



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

Eixo temático: Política Social e Serviço Social

Sub-eixo: Políticas Públicas Setoriais

O TRATAMENTO DA PESSOA COM HIV/AIDS NO AMBITO DO SISTEMA UNICO DE SAUDE – SUS

RAQUEL MAÍRA DOS SANTOS ALVES MILITÃO¹

DELANIO HORÁCIO DOS SANTOS²

ANA KARINE FERREIRA DA SILVA FECHINE³

RESUMO

Este trabalho visa socializar como se está funcionando o tratamento da pessoa que vive com HIV/AIDS no Sistema Único de Saúde – SUS. Discutiremos como o Brasil tem respondido a esta demanda da epidemia de HIV/AIDS. Percebemos que os usuários, em sua maioria, estão bem adaptados ao tratamento, utilizam os recursos do SUS, avaliam os serviços como “bom” e têm periodicidade nas suas consultas.

PALAVRAS-CHAVE: HIV; Serviços; Tratamento.

ABSTRACT

This work aims to socialize how the treatment of people living with HIV/AIDS is working in the Unified Health System – SUS. We will discuss how Brazil has responded to this demand from the HIV/AIDS epidemic. We noticed that the majority of users are well adapted to the treatment, use SUS resources, evaluate the services as “good” and have frequent consultations.

KEYWORDS: HIV; Services; Treatment.

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte

² Universidade Católica de Pernambuco

³ Universidade Federal do Rio Grande do Norte

1. INTRODUÇÃO

Esse trabalho apresenta dados da pesquisa 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 (2022). Dessa forma, debateremos como está acontecendo o tratamento da pessoa com HIV/AIDS no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Pretendemos socializar os dados acerca do acesso ao tratamento: permanência, exames e medicações, avaliação dos serviços, numa perspectiva dos usuários do serviço, bem como o perfil desses usuários, apresentando seus dados socioeconômicos.

Visamos demonstrar a importância da manutenção de pesquisas e investimentos nas formas de prevenção, tratamento e controle da epidemia do HIV/AIDS, bem como a relevante contribuição do Serviço Social nessa realidade nas equipes multidisciplinares, nos atendimentos individualizados e as dificuldades enfrentadas no cotidiano profissional.

Assim, 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 epidemia 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”.

Pensamos ser fundamental considerar, também, as determinações sociais em saúde. Segundo o Professor Rogério Gomes (2021),² 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

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://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Aids_etiologia_clinica_diagnostico_tratamento.pdf. Acesso em: 04 maio 2020.

² 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.

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 “moral”.

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.

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.

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

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

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.

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.

Mesmo depois de mais de 40 anos de descobertas e avanços científicos, a epidemia de HIV/AIDS ainda se propaga com intensidade. Dentre as tendências mais dramáticas da epidemia, ressaltamos o aumento da infecção em mulheres heterossexuais casadas e as populações mais pauperizadas, afetadas pela falta de acesso a serviços essenciais, exclusão social, e econômica.

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.

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).

Este trabalho se trata de uma pesquisa 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”. Utilizamos a entrevista semiestruturada (*in loco*) para coletar os dados dos profissionais, usuários e gestores.

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, o que totaliza as quatro zonas do município do Rio de Janeiro (centro, zona sul, zona norte e zona oeste).

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).

Os dados socioeconômicos coletados referentes aos usuários foram: sexo, idade, raça/cor ou etnia, orientação sexual, estado civil, religião, situação trabalhista, escolaridade, renda familiar, grupo familiar, condições de habitabilidade.

2. O TRATAMENTO DA PESSOA COM HIV NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

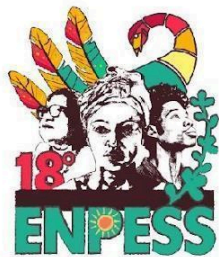
No Brasil, os números de atendimento às pessoas vivendo com HIV/AIDS são altos, indicando também ampla cobertura. Nesse sentido, observamos que a resposta brasileira já serviu como modelo para outros países, com capacitações promovidas pelo Ministério da Saúde. A testagem para o HIV/AIDS se destaca no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

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



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

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.

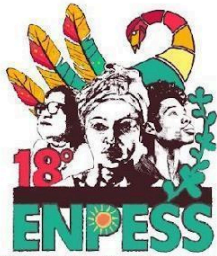
No Brasil, nos anos 1990³, houve a reorganização do Programa Nacional de AIDS no Ministério da Saúde e lançamentos de campanhas de prevenção à AIDS. Foi ainda nessa época que um grande avanço ocorreu: começou a ser oferecida a terapia antirretroviral no Brasil. Mas só em 1996, após a XI Conferência Internacional 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).

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).

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.

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

³ 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.



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

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.

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.

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 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.

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 óbitos⁴.

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 fluido 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

4

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.

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.

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 referência⁵.

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).⁶

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

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

⁵ Disponível em: <http://azt.aids.gov.br/>. Acesso em: 25 out. 2021.

⁶ Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34077>. Acesso em: 20 out. 2021.

parceria no âmbito dos diversos foros multilaterais e em projetos de cooperação técnica entre países.

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.

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 cenário.

Por isso, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA)⁷ 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.

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

7

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.

saúde de qualidade para as pessoas que vivem com HIV/AIDS passa pela qualidade no tratamento de todas as demais patologias.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nesta pesquisa, julgamos importante apresentar a caracterização dos pacientes, 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.

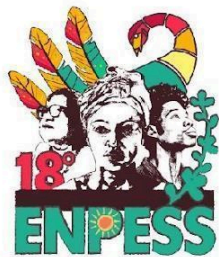
Muitas vezes, esses usuários estão inseridos em espaços sociais onde se concentram a pobreza, o racismo, a discriminação, as péssimas condições de habitabilidade e outras formas de desigualdades vigentes na sociedade, como as questões de gênero, a opressão e a violência.

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, carrega, 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.

Através da coleta de dados, identificamos que 73% dos usuários são do sexo masculino e 27% do sexo feminino. Quanto ao recorte de cor/raça, vimos que 47% se declararam pretos, 40% brancos e 13% pardos. No que se refere à religião, 30% afirmaram não terem religião. Dos 70% que afirmaram ter religião, 33% são católicos, 20% são evangélicos, 7% são espíritas e 10% são umbandistas/candomblecistas. Em relação à faixa etária, vimos que varia entre 20 a 24 anos e 65 a 69 anos.

No que diz respeito à orientação sexual, percebemos que 54% são homossexuais, 31% heterossexuais e 15% são bissexuais. No que concerne ao estado civil, constatamos que 58% dos usuários são solteiros/as, 7% são mulheres casadas, 21% estão divorciados/as e 14% são viúvos/as.

Quanto à escolaridade, notamos que 23% dos usuários não concluíram o ensino fundamental, 3% Finalizou o ensino fundamental, 37% Concluíram o ensino médio, 20% Ensino



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

médio incompleto, 7% Concluíram a graduação, 10% possuem pós-graduação (especialização). Em relação à renda familiar (salário mínimo em 2021: R\$1.100,00), 20% usuários informaram que recebem até um salário, 40% entre um e dois salários, 20% entre dois a três salários, 7% entre três e quatro salários e, por fim, 13% recebem entre quatro e cinco salários. Com relação ao grupo familiar, 47% dos usuários afirmaram que residem sozinhos, 14% moram com uma pessoa, 23% residem com duas pessoas, 13% moram com três pessoas, e 3% mora com quatro ou mais pessoas.

No que diz respeito às condições de habitabilidade, vimos que 57% residem em casa própria, 37% em casa alugada, 3% em casa cedida e 3% casa financiada. Em referência a situação trabalhista, 44% está em vínculo formal de trabalho, 23% afirmaram estarem desempregados, 17% trabalham informalmente, 13% são aposentados e 3% participam do Programa bolsa família (agora, Auxílio Brasil).

Questionamos, também, em relação ao tempo que vive com HIV, 67% informou que vive com o vírus há menos de 10 anos, 16% entre 10 e 20 anos e 17% há mais de 20 anos. No que se refere à forma de infecção, 90% relatam ter sido por transmissão sexual. Em referência ao sigilo do diagnóstico, 73% afirmaram não revelar o diagnóstico.

Buscamos identificar, também, se os usuários conseguem permanecer nos serviços sem dificuldade. Vimos que 72% afirmaram que sim.

Quadro 01 – Permanência no serviço de saúde

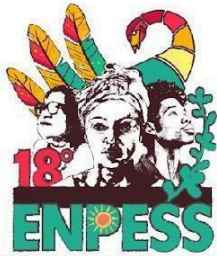
USUÁRIO/A	RESPOSTA
Usuário 06	“Não tenho dificuldade. Sou bem atendido. Faço exames e retiro remédios”.
Usuário 08	“Não tenho dificuldade. Não passo por constrangimento. Sou bem acolhido”.

Fonte: Autoria própria.

Já quanto às principais respostas em relação às dificuldades para permanência no serviço, vimos:

Quadro 02 – 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)”.



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

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.
------------	---

Fonte: Autoria própria.

Foi importante identificar que todos os pacientes têm acesso a exames laboratoriais e retirada de medicação. 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.

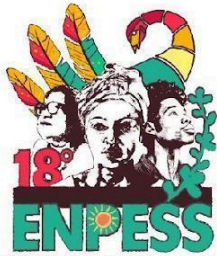
De acordo com tal Protocolo, o tratamento de HIV por meio do uso de antirretrovirais é indicado para qualquer fase da doença. Logo, o início precoce dos antirretrovirais considera, além dos claros benefícios relacionados à redução da morbimortalidade em pessoa que vive com HIV/AIDS, bem como a diminuição da transmissão da infecção

No eixo de análise sobre os atendimentos, verificamos como os pacientes avaliam os serviços e qual a periodicidade das suas consultas, a fim de analisar quais são as situações enfrentadas para permanecer nos serviços de tratamento à pessoa que vive com HIV/AIDS.

No que diz respeito à Avaliação dos serviços prestados para o tratamento de HIV/AIDS: 60% admitem que o serviço prestado é bom, 23% dizem ser excelente, 10% avaliam como regular e 7% dizem que o serviço oferecido é ruim. 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.

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.

Em referência à Periodicidade dos atendimentos médicos: 60% têm consulta médica semestralmente, 23% a cada trimestre e 17% bimestralmente. Conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos (2018, p. 68), do Ministério



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

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. 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.

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.

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.

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.

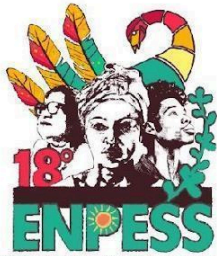
4. CONCLUSÃO

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.

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.

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.

Como principais elementos conclusivos, em relação ao tratamento de pessoas que vivem com HIV/AIDS no município do Rio de Janeiro, no que se refere 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, escolaridade, renda familiar, grupo familiar e condições de habitabilidade. 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.



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

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.

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.

REFERÊNCIAS

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://abiadays.org.br/wp-content/uploads/2016/07/Mito-vs-Realidade_HIV-e-AIDS_BRASIL2016.pdf> Acesso em: 22 out. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Terapia Anti-Retroviral e Saúde Pública: Um Balanço da Experiência Brasileira**. Brasília, DF, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil: coletânea de estudos do Projeto Atar**. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos (2018)**. Brasília, DF, 2018.

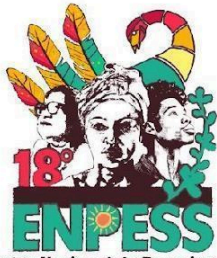
CALAZANS, G. **Prevenção do HIV e da AIDS: a história que não se conta / a história que não te contam**. ABIA, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://abiadays.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Prevencao_HIVeAIDS_Site.pdf> Acesso em: 21 out. 2021.

GALVÃO, J. **AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia**. Rio de Janeiro/São Paulo: ABIA/Editora 34, 2000.

MILITÃO, R. M. S. A. **As tendências do processo de descentralização para o tratamento de pessoas que vivem com HIV/AIDS no município do Rio de Janeiro**. 2022. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Hucitec, 2010.

PARKER, R. **Na contramão da AIDS: sexualidade, intervenção, política**. Rio de Janeiro/ São Paulo: ABIA/Editora 34, 2000.



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

PASSARELLI, C. A. (Org.) *et al.* **Assistência e prevenção à epidemia de AIDS no SUS**. Rio de Janeiro: ABIA, 2004.

TAQUETTE, S. R. **AIDS e Juventude**: gênero, classe e raça. Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

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.