasília, DF, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Oficina de Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para a Atenção Básica**. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Epidemia de AIDS e outras ISTs**. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH)**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Política Nacional de Atenção Básica**. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 12 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 77**, de 12 de janeiro de 2012. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0077_12_01_2012.html>. Acesso em: 12 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Princípios do SUS**. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>>. Acesso em: 08 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de AIDS**. Brasília, DF, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de DST/AIDS Princípios e diretrizes**. Brasília, DF, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de DST/AIDS. Área Técnica**. Tratamento de HIV e AIDS. Adesão. Disponível em: <www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISBD82883FPTBRIE.htm>. Acesso em: 02 jun. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. In. **Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV-2007/2008**. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos (2018)**. Brasília, DF, 2018.

BRASIL. **Portaria 1.246**, de 28 de maio de 2010. Dispõe sobre a orientação das empresas e dos trabalhadores em relação à testagem relacionada ao vírus da imunodeficiência adquirida – HIV. Disponível em: <http://www.normaslegais.com.br/legislacao/portariamte1246_2010.htm>. Acesso em: 01 jul. 2022.

BRASIL. **Portaria Nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 18 ago. 2022.

BRASIL. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2022.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. (Org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. (Orgs.). **Política social e democracia**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002. p. 197-215.

BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Sicelo Brasil**, 2001. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/zBSKHBDyfvfz7cLQp7fsSBg/?lang=pt>>. Acesso em: 27 set. 2021.

CALAZANS, G. Prevenção do HIV e da AIDS: a história que não se conta / a história que não te contam. **ABIA**, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://abi aids.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Prevencao_HIVeAIDS_Site.pdf>. Acesso em: 21 out. 2021.

CAMARGO JR., K. R. **As ciências da AIDS & A AIDS das ciências: discurso médico e a construção da AIDS**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS, UERJ, 1994.

CAMPANY, L. N. S. et al. HIV/AIDS no Brasil: feminização da epidemia em análise. **Revista Bioética**, Brasília, v. 29, n. 2, abr./jun. 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/bioet/a/59QZ8jvL3p5Kq6qJnSKqdrJ/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 22 set. 2022.

CAMPOS, A. C. M. et al. Perfil, vulnerabilidade e acessibilidade da população negra quanto à prevenção, diagnóstico e tratamento de HIV/AIDS. In: CAMPOS, A. C. M.; ALMEIDA, C. R.; AOKI, F. H. (Orgs.). **Saúde da população negra HIV/AIDS: pesquisas e práticas**. Campinas, SP: Arte escrita, 2011.

CAMPOS, C. E. A. Os princípios da Medicina de Família e Comunidade. **Revista APS**, Minas Gerais, v. 8, n. 2, p. 181-190, jul./dez., 2005. Disponível em: <<https://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/principios.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2021.

CAMPOS, E. J. **O público e o privado na gestão em saúde: um estudo de caso sobre o gerenciamento local das equipes da saúde da família no município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2013. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz.

CAMPOS, G. W. de S. **Reforma da Reforma: Repensando a Saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

CARDOSO, M. A. **Organizações Sociais: Rio Intransparente**. Rio de Janeiro, 2012. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, UERJ.

CARVALHO, C. L. S. Escalas da desigualdade urbana: a cidade do Rio de Janeiro e as favelas. **Cadernos do Desenvolvimento Fluminense**, Rio de Janeiro, n. 1, p. 11-23, 2016.

CARVALHO, J. M. R. **Experiências e perspectivas de mulheres vivendo com HIV/Aids sobre direitos sexuais e reprodutivos**. Rio de Janeiro, 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.

CASTRO, C. T. de et al. Atenção Primária à saúde frente a Pandemia de Covid-19 no Brasil: possibilidades e desafios. In: FURTADO, J. H. L.; QUEIROZ, C. R.; ANDRES, S. C. (Orgs.). **Atenção Primária à saúde no Brasil: desafios e possibilidades no cenário contemporâneo**. Campina Grande/PB: Amplla, 2021.

CHAVES, G. C. et al. Acesso a medicamentos no Brasil e estratégias para a produção nacional: desafios para a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde. In: VILLARDI, P.; FONSECA, F.; SCOPEL, C. (Orgs.). **Políticas de produção local de medicamentos no Brasil: elementos para o debate**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), 2017.

COHN, A. Os governos municipais e as políticas sociais. In: SOARES, J. A.; CACCIA-BAVA, S. (Orgs.). **Os desafios da gestão municipal democrática**. São Paulo: Cortez, 1998.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Saúde**. Brasília: CFESS, 2013. (Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais, n. 2).

COUTINHO, C. N. Notas sobre cidadania e modernidade. In: **Contra a Corrente: ensaios sobre democracia e socialismo**. São Paulo: Cortez, 2000.

CZERESNIA, D. et al. **AIDS: pesquisa social e educação**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1995.

DIAZ, R. S. **A História de uma doença**. Os primeiros 30 anos da epidemia pelo HIV e a ciência por detrás da História. São Paulo: Permyer Brasil Publicações, 2012.

DINIZ, E. Em busca de um novo paradigma: a reforma do Estado no Brasil dos anos 90. São Paulo em Perspectiva: **Revista da Fundação Sead**. São Paulo, v. 10, n. 4, 1996.

DRAIBE, S. M. O Welfare State no Brasil: características e perspectivas. **Revista de Ciências Sociais**. São Paulo: Anpocs, 1992.

ESCURRA, M. F. Marx e a pobreza ou a influência do aumento do capital para a classe trabalhadora. **Revista Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 135-145, jan./jun., 2019.

FAUSTO, M. C. R.; ALMEIDA, P. F.; BOUSQUAT, A. Organização da atenção primária à saúde no Brasil e os desafios para a integração em Redes de Atenção. In: **Atenção primária à saúde no Brasil**. Conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018

FELIX, G.; CEOLIM, M. F. O perfil da mulher portadora de HIV/AIDS e sua adesão à terapêutica antirretroviral. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 884-891, 2012.

FONSECA, A. F. **Avaliação da Atenção a Pessoas com HIV/AIDS em Centros Municipais de Saúde-Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 1994. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

FURTADO, J. H. L.; QUEIROZ, C. R.; ANDRES, S. C. (Orgs.). **Atenção Primária à saúde no Brasil: desafios e possibilidades no cenário contemporâneo**. Campina Grande/PB: Amplla, 2021. Disponível em: <<https://ampllaeditora.com.br/books/2021/04/eBook-Atencao-Primaria.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2022.

GALVÃO, J. **AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia**. Rio de Janeiro/São Paulo: ABIA/Editora 34, 2000.

GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Situação do indivíduo no mercado de trabalho e iniquidade em saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 99-106, 2005.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GONDIM, G; MONKEN, M. O Uso do Território na Atenção Primária à Saúde. In: MENDONÇA, M. H. M. et al. (Org.). **Atenção Primária à Saúde no Brasil**: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

HARVEY, D. O **Neoliberalismo**: história e implicações. 5. ed. Tradução Sobral, M. S. G. São Paulo: Edições Loyola, 2014.

IAMAMOTO, M. V. A Questão Social no capitalismo. In: IAMAMOTO, M. V.; DURIGUETTO, M. L. (Orgs.). **Serviço social**: questão social, território e política social. Juiz de Fora, MG: Editora UFJF, 2021.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na Contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

IAMAMOTO, M. V. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. In: **Serviço Social**: direitos e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. p. 341-375.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Conta-satélite de saúde Brasil**: 2010-2015. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde: 2013**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua** (PNAD Contínua). Rio de Janeiro: IBGE, 2019.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua** (PNAD Contínua). Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde**: 2019 - informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z. Matriciamento em Saúde Mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/jG6jHLkx8zpxQMB4wQz6V6j/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 06 dez. 2021.

IPEA - INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Políticas Sociais: acompanhamento e análise**. BPS. n. 27. 2020. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=36260&Itemid=9> Acesso em: 26 dez. 2020.

KAHHALE, E. P. et al. **HIV/AIDS: enfrentando o sofrimento psíquico**. São Paulo: Cortez, 2010.

LEITE, V.; TERTO Jr, V.; PARKER, R. (Orgs.). **Dimensões sociais e políticas da prevenção**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS - ABIA, 2020.

LOPES, F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: Tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: Brasil. Fundação Nacional de Saúde. **Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade**. Brasília: Funasa, 2005.

MAKSUD, I. (Org.). Anais do Seminário: **Coro de vozes numa teia de significados**: sobre o cuidado às pessoas vivendo com na Rede de Atenção à Saúde. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <<http://informe.ensp.fiocruz.br/assets/anexos/b37b4a0fe296b1198081fbcc d3c8176d.PDF>>. Acesso em: 14 fev. 2022.

MANN, J. et al. **A Aids no mundo**. Tradução: José Stalin Pedrosa e Lilá Rossi. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993.

MARX, K. **O Capital**: crítica da economia política. 5 volumes. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1974.

MATTA, G. C. **Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

MEIRELLES, G. Á. L. Pauperização relativa, Desigualdade social e a “Questão Social” Contemporânea. **Revista Temporalis**, Brasília, DF, a. 15, n. 29, jan./jun. 2015.

MELO, E. **A Experiência da pesquisa RAIDS no SUS do Rio de Janeiro.** ENSP/Fiocruz e ISC/UFF. Anais do Seminário: Coro de vozes numa teia de significados: sobre o cuidado às pessoas vivendo com na Rede de Atenção à Saúde. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <<http://informe.ensp.fiocruz.br/assets/anexos/b37b4a0fe296b1198081fbcc d3c8176d.PDF>> Acesso em: 14 fev. 2022.

MENDES, A.; MARQUES, R. M. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde em Debate**, v. 38, n. 103, out./dez., 2014.

MENDES, A.; MARQUES, R. M. O impacto da política econômica do governo Lula na Seguridade Social e no SUS. **Revista Saúde em Debate** [online], v. 29, n. 71, p. 258-267, set./dez. 2005.

MENDONÇA, M. H. M.; MATTA, G. C.; GONDIM, R.; GIOVANELLA, L. (Orgs.). **Atenção primária à saúde no Brasil. Conceitos, práticas e pesquisa.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.

MINAYO, M. C. S. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento.** São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 2009.

MIRANDA, C. B. **O Problema de Agência nos contratos de Gestão: As Organizações Sociais de saúde do Estado do Rio de Janeiro.** 2015. Dissertação de Mestrado - Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas da Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2015.

MONTEIRO, S. **Qual prevenção? Aids, sexualidade e gênero em uma favela carioca.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MONTEIRO, S.; VILLELA, W. (Orgs.). **Estigma e Saúde.** 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

MOROSINI M. V. G. C. et al. **Política Nacional de Atenção Básica 2017: Retrocessos e Riscos para o Sistema Único de Saúde.** 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42n116/11-24/pt/>>. Acesso em: 15 jul. 2021.

NETO, L. G.; ARAÚJO, T. B. Poder local, governos municipais e políticas de indução do desenvolvimento econômico no Brasil. In: SOARES, J. A.; CACCIA-BAVA, S. (Orgs.). **Os desafios da gestão municipal democrática**. São Paulo: Cortez, 1998.

NETTO, J. P. A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. **Revista Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. Rio de Janeiro: Cortez, 1999. Disponível em: <https://www.ssrede.pro.br/wp-content/uploads/2017/07/projeto_etico_politico-j-p-netto_.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2022.

NETTO, J. P.; BRAZ, M. **Economia Política**: uma introdução crítica. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

PARKER, R. et al. **AIDS e Covid-19**: O impacto do novo coronavírus na resposta ao HIV. Dossiê ABIA - HIV/AIDS e Covid-19 no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA, 2020. Disponível em: <https://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2020/12/dossie_ABIA_01_12.pdf>. Acesos em: 13 maio 2022.

PARKER, R. **Na contramão da AIDS**: sexualidade, intervenção, política. Rio de Janeiro/ São Paulo: ABIA/Editora 34, 2000.

PARKER, R.; GALVÃO J. (Orgs.). **Quebrando o silêncio**: mulheres e AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Relume – Dumará: ABIA: IMS/UERJ, 1996.

PARKER, R.; TERTO JR., V. (Orgs.). **Entre homens**: homossexualidade e AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA, 1998.

PASSARELLI, C. A. et al. (Org.). **AIDS e desenvolvimento**: interfaces e políticas públicas. Rio de Janeiro: ABIA, 2003.

PASSARELLI, C. A. et al. (Org.). **Assistência e prevenção à epidemia de AIDS no SUS**. Rio de Janeiro: ABIA, 2004.

PEREIRA, P. A. P. Para compreensão da política social: concepções básicas de estado versus sociedade. In: **Política Social**: temas & questões. São Paulo: Cortez, 2008.

PIOLA, S. et al. **Financiamento público da saúde**: uma história à procura de rumo. Brasília: IPEA, julho de 2013. (Texto para discussão n. 1.846).

RABELLO, R. S. **Estratégia Saúde da Família: sistema de informações e fatores associados ao cadastramento em inquérito de saúde em uma comunidade do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2016. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

ROCHA, R. A gestão descentralizada e participativa das políticas públicas no Brasil. **Revista Pós Ciências Sociais**, São Luís, n. 11, v. 1, jun., 2009.

SALVADOR, E. **Fundo Público e Financiamento das Políticas Sociais no Contexto do Federalismo Brasileiro do Século XXI**. 2014. Disponível em: <<http://www.uel.br/eventos/orcamentopublico/pages/arquivos/II%20Simposio/TEXT0%20EVILASIO.pdf>> Acesso em: 12 abr. 2021.

SALVADOR, E. Fundo Público e o financiamento das Políticas Sociais no Brasil. 2012. **Serv. Soc. Rev.**, Londrina, v. 14, n. 2, p. 04-22, jan./jun., 2012. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/307750521_Fundo_Publico_e_o_Financiamento_das_Politicas_Sociais_no_Brasil>. Acesso em: 25 dez. 2020.

SANTOS, N. R. Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. **Ciênc. Saúde Coletiva** [on-line], v. 13, n. 2, p. 2009-2018, 2008.

SCHILKOWSKY, L. B. **As dimensões material, imaginária e simbólica do abandono de tratamento de HIV/AIDS: um estudo de caso em um Serviço de Assistência Especializada no município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

SILVA, M. L. O. O Estatuto da Criança e do Adolescente e o Código de Menores: discontinuidades e continuidades. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, a. 26, n. 83, p. 30-48, set., 2005.

SILVA, N. S. **A política e a organização da Atenção Básica no município do Rio de Janeiro de 2009 a 2013**. Rio de Janeiro, 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

SOARES, L. T. As atuais políticas de saúde: os riscos do desmonte neoliberal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. esp., p. 17-24, 2000.

SOUSA, C. T. de. **Sigilo profissional e Serviço Social: fundamentos políticos e regulamentação ética**. São Paulo, 2020. 705 p. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Ciências Sociais, PUC-SP.

SOUZA, B. M. B. et al. Política de AIDS no Brasil: uma abordagem histórica. **Journal of Management and Primary Health Care**, Recife, v. 1, n. 1. p. 23-26, 2010.

SOUZA, C. **Políticas Públicas**: Conceitos, Tipologias e Sub-Áreas. São Paulo: Fundação Luís Eduardo Magalhães, 2002.

SOUZA, S. G. de et al. Atenção Básica frente à pandemia do novo coronavírus: uma revisão integrativa. In: FURTADO, J. H. de L.; QUEIROZ, C. R.; ANDRES, S. C. (Orgs.). **Atenção Primária à saúde no Brasil**: desafios e possibilidades no cenário contemporâneo. Campina Grande/PB: Ampila, 2021.

TAQUETTE, S. R. **AIDS e Juventude**: gênero, classe e raça. Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

TAQUETTE, S. R. Feminização da AIDS e adolescência. **Rev. Adolescência & Saúde**, v. 6, n. 1, abr., 2009. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=39> Acesso em: 24 dez. 2020.

TELES, N. (Org.). **Políticas de controle do HIV/AIDS no Brasil e em Moçambique**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.

UGÁ, M. A. D; MARQUES, R. M. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e estrangulamentos. In: LIMA, N. T.; GERCHMAN, S.; EDLER, F. C. **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: FioCruz, 2005.

UNAIDS. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. **Índice de Estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/AIDS Brasil**. 2019. Disponível em: <https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2019/12/2019_12_06_Exec_sum_Stigma_Index-2.pdf>. Acesso em: 14 abr. 22.

VIANA, A. L. A. et al. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.18 (Suplemento), 2002.

VIEIRA, K. F. L. et al. Representação Social das Relações Sexuais: um Estudo Transgeracional entre mulheres. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v.36, n. 2, p. 329-340, abr./jun., 2016.

VILLELA, W. V.; BARBOSA, R. M. Trajetórias de mulheres vivendo com HIV/AIDS no Brasil. Avanços e permanências da resposta à epidemia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p.87-96, jan., 2017.

ZAMBENEDETTI, G.; **O Paradoxo do Território e os Processos de Estigmatização da AIDS na Atenção Básica em Saúde**. Porto alegre, 2014. 267 p. Tese (Doutorado em Psicologia Social e Institucional) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R. A. N. Descentralização da atenção em HIV/AIDS para a atenção básica: tensões e potencialidades. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 785-806, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/RQS4MYyn5zV9f7FZjNbLLFn/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 3 dez. 2021.

8 Anexos

8.1.

Anexo 1 – Termo de consentimento livre e esclarecido

Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada “As tendências do processo de descentralização para o cuidado das pessoas que vivem com HIV/AIDS no município do Rio de Janeiro”, conduzida por Raquel Maíra dos Santos Alves Militão. Este estudo tem por objetivo analisar as tendências do processo de descentralização do manejo clínico do tratamento do HIV/AIDS no município do Rio de Janeiro/RJ, como meio de elucidar a questão de como se dá a atual configuração do tratamento da pessoa que tem HIV através da descentralização do atendimento.

Você foi selecionado(a) por escolha aleatória. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Riscos e inconveniências: Os possíveis danos associados à sujeição a pesquisa estão relacionados ao desconforto emocional por compartilhar informações pessoais. Neste sentido, entendemos a necessidade de assistência aos participantes por meio de escuta qualificada e manejo dos esclarecimentos pertinentes na condução da pesquisa, considerando a confidencialidade e a privacidade dos dados da pesquisa, conforme Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade humana.

Sua participação na pesquisa não é remunerada nem implicará em gastos para os participantes e também não lhe será dada nenhuma compensação financeira. Não haverá qualquer penalização administrativa ao participante caso, em qualquer momento de sua colaboração tenha necessidade ou interesse em interromper sua participação.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevista dirigida com instrumento semiestruturado. O local de realização será a Clínica da Família onde você faz acompanhamento médico. O tempo de realização da entrevista está estimado em 40 minutos, podendo ser prorrogado caso haja necessidade. A entrevista será realizada pela própria pesquisadora, estando presentes apenas o participante e a pesquisadora. A entrevista abordará questões relativas aos seus dados pessoais, seu tratamento em HIV, quais as situações enfrentadas durante o tratamento, dentre outras.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. A entrevista será gravada para posterior transcrição. As transcrições serão armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas os pesquisadores e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 05 (cinco) anos, conforme Resolução 510/2016 e orientações do CEP/CONEP.

O pesquisador responsável se compromete a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos ou instituições participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável / coordenador da pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos da pesquisadora responsável: Raquel Maíra dos Santos Alves Militão, assistente social da UFRJ e doutoranda pela PUC/Rio, Rua Marquês de São Vicente, 225, Prédio Kennedy – 2º andar – Gávea, RJ, Tel.: (021) 3527-1618.

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com a pesquisadora responsável, comunique o fato ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde, endereço: Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Sala 401, Centro – RJ. CEP: 20031-040. Telefone: 2215-1485. E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br ou cepsmsrj@yahoo.com.br Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____.

Nome _____ do(a) participante: _____
Assinatura: _____

Nome _____ da pesquisadora: _____
Assinatura: _____

8.2.

Anexo 2 – Nota técnica 04: acesso aos serviços de atenção primária à saúde (aps) por pessoas vivendo com HIV/AIDS**PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO****SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE****Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde**

Ofício Circular S/SUBPAV/SAP nº 09/2019

Rio de Janeiro, 06 de maio de 2019.

Às Coordenadorias Gerais de Atenção Primária, com vistas aos Profissionais das Unidades de Saúde.

NOTA TÉCNICA 04 - Acesso aos Serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) por pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA)

CONSIDERANDO que o sigilo do diagnóstico desta condição é estratégico para a retenção de PVHA nas unidades de saúde, com melhor adesão ao tratamento e consequente sucesso terapêutico;

CONSIDERANDO que o receio da quebra do sigilo do diagnóstico é um motivo frequentemente relatado pela PVHA de resistência à utilização da sua unidade de APS de referência;

Recomendamos que as pessoas vivendo com HIV/AIDS possam definir em qual unidade de Atenção Primária realizarão seu acompanhamento. A unidade escolhida pode pertencer ou não à Área de Planejamento (AP) de residência, e o encaminhamento deverá ser realizado por meio de guia de referência e contrarreferência, contendo dados clínicos e laboratoriais.

O acompanhamento na unidade escolhida deve incluir todo o manejo clínico relacionado ao HIV: diagnóstico, seguimento clínico e laboratorial, início e manutenção de tratamento medicamentoso, envolvendo a prescrição e a dispensação de medicamentos, solicitação, coleta e realização de exames complementares.

A unidade escolhida pelo usuário passa a ser também a sua unidade de referência para todos os serviços oferecidos na APS, excetuando-se os serviços prestados em domicílio como, por exemplo, as visitas domiciliares.

Atenciosamente,

GUIDA SILVA

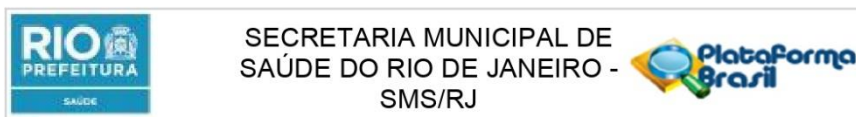
Gerente da Área Técnica de IST/AIDS
Superintendência de Atenção Primária
Matrícula nº 51/081.945-8

LEONARDO GRAEVER

Superintendente de Atenção Primária
Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária
e Vigilância em Saúde
Matrícula nº 60/295.208-3

1

8.3.

Anexo 3 – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: AS TENDÊNCIAS DO PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO PARA O CUIDADO DAS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Pesquisador: RAQUEL MAIRA DOS SANTOS ALVES MILITAO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 41611020.3.0000.5279

Instituição Proponente: PONTIFÍCIA CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.544.244

Apresentação do Projeto:

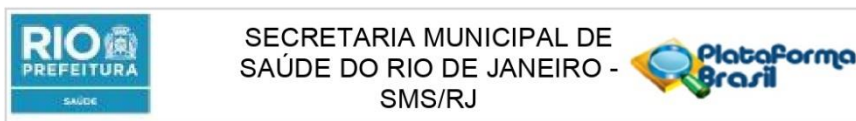
Este projeto de pesquisa intitulado como "As tendências do processo de descentralização para o cuidado das pessoas que vivem com HIV/AIDS no município do Rio de Janeiro"; tem como objetivo geral analisar as tendências do processo de descentralização do manejo clínico do tratamento do HIV/AIDS no município do Rio de Janeiro/RJ, como meio de elucidar a questão de como se dá a atual configuração do tratamento da pessoa que tem HIV nesse modelo de atendimento. Discute o histórico da AIDS no Brasil, as políticas de enfrentamento e dados epidemiológicos da doença, aborda a Política de Saúde no Brasil e relaciona a Questão Social e o HIV, debate a descentralização da Política de Saúde no município do Rio de Janeiro, no tocante ao manejo clínico do tratamento do HIV e, discorre sobre as Unidades Básicas de Saúde como locais de tratamento para o HIV. Ao discutir as tendências e os limites do processo de descentralização da política de saúde no Brasil, atualmente tem-se a descentralização da assistência ao HIV/AIDS para atenção básica de saúde como redefinição da sua linha de cuidado. Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa (utilizando a entrevista dirigida), que será realizada através de pesquisa bibliográfica, documental e pesquisa de campo no município com profissionais e usuários das clínicas da família.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as tendências do processo de descentralização para o cuidado das pessoas

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro **CEP:** 20.031-040
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 **E-mail:** cepsmsrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 4.544.244

que vivem com HIV/AIDS no município do Rio de Janeiro/RJ

Objetivo Secundário:

- Realizar o diagnóstico situacional, mapeando e compreendendo a rede de atendimento da atenção primária de saúde no município do Rio de Janeiro;
- Averiguar como se dá o acesso das pessoas com HIV/AIDS à Unidade Básica de Saúde para o tratamento do HIV/AIDS no município do Rio de Janeiro e a qualidade do atendimento;
- Identificar se há dificuldades dos profissionais em sua atuação no atendimento à pessoa que vive com HIV/AIDS no município do Rio de Janeiro.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Risco Mínimo. Riscos e inconveniências: Os possíveis danos associados à sujeição a pesquisa estão relacionados ao desconforto emocional por compartilhar informações pessoais. Neste sentido, entendemos a necessidade de assistência aos participantes por meio de escuta qualificada e manejo dos esclarecimentos pertinentes na condução da pesquisa, considerando a confidencialidade e a privacidade dos dados da pesquisa, conforme Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade humana.

Benefícios:

O entrevistado será informado que sua contribuição é extremamente relevante para a reflexão sobre essa temática, contribuindo para o aprimoramento do tratamento do HIV/AIDS nas Unidades Básicas de Saúde e da própria Política de Saúde, bem como para a produção/divulgação de conhecimentos para estudiosos do tema.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

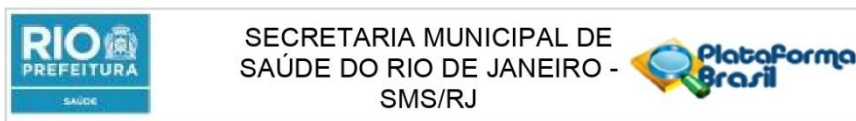
O protocolo de pesquisa apresenta todos os elementos necessários e adequados à apreciação ética e as pendências emitidas no parecer anterior foram atendidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Para análise deste projeto foram apresentados os seguintes documentos na Plataforma Brasil

- 1) Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos: adequado
- 2) Projeto de Pesquisa: adequado
- 3) Orçamento e fontes de financiamento: adequado

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro **CEP:** 20.031-040
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 **E-mail:** cepsmsrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 4.544.244

- 4) Declaração negativa de custos: ADEQUADO
- 5) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: adequado
- 6) Cronograma: adequado
- 7) Anuência da Instituição cenário: adequado
- 8) Currículos dos pesquisadores: adequado
- 9) Instrumentos de coleta de dados: adequado
- 10) Termo de Compromisso de Utilização de Dados TCUD.

Recomendações:

Não Há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP/SMSRJ considera que o protocolo do projeto de pesquisa ora apresentado contempla os quesitos éticos necessários, estando apto a ser iniciado a partir da presente data de emissão deste parecer.

Considerações Finais a critério do CEP:

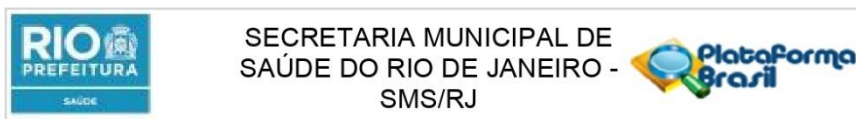
Sr.(a) Pesquisador(a),

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP/SMS-RJ como emenda. Deve-se aguardar o parecer favorável do CEP/SMS-RJ antes de efetuar a modificação. Atentar para a necessidade de atualização do cronograma da pesquisa.

Caso ocorra alguma alteração no financiamento do projeto ora apresentado (alteração de patrocinador, modificação no orçamento ou copatrocínio), o pesquisador tem a responsabilidade de submeter uma emenda ao CEP/SMS-RJ solicitando as alterações necessárias. A nova Folha de Rosto a ser gerada deverá ser assinada nos campos pertinentes e anexada novamente na Plataforma Brasil para análise deste CEP/SMS-RJ.

O CEP/SMS-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro **CEP:** 20.031-040
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 **E-mail:** cepsmsrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 4.544.244

Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMS-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Acrescentamos que o participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (item IV.3 .d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12) e deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.5.d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Caso haja interrupção do projeto ou não publicação dos resultados, solicitamos justificar fundamentalmente ao CEP/SMS-RJ.

De acordo com o OFÍCIO CIRCULAR Nº 8/2020/CONEP/SECNS/MS com as orientações para a condução de pesquisas e atividades dos CEP's durante a pandemia provocada pelo SARS-COV-2 e enquanto perdurar o estado de emergência de saúde pública decorrente da Covid-19, recomenda-se que os CEP's e toda a comunidade científica adotem, para a condução dos protocolos de pesquisa, envolvendo seres humanos, as orientações da CONEP observando, ainda, no que couber, as diretrizes adotadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

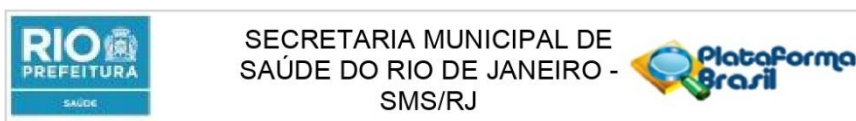
Quando se tratar de pesquisas com seres humanos em instituições integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS), os procedimentos não deverão interferir na rotina dos serviços de assistência à saúde, a não ser quando a finalidade do estudo o justificar, e for expressamente autorizado pelo dirigente da instituição.

As pesquisas realizadas em instituições integrantes do SUS devem atender aos preceitos éticos e de responsabilidade do serviço público e de interesse social, não devendo ser confundidas com as atividades de atenção à saúde.

Em razão da Pandemia, a realização da pesquisa ficará a critério do gestor da Unidade de Saúde avaliar caso seja necessária a suspensão, a interrupção ou o cancelamento da pesquisa devido às demandas de serviços decorrentes da Covid-19. Caso haja a suspensão, interrupção ou cancelamento da pesquisa, caberá aos investigadores a submissão de notificação via Plataforma Brasil, para apreciação do Sistema CEP/CONEP. Para as pesquisas realizadas em instituições educacionais, ficará à critério do gestor/ diretor fazer a devida avaliação.

Este parecer possui validade de 12 meses a contar da data de sua aprovação.

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro **CEP:** 20.031-040
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 **E-mail:** cepsmsrj@yahoo.com.br

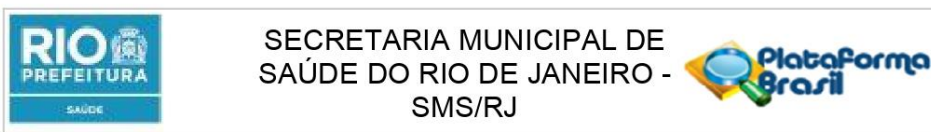


Continuação do Parecer: 4.544.244

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1675703.pdf	31/01/2021 09:24:26		Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Raquel.pdf	31/01/2021 09:23:28	RAQUEL MAIRA DOS SANTOS ALVES MILITAO	Aceito
Outros	Resposta_as_pendencias.pdf	31/01/2021 09:22:13	RAQUEL MAIRA DOS SANTOS ALVES MILITAO	Aceito
Outros	TCUD.pdf	31/01/2021 09:21:33	RAQUEL MAIRA DOS SANTOS ALVES MILITAO	Aceito
Outros	ausencia_de_custos.pdf	31/01/2021 09:20:48	RAQUEL MAIRA DOS SANTOS ALVES MILITAO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_consentimento_Raquel.pdf	31/01/2021 09:20:37	RAQUEL MAIRA DOS SANTOS ALVES MILITAO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Raquel_SMS.pdf	31/01/2021 09:18:59	RAQUEL MAIRA DOS SANTOS ALVES MILITAO	Aceito
Outros	Justificativa_assinatura_folha_de_rosto.pdf	17/12/2020 08:19:31	RAQUEL MAIRA DOS SANTOS ALVES MILITAO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Raquel_Projeto.pdf	17/12/2020 08:19:10	RAQUEL MAIRA DOS SANTOS ALVES MILITAO	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	17/12/2020 08:17:59	RAQUEL MAIRA DOS SANTOS ALVES MILITAO	Aceito
Outros	termo_33.pdf	04/12/2020 08:08:38	RAQUEL MAIRA DOS SANTOS ALVES MILITAO	Aceito
Outros	termo_32.pdf	04/12/2020 08:08:09	RAQUEL MAIRA DOS SANTOS ALVES MILITAO	Aceito
Outros	termo_53.pdf	04/12/2020 08:02:40	RAQUEL MAIRA DOS SANTOS ALVES MILITAO	Aceito
Outros	termo_52.pdf	04/12/2020 08:02:12	RAQUEL MAIRA DOS SANTOS ALVES MILITAO	Aceito
Outros	termo_51.pdf	04/12/2020 08:01:56	RAQUEL MAIRA DOS SANTOS ALVES MILITAO	Aceito

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
 Bairro: Centro CEP: 20.031-040
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepsmrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 4.544.244

Outros	temo_40.pdf	04/12/2020 08:01:30	RAQUEL MAIRA DOS SANTOS ALVES MILITAO	Aceito
Outros	temo_31.pdf	04/12/2020 08:00:51	RAQUEL MAIRA DOS SANTOS ALVES MILITAO	Aceito
Outros	temo_22.pdf	04/12/2020 08:00:23	RAQUEL MAIRA DOS SANTOS ALVES MILITAO	Aceito
Outros	temo_21.PDF	04/12/2020 07:59:29	RAQUEL MAIRA DOS SANTOS ALVES MILITAO	Aceito
Outros	temo_1.pdf	04/12/2020 07:58:50	RAQUEL MAIRA DOS SANTOS ALVES MILITAO	Aceito
Outros	ROTEIRO_DE_ENTREVISTA.pdf	04/12/2020 07:49:50	RAQUEL MAIRA DOS SANTOS ALVES MILITAO	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	04/12/2020 07:48:51	RAQUEL MAIRA DOS SANTOS ALVES MILITAO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	04/12/2020 07:45:40	RAQUEL MAIRA DOS SANTOS ALVES MILITAO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 17 de Fevereiro de 2021

Assinado por:
Salesia Felipe de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar**Bairro:** Centro**CEP:** 20.031-040**UF:** RJ**Município:** RIO DE JANEIRO**Telefone:** (21)2215-1485**E-mail:** cepsmsrj@yahoo.com.br

9 Apêndices

9.1. Apêndice 1 – Roteiro de entrevista

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO



TÍTULO DA PESQUISA - As tendências do processo de descentralização para o cuidado das pessoas que vivem com HIV/AIDS no município do Rio de Janeiro

Pesquisadora: Raquel Maíra dos Santos Alves Militão - Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social do Departamento de Serviço Social da PUC-RIO.

Orientadora: Prof^a. Dra. Márcia Regina Botão Gomes

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

➤ BLOCO 01: PROFISSIONAIS (médico)

Data da entrevista: ____/____/____

Unidade _____ de
saúde: _____.

Dados gerais do profissional:

- Possui capacitação profissional além da graduação? (ex.: especialização/ residência, mestrado, doutorado):
- Tempo de serviço nesta unidade:
- Quantitativo de pacientes com HIV/AIDS atendidos por você:
- Há treinamentos e capacitação quanto a atuação no tratamento de HIV/AIDS?

- Conta com apoio institucional quando surge alguma dúvida relacionada ao tratamento de HIV/AIDS?
- Há alguma dificuldade para atuação profissional quanto a questão do sigilo do diagnóstico com os pacientes?

1. Comente como era o atendimento de HIV/AIDS até 2013 e como está atualmente a estrutura descentralizada do serviço oferecida ao paciente com HIV/AIDS:

2. Como se dá o acesso das pessoas que tem HIV/AIDS às UBS atualmente?

3. Baseado em sua experiência, quais os tipos de situações você identifica que a pessoa que vive com HIV/AIDS enfrenta para acessar os serviços de tratamento especializado?

4. Quais são e como ocorrem os atendimentos voltados aos pacientes que tem HIV/AIDS?

5. Há alguma abordagem relacionada ao trabalho com a adesão ao tratamento?

6. Quais são os serviços e as ações de saúde relacionados ao tratamento de HIV/AIDS disponíveis na rede pública de atenção básica à saúde? (Pode marcar mais de uma opção):

ATENDIMENTO	PERIODICIDADE					
	Semanal	Mensal	Bimestral	Trimestral	Semestral	Anual
Atendimento médico (exclusivamente com clínico geral)						
Atendimento médico (clínico geral e infectologista);						
Atendimento nutricional;						
Atendimento psicológico;						
Atendimento do Serviço Social;						

() Outros. Quais: _____

Periodicidade: () semanal; () mensal; () bimestral; () trimestral; () semestral; () anual.

Comente:

7. Quais as dificuldades e possibilidades para a realização do tratamento de pessoas com HIV/AIDS?

8. Em 2019, a Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro, publicou uma Nota Técnica às Coordenadorias Gerais de Atenção Primária abordando a questão do acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) por pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) recomendando que as pessoas que vivem com HIV/AIDS possam definir em qual unidade de Atenção Primária realizarão seu acompanhamento. Como esta recomendação está se efetivando nesta unidade de saúde?

9. Como você analisa as condições gerais de atendimento à pessoa que vive com HIV/AIDS?

10. Você indicaria alguma sugestão?

➤ BLOCO 02: PACIENTES

Data da entrevista: ____/____/____

Unidade _____ de
saúde:_____.

Dados gerais do paciente:

- Sexo:
- Idade:
- Raça:
- Orientação sexual
- Tempo que vive com HIV/AIDS:

- Forma de infecção?
- Sigilo do tratamento:
- Vínculo empregatício:
- Possui plano de saúde?
- Escolaridade:
- Renda familiar:
- Grupo familiar:
- Condições de habitabilidade:
- Local de moradia – bairro:

1. Quais os tipos de situações você enfrentou para acessar os serviços de tratamento à pessoa que vive com HIV/AIDS?

2. Quais os tipos de situações que você enfrenta para permanecer nos serviços e ações de saúde de tratamento do HIV/AIDS?

3. Como você avalia os serviços prestados para seu tratamento?

Excelente ()

Bom ()

Regular ()

Péssimo ()

Comente: _____

Teria alguma sugestão para melhora? _____

4. Quais são os serviços e as ações de saúde que você tem acesso relacionado ao tratamento de HIV/AIDS na rede pública de atenção básica à saúde? (Pode marcar mais de uma opção):

ATENDIMENTO	PERIODICIDADE					
	Semanal	Mensal	Bimestral	Trimestral	Semestral	Anual
Atendimento médico (exclusivamente com clínico geral)						
Atendimento médico (clínico geral e infectologista);						
Atendimento da Enfermagem						
Atendimento nutricional;						
Atendimento psicológico;						
Atendimento do Serviço Social;						

- () Outros. Quais: _____

Periodicidade: () semanal; () mensal; () bimestral; () trimestral; () semestral; () anual.

5. Você faz exame laboratorial periodicamente?
6. Você tem acesso à farmácia para retirada de antirretroviral?
7. Você participa de alguma atividade de promoção da saúde para pessoa que vive com HIV/AIDS?
8. Você já vivenciou alguma situação de constrangimento por ter HIV/AIDS?
9. Você acha importante o vínculo profissional-paciente?

➤ BLOCO 03: GESTORES

Data da entrevista: ____/____/____

Unidade

de

saúde:_____.

Caracterização geral:

- Formação profissional:
 - Há quanto tempo é gestor?
 - Até 2013, como era organizado o atendimento ao paciente com HIV/AIDS nesta unidade?
 - Como está organizado este atendimento, atualmente?
1. Quais as propostas da descentralização do tratamento do HIV/AIDS?
 2. Como tem se estruturado a descentralização do tratamento do HIV/AIDS?
 3. Há monitoramento das atividades? Se sim, de que forma?
 4. Como você avalia as mudanças implementadas a partir de 2013, no que se refere ao tratamento da pessoa que tem HIV/AIDS?
 5. A unidade de saúde promove atividades de promoção da saúde para pessoa que vive com HIV/AIDS?
 6. Em 2019, a Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro, publicou uma Nota Técnica às Coordenadorias Gerais de Atenção Primária abordando a questão do acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) por pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) recomendando que as pessoas que vivem com HIV/AIDS possam definir em qual unidade de Atenção Primária realizarão seu acompanhamento. Como esta recomendação está se efetivando nesta unidade de saúde?
 7. Comentários/sugestões

9.2.

Apêndice 2 – Termo de consentimento de Cilene Guimarães

PONTIFÍCA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO



TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, Cilene Guimarães, inscrita no CPF: 123.456.789-01, declaro que fui orientada de forma clara sobre a divulgação e exposição das informações acerca do meu diagnóstico de HIV e toda minha história e trajetória como pessoa que vive com HIV, conforme as disposições abaixo:

AUTORIZAÇÃO

Em observância à Lei nº. 13.709/18 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais e demais normativas aplicáveis sobre proteção de Dados Pessoais, manifesto-me de forma informada, livre, expressa e consciente, no sentido de autorizar a doutoranda Raquel Maira dos Santos Alves Militão a publicar minhas informações na sua Tese de Doutorado Intitulada: AS TENDÊNCIAS DO PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO PARA O TRATAMENTO DE PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.

Estou ciente de que a doutoranda poderá compartilhar minhas informações acerca do meu diagnóstico de HIV no seu trabalho de doutorado.

CONFIDENCIALIDADE

Estou ciente do compromisso assumido pela doutoranda em publicar minhas informações pessoais de forma respeitosa e comprometida com a veracidade do que foi dito, não sendo utilizadas para qualquer fim que não os descritos acima.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da exposição das minhas informações neste trabalho e, que concordo em participar.

Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2022

Cilene Guimarães
Assinatura
Cilene Guimarães