



Universidade de Brasília – UnB  
Instituto de Humanas – IH  
Departamento de Serviço Social – SER  
Trabalho de Conclusão de Curso

**O Projeto Com-Vivência e o direito à saúde:  
Caracterização sócio-econômica e de saúde dos usuários.**

Nathália Campos Alcântara de Araújo

Brasília, Dezembro de 2011



Universidade de Brasília – UnB  
Instituto de Humanas - IH  
Departamento de Serviço Social – SER  
Trabalho de Conclusão de Curso

NATHÁLIA CAMPOS ALCÂNTARA DE ARAÚJO

**O Projeto Com-Vivência e o direito à saúde:  
caracterização sócio-econômica e de saúde dos usuários**

Monografia apresentada ao Departamento de Serviço Social  
da Universidade de Brasília como parte dos requisitos  
para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social  
sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Ms. Andréia de Oliveira

Brasília, Dezembro de 2011



Universidade de Brasília – UnB  
Instituto de Humanas – IH  
Departamento de Serviço Social – SER

Monografia aprovada pela seguinte Banca Examinadora

---

Prof<sup>a</sup>. Mestre Andréia de Oliveira  
Professora do Departamento de Serviço Social

---

Prof. Dr. Mário Ângelo Silva  
Professor do Departamento de Serviço Social

---

Assistente Social Mestre Fabiana Borges dos Santos

## **Agradecimentos**

Agradeço a Deus o Seu amor que me move e me dá forças. Agradeço cada oportunidade que Ele me deu ao longo da minha vida para que eu chegasse a este momento tão especial.

Aos meus amados pais, por todo amor, carinho e alegrias. Obrigada por vocês sempre estarem presentes em cada momento da minha vida.

À doce Dudinha, minha irmã querida, por ser minha amiga e aturar meus estresses.

Ao meu amado Marcos por todo amor, amizade, cumplicidade, companheirismo e todas as tabelas. Obrigada por acreditar no meu sucesso e me apoiar em todos os momentos.

A todos os meus amigos e amigas, especialmente aos que me suportaram durante esse momento de construção, com toda a minha falta de tempo, ansiedade e nervosismo. Obrigada por toda a distração e gargalhadas.

Agradeço especialmente ao Projeto Com-Vivência toda a experiência que ele me proporcionou. Obrigada à Professora Doutora Eliane Seild pela oportunidade de poder estagiar e continuar como bolsista. Agradeço também a toda a equipe, especialmente a Fabiana Borges e Solange Steytler por serem exemplos da profissional que desejo ser.

Agradeço especialmente à professora Andréia, por toda a paciência desde o início do meu estágio em 2010 e por todas as orientações durante a construção deste trabalho. Eu não poderia ter uma orientadora melhor. Obrigada por tudo.

Por fim, agradeço a todos que de alguma maneira colaboraram para que eu cumprisse essa etapa tão especial da minha vida.

## **Resumo**

Este Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Serviço Social tem como objetivo principal conhecer a situação social, econômica e de saúde das pessoas que vivem com HIV/aids e fizeram seu primeiro atendimento entre janeiro de 2010 e março de 2011 no Projeto Com-Vivência, localizado no Hospital Universitário de Brasília, tendo como horizonte a garantia do direito à saúde. Nessa direção, realizou-se um estudo do tipo exploratório e documental com métodos e análises quantitativas e qualitativas. Foram utilizadas como fonte as entrevistas de acolhimento psicossocial preenchidas pelos profissionais do Com-Vivência durante o primeiro atendimento do usuário no Projeto. Os resultados encontrados em relação às condições sócio-econômicas sinalizam que a maior parte dos usuários são homens solteiros com idade de 21 a 30 anos; 46% dos usuários possuem renda de dois salários mínimos e concluíram o ensino médio; 13% dos usuários encontravam-se em situação de desemprego; 78,5% são moradores do DF e 21,5% residem em outras cidades do entorno. Sobre as questões relacionadas à situação de saúde, os resultados apontam que 39% dos pacientes receberam diagnóstico de HIV entre um mês e um ano; 71% nunca foram internados devido à infecção oportunista; 77% dos usuários estão em uso de tratamento antirretroviral e 37% tiveram esse tratamento iniciado há menos de um mês. Em relação aos acolhimentos realizados, observou-se que o profissional que mais efetivou este tipo de atendimento foi o assistente social, responsável por 27% dos acolhimentos realizados no período estudado. 30% dos pacientes foram encaminhados pelo projeto Quero Fazer, resultado que interferiu na característica dos usuários do Projeto Com-Vivência. A partir deste estudo, propõem-se ações interventivas e investigativas direcionadas aos recém-diagnosticados, uma vez que esse grupo possui demandas específicas.

Palavras-chave: política de saúde, HIV/aids, direito à saúde

**Abstract**

This Final Work of Undergraduate in Social Work aimed to meet the social, economic and health situation of people who lives with HIV/aids and that made their first treatment between January 2010 and March 2011 in “With-Experience Project”, located in the University Hospital of Brasília, having as goal the guarantee of the right to health. In this line, an exploratory and documentary study was done with quantitative and qualitative methods and analysis. In this work were used as source data sheets of receptions filled out by professionals of “With-Experience Project” during the first contact of the user with the project. The results relating to the social-economic conditions indicate that most users are single men aged 21 to 30 years; 46% of users have income of two minimum wages and concluded the high school; 13% of users were unemployed; 78,5% are residents in DF and 21,5% lives in neighborhood. On issues relating to health conditions, the results show that 39% of patients were diagnosed with HIV between one month and one year; 71% have never been aware due to opportunistic infection; 77% of users are under antirretroviral treatment and 37% of the users have started their treatment less than one month. Regarding to the collected data, the professional who most did this kind of care was the Social Worker, responsible for 27% of the receptions in the period studied. 30% of the patients were referred by the “I want to do Project”, result that interfered in the characteristics of the users of “With-Experience Project”. From this study are proposed interventional and investigative actions directed to the newly diagnosed users, since this group has specific demands.

Keywords: health policy, HIV/aids, right to health.

## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

AIDS - Acquired Immune Deficiency Syndrome (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)

ARV – Antirretrovirais

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPs – Caixa de Aposentadoria e Pensões

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CRESS – Conselhos Regionais de Serviço Social

CTA - Centros de Testagem e Aconselhamento

DF – Distrito Federal

DIP – Doenças Infecto-parasitária

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

FUB – Fundação Universidade de Brasília

HIV – Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Humana)

HUB – Hospital Universitário de Brasília

IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

IPASE – Instituto de Pensões e Aposentadoria dos Serviços do Estado

MESP – Ministério da Educação e Saúde Pública

ONG – Organização Não Governamental

PCV - Projeto Com-Vivência

PVHA – Pessoas Vivendo com HIV/aids

SEDEST - Secretaria de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda

SUDS – Sistema Unificado Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TARV – Tratamento Antirretroviral

Resumo.....	5
Palavras-chave.....	5
Abstract.....	6
Keywords:.....	6
Lista de Abreviaturas e Siglas.....	7
Introdução.....	9
A trajetória da Política de Saúde no Brasil: uma breve contextualização.....	11
A Política de Saúde no Brasil entre 1930 e 1964.....	11
A Política de Saúde na ditadura militar .....	14
O movimento de Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde .....	15
O Sistema Único de Saúde: Avanços e desafios na garantia do direito à saúde..	18
A epidemia do HIV/aids no Contexto do Sistema Único de Saúde .....	20
Características atuais da Epidemia de HIV/aids.....	20
A Epidemia do HIV/aids e o Direito à Saúde no contexto do SUS.....	23
O Projeto Com-Vivência.....	30
Histórico do Projeto .....	30
Equipe de Saúde e Principais Ações promovidas pelo Projeto .....	32
O Serviço Social no Projeto Com-Vivência .....	35
O Contexto da Pesquisa e a Análise dos dados.....	40
Percurso Metodológico .....	40
Análise e Discussão dos Dados.....	43
Questões Sócio-econômicas.....	44
Questões relacionadas à situação de saúde.....	50
Encaminhamentos realizados do Com-Vivência à rede de políticas públicas.....	51
Considerações Finais.....	54
Referências Bibliográficas.....	55

## Introdução



Este estudo foi realizado para desenvolvimento da monografia, produto final da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso, requisito obrigatório para a graduação em Serviço Social na Universidade de Brasília. Ele origina-se a partir de observações realizadas durante o processo de estágio realizado na disciplina de Estágio Supervisionado em Serviço Social II no Projeto Com-Vivência.

*O Projeto Com-Vivência – Ações Integradas de Estudo e Atendimento a Pessoas Portadoras de HIV/aids e Familiares* – nasce como um Projeto de extensão universitária de ação contínua, localizado no Hospital Universitário de Brasília, e surge a partir da iniciativa de professores do Departamento de Serviço Social e do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília após aprovação do Decanato de Extensão Universitária em 1996. Ele executa atividades de ensino, pesquisa e extensão e realiza atendimentos com pessoas portadoras do vírus HIV e seus familiares. O Projeto Com-Vivência promove ações de acolhimento para pessoas diagnosticadas e sua família, trabalhos de prevenção ao contágio do vírus, distribuição de preservativos masculinos e femininos, atividades informativas e educativas, atendimento psicossocial executado pelos profissionais e estagiários do Serviço Social e Psicologia, caracterizando uma intervenção interdisciplinar, sempre buscando melhorar a qualidade do atendimento numa contribuição mútua entre as duas profissões.

Para poder ser atendido pelo Com-Vivência, o usuário possui algumas formas de entrada. Ele pode ser encaminhado por outro projeto, programa, órgão ou Organizações Não Governamentais. O usuário também pode solicitar o exame anti-HIV para saber se possui a sua sorologia, e, no caso de dar reagente, é oferecido o acompanhamento médico e psicossocial no HUB. No caso de encaminhamento via internação, o usuário pode ser internado no hospital e descobrir a sorologia positiva e, assim, já dá continuidade ao seu tratamento e aos atendimentos psicossociais no próprio hospital.

O Ministério da Saúde recomenda em diversas publicações, como, por exemplo, no Manual de Adesão ao Tratamento de 2008 e no Caderno de Saúde número 18 de 2006, a importância do conhecimento da população usuária do serviço prestado a pessoas que vivem com HIV/aids. É importante que os profissionais envolvidos nesses atendimentos conheçam tanto o HIV, a AIDS e suas implicações biológicas, psicológicas e sociais, como também os sujeitos atendidos por esses serviços especializados.

Durante a experiência de estágio, essa demanda de entender quem são os principais sujeitos atendidos pelo Projeto apareceu diversas vezes durante o

planejamento de ações pelos psicólogos e assistentes sociais. O Com-Vivência possui poucos estudos relacionado à caracterização dos seus usuários e essas informações são necessárias para que possam ser desenvolvidos novos planos de ações para melhor atender esses sujeitos.

Além de saber quem são esses sujeitos e suas principais características, é importante conhecer quais as ações realizadas pelos profissionais do Com-Vivência, quais os encaminhamentos realizados e as ações desempenhadas. Também é importante avaliar a rede de apoio à PVHA, para onde é encaminhada a maioria dos pacientes e se estes serviços estão sendo suficientes para suprir as demandas destes usuários. Dentro desta perspectiva, também são pontuados os principais meios de acesso dos usuários ao Projeto Com-Vivência investigando de que forma eles chegaram ao serviço. Através dessas informações, o Projeto pode realizar parcerias mais sólidas dentro da rede de apoio a esses usuários.

O Com-Vivência desenvolveu estudos sobre adesão ao tratamento antirretroviral, utilizando como sujeitos os próprios usuários, com uma perspectiva mais psicológica e com enfoque em questões voltadas para construções cognitivas. Porém são necessários estudos para saber quem são esses sujeitos, como vivem, quais são suas demandas, quais as ações são realizadas pelo Projeto Com-Vivência, a quais outros serviços públicos ele acessa, buscando, assim, uma melhora na qualidade dos serviços prestados.

O presente trabalho caminha nessa direção e pretende colaborar com o Projeto Com-Vivência e, de modo especial, com a equipe interdisciplinar, por meio de reflexões que apontem para a construção de estratégias que venham contribuir na garantia do acesso e do direito à saúde dos usuários do Projeto. Objetiva-se conhecer a situação social, econômica e de saúde das pessoas que vivem com HIV/aids e fizeram seu primeiro atendimento entre janeiro de 2010 e março de 2011 no Projeto Com-Vivência. Esse recorte de tempo foi escolhido por ser período no qual a pesquisadora realizou o estágio Com-Vivência.

São objetivos específicos deste estudo:

- Verificar a situação dos usuários do Projeto Com-Vivência em sua realidade social e econômica.
- Identificar situações em que são detectadas dificuldades de adesão ao tratamento antirretroviral, já que esta é uma das principais demandas do Com-Vivência.
- Conhecer os principais encaminhamentos realizados pelos profissionais do PCV.

- Identificar formas de encaminhamentos do PCV para a rede de serviços e desta para o Projeto.

A partir destes objetivos este trabalho está dividido em quatro capítulos. No primeiro será apresentado um breve histórico da Política de Saúde brasileira, com enfoque na Reforma Sanitária e no Sistema Único de Saúde, apontando suas principais vitórias e desafios. O segundo capítulo aborda a questão da problemática do HIV/aids na conjuntura atual, fazendo um panorama da evolução do vírus e o contexto do PVHA na Política de Saúde do Brasil. O terceiro capítulo apresenta o Projeto Com-Vivência, suas ações, profissionais e tem um enfoque no papel do Assistente Social dentro desta equipe. Por fim, o quarto capítulo discorre sobre a metodologia de pesquisa, os dados coletados e a análise e discussão dos mesmos.

Este trabalho é de suma importância para o processo de formação de todos os profissionais e estagiários do Projeto Com-Vivência e pretende contribuir para o processo de formulação das ações realizadas pelo Projeto.

### **A trajetória da Política de Saúde no Brasil: uma breve contextualização**

Neste capítulo, iremos apresentar um breve histórico da Política de Saúde brasileira, dividindo-o a partir dos seguintes marcos: entre 1930 e 1964, durante a ditadura militar, a reforma sanitária e a criação do SUS e os principais desafios e conquistas do Sistema Único de Saúde.

#### **A Política de Saúde no Brasil entre 1930 e 1964**

No Brasil as primeiras intervenções estatais na saúde ocorreram no período colonial, porém, é a partir do período republicano que elas acontecem mais incisivamente. As intervenções estatais na saúde brasileira têm seus interesses na dimensão individual da saúde (ELIAS, 2004), no papel de manutenção da ordem capitalista vigente e de mediação das relações entre as classes sociais (BRAVO, 2006).

Durante o Brasil colonial, a realidade sanitária do país era caracterizada por diversas epidemias e endemias trazidas pelos imigrantes portugueses ou pelos escravos africanos que, somadas às condições precárias de trabalho, de nutrição e de saneamento básico da época, acabavam levando milhares de pessoas à morte. Apesar de não existir uma política de saúde na época colonial ou imperial, o Estado tomava medidas para minimizar as questões mais sérias de saúde pública quando

estas afetavam a produção econômica ou prejudicavam o comércio. Porém essas medidas eram pontuais e abandonadas assim que os surtos eram controlados (AGUIAR, 2011).

Como questão social, a saúde emerge no país apenas no início do século XX, refletindo a emergência do trabalho assalariado. Durante as duas primeiras décadas, é importante destacar a predominância rural como centro da economia capitalista exportadora cafeeira, os altos índices de analfabetismo, o surgimento das primeiras manifestações operárias e a baixa credibilidade nos processos eleitorais devido ao domínio oligárquico (BRAGA, PAULA, 1985 *apud* BRAVO, 2006).

Com uma economia basicamente agroexportadora (sendo o café seu principal produto), a ação estatal na área da saúde no início do século XX volta-se para o controle de doenças que prejudicassem a exportação de mercadorias e ameaçassem a expansão das atividades econômicas capitalistas.

Dessa forma, o modelo hegemônico de saúde brasileiro do início do século até meados da década de 60 é o então chamado sanitarismo campanhista, que tinha como objetivo o controle de doenças que prejudicassem a economia brasileira e conduzia as ações estatais em ações autoritárias com abordagens coletivas e ambientais da doença (AGUIAR, 2011).

Foi, portanto, nessa direção que em 1920 ocorre a tentativa de extensão dos serviços da saúde pública por todo o país. Naquele ano, Carlos Chagas assume o Departamento Nacional de Saúde e tenta ampliar o atendimento, criando programas que introduziam a propaganda e a educação sanitária como forma de proteção às doenças (AGUIAR, 2011). Esta se constituiu em uma das estratégias da União de ampliação do poder nacional durante a crise que estava em curso em 1922 (BRAVO, 2006).

Assim, temos por um lado a Ação do Estado no âmbito da Saúde Pública de caráter preventivista, realizada através de campanhas e, por outro, a Assistência Médica, de caráter curativo, através de ações da previdência social e em prática privada (AGUIAR, 2011).

A Previdência Social teve seus primórdios na década de 1920, por meio da Lei Elói Chaves, editada em 1923, que criava a Caixa e Aposentadoria e Pensões (CAPs) e estabelecia regras para aposentadoria, pensão e assistência médica, em uma quase imitação da realidade européia do século anterior, visto que era vinculada ao mundo do trabalho e submetida à lógica setorial corporativa. No país, porém, os trabalhadores que foram abarcados por esta lógica foram os da parte mais dinâmica do mercado, ou seja, que já tinha melhores condições de vida. O financiamento era efetuado pela União, empresas empregadoras e empregados. Este nascimento da assistência

médica previdenciária se caracterizava como mercantilizada e excludente, já que ela abrangia apenas a população urbana, enquanto a maioria do país ainda era rural. Dentro desta população urbana, apenas os que trabalhavam estavam incluídos. (ELIAS, 2004). Para aqueles que não tinham CAPs, ou seja, a maioria da população brasileira, restava o precário atendimento de instituições filantrópicas mantidas pela Igreja Católica ou a prática popular da medicina (AGUIAR, 2011).

A dualidade entre saúde pública e assistência médico-previdenciária marcou fortemente o primeiro governo de Getúlio Vargas que durou de 1930 a 1945, com a ênfase no aumento da oferta de serviços médicos aos trabalhadores urbanos, ampliando as medidas iniciais de assistência médica surgidas na Primeira República para atender as demandas crescentes do movimento operário (LIMA, FONSECA, HOCHMAN, 2005).

Em 1930 nasceu o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), responsável pelas ações de saúde pública, atenção aos pobres, desempregados e trabalhadores informais. No mesmo ano, é criado também o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, que tinha suas ações focadas naqueles que estavam inseridos no mercado de trabalho formal.

A partir de 1933 o governo getulista inicia o movimento de transformações das CAPs em IAPs – Aposentadorias e Pensões, com o objetivo de aumentar o número de categorias de assalariados urbanos que seriam beneficiados, buscando antecipar as possíveis reivindicações destas categorias (BRAVO, 2006). Os IAPs tiveram suas gestões passadas para o controle do Estado e foram separados de acordo com a categoria profissional, tendo a sua contribuição compulsória em folha, dando início ao processo de mercantilização do sistema previdenciário brasileiro, com a poupança da previdência servindo para a reprodução do capital pela via da assistência à saúde (ELIAS, 2004). Eles priorizavam a contenção de gastos sob a ótica da acumulação de capital, que seria necessária a outras áreas de interesse do governo.

Entre 1945, com a queda de Vargas, e 1964, o Brasil vive um período de democracia, que foi importante pano de fundo para a consolidação da Política Nacional de Saúde que se esboçava desde 1930 (BRAVO, 2006). O Brasil ainda estava em uma realidade sanitária precária, já que não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias, o que continuava a ser a principal preocupação dos organismos de saúde pública.

O atendimento hospitalar privado com fins lucrativos já tinha sua estrutura montada desde os anos 50, apontando a formação de empresas médicas. Apesar das pressões sofridas pelo Estado das corporações médicas, a assistência médica previdenciária era fornecida até 1964 basicamente pelos IAPs (BRAVO, 2006).

## A Política de Saúde na ditadura militar

Durante a primeira década do regime autoritário-burocrático, observou-se um sistema de atenção estatal à saúde, caracterizado pela dominação da lógica e do modelo da previdência social sobre o Ministério da Saúde, que foi enfraquecido normativamente e financeiramente (ESCOREL, 2009).

O Estado utilizou em sua intervenção o binômio repressão-assistência, buscando aumentar o poder de regulação estatal sobre a população através da ampliação a assistência, suavizando e legitimando as tensões que nasceram do novo regime, servindo também como mecanismo de acumulação de capital (BRAVO, 2006).

Em 1966 houve a unificação dos IAPs com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), subordinado ao Ministério do Trabalho e Previdência Social. Esse fato constituiu-se na modernização da máquina estatal, aumentando o poder regulatório sobre a sociedade, além de desmobilizar as forças políticas. Além disso, houve o enfraquecimento dos trabalhadores a partir da sua exclusão na gestão da previdência, restando-lhes apenas o papel de financiadores (BRAVO, 2006).

Nessa perspectiva de “implantação de um sistema caracterizado pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e por uma burocracia técnica que priorizava a mercantilização da saúde” (AGUIAR, 2011), o INPS passa a ser o grande comprador dos serviços privados de saúde, estimulando um padrão de organização da prática médica orientada pelo lucro.

Podem-se apresentar cinco características principais deste modelo de privilegiamento do produtor privado neste contexto:

- Extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana, incluindo, após 73, os trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos;
- Ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, e articulação do Estado com os interesses do capital internacional, via indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar;
- Criação do complexo médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos;
- Interferência estatal na previdência, desenvolvendo um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e privilegiando o produtor privado desses serviços;
- Organização da prática médica em moldes compatíveis com a expansão do capitalismo no Brasil, com a diferenciação do atendimento em relação à

clientela e das finalidades que esta prática cumpre em cada uma das formas de organização da atenção médica (OLIVEIRA, FLEURY, 1986, *apud* BRAVO, 2006, p.7).

As tentativas de reforma e a estrutura organizacional na política nacional de saúde não foram capazes de reverter a predominância da participação da Previdência Social comandada pelo setor privado. O Ministério da Saúde, entretanto, retomou as medidas de saúde pública e, embora de forma limitada, aumentou as contradições no Sistema Nacional de Saúde (BRAVO, 2006).

### **O movimento de Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde**

Impulsionado pela insatisfação com o governo militar, os movimentos sociais que lutavam pela solução de problemas causados pelo ineficiente modelo de atenção à saúde se rearticulam. Eles criticavam o modelo preventivista americano, em que as funções do médico eram redefinidas por um conceito ecológico de saúde e doença, sendo esta um resultado do desequilíbrio entre o homem e o seu ambiente (OLIVEIRA, 2009).

No final da década de 1970, houve a origem e a difusão de um pensamento crítico na saúde que recebeu o nome de Movimento Sanitário, sendo base político-ideológica da Reforma Sanitária. Surgido, principalmente, a partir da corrente de setores contra-hegemônicos, é um conjunto organizado de pessoas e grupos, articulados ao redor de um projeto baseado em três práticas: teórica, ideológica e política. A primeira baseada na construção do saber, a segunda, na transformação da consciência e a última, na transformação das relações sociais (SCOREL, 1999 *apud* PAIM, 1997). Na sua base conceitual, este pensamento desenvolveu-se fundamentado nas correntes marxistas e estruturalistas: “a reformulação do objeto saúde, na perspectiva do materialismo histórico, e a construção da abordagem médico-social da saúde pretendiam superar as visões biológicas e ecológicas do antigo preventivismo” (SCOREL, NASCIMENTO, EDLER, 2005, p. 64).

Nos anos 80 na sociedade brasileira, período de superação do regime ditatorial, a saúde deixa de ser assunto apenas dos técnicos da área e assume uma dimensão política, vinculada diretamente à democracia (BRAVO, 2006), e é nessa conjuntura de luta de diversos setores societários pela redemocratização que em 1985 chega o fim do regime militar.

Com a Nova República, a liderança do movimento sanitário se fortalece, assumindo efetivas posições estratégicas nas instituições de saúde pública. Após a

efetuação de pré-conferências estaduais e grande divulgação da temática na sociedade, foi convocada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986 em Brasília (OLIVEIRA, 2009).

Este importante marco histórico para a saúde brasileira contou com a participação de cerca de 5000 pessoas de diversos movimentos sociais e de saúde, trabalhadores, usuários, estudantes, parlamentares, sindicatos, entre outros. Debateram-se os princípios e as diretrizes da Reforma Sanitária, o conceito ampliado de saúde, o reconhecimento da saúde como dever do Estado e direito de todos, a criação de um Sistema Único de Saúde, a descentralização e a hierarquização dos serviços, a atenção integral às necessidades de saúde da população e a participação popular (AGUIAR, 2011).

A partir desta conferência, onde o movimento da Reforma Sanitária teve seu auge, foi instituída uma Comissão Nacional de Reforma Sanitária para o encaminhamento das propostas à Assembléia Nacional Constituinte.

Na Assembléia Constituinte, dois grupos com interesses antagônicos travam uma disputa política na defesa dos seus interesses: o grupo empresarial, composto pela Federação Brasileira de Hospitais do setor privado e pela Associação de Indústrias Farmacêuticas multinacionais, e o grupo das forças que defendiam a Reforma Sanitária, representado pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte, da qual faziam parte duas centenas de entidades (BRAVO, 2006).

Assim, a nova Carta Magna do país institui um Sistema Único de Saúde, que nasce de baixo para cima, através da união de luta de técnicos, gestores e população na busca de um sistema que atendesse a todos (CARVALHO, 2008).

Segundo Nogueira e Mioto (2006), para corroborar a vitória da saúde na Constituição:

Como fruto das lutas populares e sindicais a área da saúde foi a que mais obteve sucesso no que diz respeito ao fortalecimento dos direitos sociais, fato refletido na Constituição de 1988. Com perfil bastante programático em diversos aspectos, a nova carta constitucional propôs um novo ordenamento ao setor saúde, propiciando um desenho particular em aspectos ético-políticos fundamentais. Universalizou-se o direito à saúde, apontando para a garantia do pleno acesso aos serviços sem quaisquer critérios de exclusão ou discriminação. Abriam-se espaços para decisões políticas no campo sanitário compartilhadas com os usuários e para a gestão democrática dos serviços de saúde através da participação popular, possibilitando o controle social, por diferentes sujeitos coletivos, que interagem entre si e com o Estado. (NOGUEIRA, MIOTO, 2006, p. 5)



Além do conceito ampliado que inova a concepção de saúde no Brasil, o SUS apresenta dois conceitos que fazem parte da sua organização. O primeiro deles é o conceito de sistema, que se refere a um conjunto de instituições das três esferas governamentais que, teoricamente, devem interagir para um mesmo objetivo, assim, os serviços provados que se conveniam ao SUS devem ser guiados por esses mesmos princípios. O segundo importante conceito é que este sistema é único, correspondendo a um conjunto de princípios doutrinários e organizativos que norteiam as ações de saúde, sem desconsiderar as peculiaridades regionais brasileiras (OLIVEIRA, 2009).

O SUS possui três princípios doutrinários que representam sua ideologia conquistada pelo movimento de reforma sanitária. São eles a universalidade, a integralidade e a equidade. O primeiro garante a saúde como direito de cidadania a todas as pessoas, e o Estado tem o dever de assegurá-lo. O segundo afirma que o usuário é um todo, merecendo ser tratado além do binômio diagnóstico-tratamento, aumentando a importância da articulação da saúde e seus profissionais com os de outras áreas da saúde, como psicólogos e assistentes sociais. O terceiro ponto tem como objetivo tratar desigualmente os desiguais, buscando a justiça social (OLIVEIRA, 2009).

Ao final da década de 80, mesmo após tantos avanços na normatização da saúde, havia dúvidas quanto à implementação do Projeto de Reforma Sanitária, sendo os principais fatores:

A fragilidade das medidas reformadoras em curso, a ineficácia do setor público, as tensões com os profissionais de saúde, a redução do apoio popular face a ausência de resultados concretos na melhoria da atenção à saúde da população brasileira e a reorganização dos setores conservadores contrários à reforma que passam a dar a direção no setor, a partir de 1988 (BRAVO, 2006, p. 99).

Para se concretizarem as mudanças propostas pela Reforma Sanitária, há dois pontos em tensão: o reformador e o revolucionário. O primeiro é essencial para transformar as instituições e os processos, enquanto o segundo, que é o que define a proposta da questão sanitária, só será efetivado com mudanças reais nas práticas e na qualidade de saúde da população (BRAVO, 2006). Somente pela construção democrática, será possível atingir amplamente as propostas da Reforma Sanitária.

### **O Sistema Único de Saúde: avanços e desafios na garantia do direito à saúde**

A Constituição Federal de 1988 representou um significativo avanço no âmbito legal com relação aos direitos sociais, dentre eles o da saúde, ao atribuir ao Estado o dever de garantir a saúde da população, ou seja, “saúde é um direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988).

Em 1990 o SUS é complementado com duas importantes leis: a 8080/90, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde e o funcionamento de seus serviços; e a lei 8142/90, que estabelece o controle social na gestão do SUS, dispondo sobre os conselhos de saúde, conferências de saúde e sobre as transferências de recurso financeiro para a saúde.

Por outro lado, as conquistas constitucionais e nas Leis Orgânicas da Saúde, ocorrem num contexto mundial marcado pela lógica do mercado direcionado pela hegemonia neoliberal, em meio a uma crise social decorrente das transformações da sociedade capitalista contemporânea.

No Brasil, a perspectiva neoliberal toma centralidade na década de 90, por meio de uma direção política que defende os interesses das classes dominantes, em que as principais estratégias em proteção do grande capital passam a ser: grande crítica às conquistas sociais da Constituição de 88 e a construção de uma cultura de persuasão que buscava difundir e tornar os objetivos desta ação mais consensuais e compartilhados (MOTA, 1995). Nesta década há também a defesa das reformas neoliberais pelas agências internacionais, em que o projeto do grande capital defendia o processo de privatização e incentivava o cidadão a consumir descontroladamente (MOTA, 1995).

Nessa direção, intensifica-se a defesa das privatizações, há a mercantilização da saúde, numa falsa idéia do SUS para os pobres e de supervalorização e expansão do setor privado na política de saúde. Todas essas medidas estimulam o setor privado da saúde em detrimento do SUS, que fica restrito em grande medida aos pobres e ao mínimo que o Estado oferece.

A proposta de Política de Saúde, preconizada pelo movimento de Reforma Sanitária e que vem tentando se efetivar desde a década de 80 com a Constituição Federal de 1988, tem sofrido diversas tentativas de desconstrução. A saúde tem se vinculado cada vez mais ao mercado e enfatizado parcerias com a sociedade civil, caindo em uma refilantropização que responsabiliza cada vez mais outros setores (menos o Estado) para assumir a crise (BRAVO, 2006).

Em relação ao SUS, tem se observado o descumprimento dos artigos normativos e a omissão do Estado na regulamentação e na fiscalização das ações relacionadas à saúde, e algumas questões comprometeram a possibilidade de o SUS avançar. Pode-se destacar:

O desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa havendo prioridade para a assistência médico – hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde (BRAVO, 2006, p. 101).

Por outro lado, há que se considerarem os avanços alcançados. Avanços esses que somente se conquistaram por meio de lutas sociais. Com o SUS temos mudanças significativas em diversas áreas da saúde, com destaque para: importante redução da mortalidade infantil; aumento da expectativa de vida; ampliação da Atenção Básica; vigilância sanitária de produtos e serviços; Programa Nacional de Imunização (130 milhões de vacinas aplicadas por ano); distribuição de medicamentos para todos os portadores de HIV; maior financiamento público de transplante de órgãos e regulação do setor privado (CARVALHO, 2008).

No ano de 2007, o SUS realizou 2,8 bilhões de procedimentos, 619 milhões de consultas, 11,3 milhões de internações, 2,5 milhões de partos, 3,2 milhões de cirurgias, 9,9 milhões de sessões de terapia renal substitutiva. Também houve um alto aumento da rede de assistência. Em 1976 eram 13 mil estabelecimentos, passando para 177 mil em 2005. Destes, 145 mil são públicos municipais, correspondendo a 97,2% do total de unidades públicas de saúde no país (CARVALHO, 2008).

No entanto, apesar das diversas inovações e vitórias sociais, o SUS constitucional ainda está bem longe do SUS real. O projeto de Reforma Sanitária está perdendo para o projeto que prioriza o mercado (CFESS, 2010), restando para o Estado apenas a tarefa de garantir o mínimo àqueles que não podem pagar por um serviço privado.

Em uma sociedade historicamente desigual, com grande concentração da riqueza socialmente produzida nas mãos de tão poucos, como é o caso da brasileira, a luta pelo direito à saúde ganha proporções de luta pelo direito humano à vida. A relação saúde e sociedade é determinante para as condições de vida do ser humano, pois, além do biológico e da herança genética, envolve aspectos econômicos, sociais, políticos e culturais. De modo que as condições de saúde da população se agravam diante da fragilidade das condições de sobrevivência, de trabalho, de moradia, de acesso às políticas públicas, presentes no cotidiano de grande parte da população brasileira.

A saúde só poderá ser efetivada, como prevê a Constituição de 1988, quando o Estado iniciar uma reforma para tornar a saúde, de fato, um direito universal. É

necessário desmercantilizar a saúde, incentivando formas não lucrativas na produção de serviços (ELIAS, 2004).

Somente dessa maneira se criam as condições para a construção de uma nova e potente consciência sanitária, fundada na noção da saúde como necessidade social a ser provida nos marcos da regulação estatal e, portanto, em contraposição ao ideário corrente da saúde como bem a ser satisfeito nos parâmetros de mercado (ELIAS, 2004, p. 45).

O SUS não é um sistema de saúde do pobre, mas sim de todos os cidadãos brasileiros. Enquanto essa visão não mudar, e este sistema de saúde for defendido apenas por aqueles que o utilizam ou pelos militantes da defesa do social, ele sempre será paralelo e periférico, e a cada dia seus problemas serão mais agravados (CARVALHO, 2008).

### **A epidemia do HIV/aids no Contexto do Sistema Único de Saúde**

Neste capítulo será apresentado um breve histórico do HIV/aids, assim como dados epidemiológicos atuais. Discutir-se-á também a problemática do HIV/aids no âmbito do Sistema Único de Saúde, seus desafios e os movimentos sociais na busca por direitos para as PVHA.

#### **Características atuais da Epidemia de HIV/aids**

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) está presente no mundo todo e preocupa cada vez mais a sociedade. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2009), atualmente são cerca de sete mil novos casos por dia de pessoas infectadas. Como é uma síndrome crônica, ou seja, com tratamento, mas sem cura, o número de PVHA tem aumentado significativamente, elevando também a demanda por tratamento médico e medicamentoso.

O HIV é um vírus que é transmitido através da troca de fluidos corporais, como sangue, secreções sexuais (sêmen e secreção vaginal) e leite materno. Quando a pessoa é infectada pelo vírus, ele começa a trabalhar no sistema imunológico, destruindo as células de defesa e enfraquecendo a imunidade.

Muitas vezes o indivíduo está infectado há anos e ainda não apresentou nenhum sintoma da doença, já que o vírus trabalha de três a dez anos no corpo até a imunidade cair tanto que há a ocorrência das chamadas doenças oportunistas. Essas

enfermidades normalmente não atacariam um sujeito com imunidade normal, porém, com essa debilidade nas células de defesa, elas se aproveitam para atacar o corpo. Alguns exemplos dessas doenças são: neurotoxoplasmose, candidíase, pneumonia e tuberculose. Quando esse quadro de oportunistas aparece, o paciente recebe o diagnóstico de síndrome de imunodeficiência adquirida, a AIDS. Ou seja, ninguém morre de HIV, já que ele é o vírus causador da doença.

No início da epidemia, o HIV era quase restrito aos chamados “grupos de risco”, como homens com prática sexual homossexual, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo. Porém, como resultado das grandes desigualdades sociais existentes no Brasil, essa epidemia tem-se revelado ser de múltiplas dimensões e tem apresentado expressiva transformação em seu quadro epidemiológico que hoje é marcado por quatro processos principais: a heterossexualização, a feminização, a interiorização e a pauperização (BRITO, CASTILHO, SZWARCOWALD, 2001), ou seja, cada vez mais tem se espalhado entre a população, tornando-se um dos maiores problemas da saúde pública.

Segundo o Manual de Adesão ao Tratamento para Pessoas Vivendo com HIV e AIDS, apesar de ainda não haver cura, a doença é considerada “de caráter crônico evolutivo e potencialmente controlável” (BRASIL, 2008b) desde o surgimento da terapia antirretroviral combinada (TARV). Essa terapia consiste em uma série de remédios de que o paciente faz uso durante toda a sua vida com o objetivo de aumentar a imunidade do corpo e impedir a reprodução do vírus, evitando a presença de doenças oportunistas.

O registro do primeiro caso da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), em 1981, foi um marco na história da medicina, saúde coletiva, farmácia, psicologia, entre tantas outras áreas que estão envolvidas com esta doença. A infecção de milhares de indivíduos em um curto intervalo de tempo gerou pânico (LOPES, FRAGA 1998), e hoje a doença é caracterizada como uma grande pandemia, já que está presente em centenas de países e também representa um “fenômeno global, dinâmico e instável” (BRITO, CASTILHO, SZWARCOWALD, p.207, 2001), visto que sua ocorrência depende diretamente do comportamento humano e da sociedade, gerando-se diversos problemas psicossociais para a população em geral e especialmente para os infectados pelo HIV (LOPES, FRAGA 1998).

Segundo o Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais no ano de 2000 já eram contabilizados no Brasil 31 mil novos casos de HIV por ano. No ano de 2009 esse número aumentou para 38 mil. Entre 1980 e 2010, o país já somava 592.914 casos de HIV com uma taxa de incidência de 20,1 a cada 100.000 habitantes. Esses números, que para a maioria das pessoas seriam uma preocupação, são

apresentados pelo Ministério da Saúde como o resultado da busca constante e qualificada pelo diagnóstico. Como o acesso ao teste anti-HIV ficou mais fácil, os novos casos são diagnosticados mais rapidamente, aumentando não só os números em pesquisas, mas também o início ao tratamento com antirretrovirais, a prevenção e o acompanhamento a essas pessoas (BRASIL, 2010).

Entre esses 592.914 casos acumulados no Brasil desde 1980, cerca de 65% (385.818) são incidentes em homens contra 35% (207.080) em mulheres. Dos novos 38.536 casos registrados em 2009, 23.467 (cerca de 60%) eram em pessoas do sexo masculino. Essa razão de sexo em 2008 foi de 15 homens para cada 10 mulheres, contra 16 homens para cada 10 mulheres em 2009, ou seja, o número de mulheres infectadas tem sido cada vez mais crescente (BRASIL, 2010).

Em relação à faixa etária de pessoas infectadas em 2009, o intervalo de 30 a 49 anos foi o que mais registrou incidências em HIV em ambos os sexos. Na idade de 13 a 19 anos, há mais casos em mulheres. Essa característica é percebida desde 1998, apresentando oito casos em meninos para cada 10 casos em meninas. Entre o sexo masculino, 26,8% dos casos são de homossexuais e 10,2% de bissexuais (BRASIL, 2010).

Em crianças menores de cinco anos, houve a redução de 44,4% dos casos comparando-se os anos entre 1999 e 2009. Em vários estados do Brasil esse número é de um a cada 100.000 habitantes. Essa redução ocorreu devido aos novos guias de tratamento para as gestantes, como é o caso das Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes, publicado pela Secretaria de Vigilância em Saúde e pelo Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais em 2010. Esses guias têm oferecido aos profissionais da área da saúde novas recomendações para atendimentos com gestantes, evitando a transmissão vertical (infecção do bebê pela mãe soropositiva) e reduzindo o número de crianças com HIV (BRASIL, 2010).

Dentro deste panorama nacional, o Centro-Oeste vem com 5,7% dos casos acumulados de 1980 a 2009, comparado a 58% da região Sudeste. A taxa de incidência é de 18 a cada 100 mil habitantes em 2009 (BRASIL, 2010).

Todos esses dados mostram que o número de pessoas com HIV/aids tem crescido e assumido proporções epidêmicas e também que o famoso grupo de risco do HIV tem se exaurido cada vez mais, aumentando-se a cada dia o número de mulheres, pessoas casadas e heterossexuais infectados, que historicamente não eram considerados pessoas em situação de risco.

## A Epidemia do HIV/aids e o Direito à Saúde no contexto do Sistema Único de Saúde

Como tratado no capítulo anterior, a Reforma Sanitária Brasileira impulsionada pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, trouxe a questão da saúde para além da análise setorial, abrangendo a sociedade como um todo, em que alguns de seus princípios materializaram-se na Assembléia Nacional Constituinte em 1988. Em seus anais, apresenta a seguinte definição de saúde:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, p. 382, 1987).

Com a promulgação da nova Constituição Federal, é implantado um inédito sistema de proteção social que vem pautado na Seguridade Social, a qual propõe a universalização dos direitos sociais e afirma que a saúde é direito de todos, e sua promoção e manutenção é responsabilidade do Estado (BRAVO, 2006). Delibera a Constituição de 1988:

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

O documento do CFESS que apresenta a dimensão estratégica da luta em defesa da Seguridade no Brasil como reforma democrática é a *Carta de Maceió* que recebeu o título de: “*Seguridade Social pública: é possível!*”. Esta carta foi elaborada no XXIX Encontro Nacional CFESS/CRESS, realizado em Maceió no ano de 2000. Nesse documento a Seguridade Social, concebida como “parte de uma agenda da luta democrática e popular no Brasil”, é apresentada como um grande passo para a redemocratização:

O conceito de seguridade social expresso na Constituição de 1988 foi um dos grandes avanços no processo de redemocratização da sociedade brasileira desencadeado em fins dos anos 70, que culminou na constituinte, ainda que tenha se mantido restrito à previdência, saúde e assistência social (CFESS/CRESS, 2000).

A nova carta constitucional propôs uma nova organização do setor de saúde brasileiro e consolidou espaços compartilhados entre usuários e gestores para deliberações, possibilitando o controle social, com sujeitos distintos que interagem entre si e com o Estado. Além disso, houve a universalização do direito à saúde com garantia ao acesso pleno aos serviços sem qualquer forma de exclusão, o que foi um marco importantíssimo para a saúde brasileira, já que rompia com uma desigualdade e ultrapassava uma “visão de direito e política social que tem prevalecido no país de se pensar a distribuição de bens e serviços autonomizado em relação à esfera da produção” (NOGUEIRA, MIOTO, 2006, p.6).

Reconhecer a saúde como um direito social define que a pretensão do dever de cumpri-lo é do Estado, afirmando-se a perspectiva de que a saúde não pode ser uma moeda de troca no mercado, como já mencionado. Assim, já que é um bem não mercantil, deve ser desmercadorizada para a sua garantia, independentemente das conseqüências na esfera econômica.

Em seu artigo 198 a Constituição Federal diz:

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;
- III – participação da comunidade (BRASIL, 1988, p. 81).

Um ponto que merece destaque nesse item constitucional é a integralidade. Segundo Nogueira e Mioto (2006), ao se enfatizar o atendimento integral, traduz-se a radicalidade da nova proposta frente ao modelo biomédico de saúde implementado no país até o momento baseado na medicina curativa e na atenção à doença. Esse novo tipo de atendimento complementado pela Lei 8080/1990 é um aspecto central para o trânsito do direito real à saúde (NOGUEIRA, MIOTO, 2006).

Segundo Pinheiro e Matos (apud NOGUEIRA, MIOTO, 2006):

Um dos mais conhecidos sentidos atribuídos ao atendimento integral se refere ao reconhecimento do todo indivisível que cada pessoa representa, trazendo como conseqüência a não-fragmentação da atenção, reconhecendo os fatores sócio-econômicos e culturais como determinantes da saúde, e, principalmente, sugerindo um modelo integral de atenção que não tem como suposto a cura da



doença, mas alarga os horizontes do mundo da vida espiritual e material (PINHEIRO, MATOS, 2001 apud NOGUEIRA, MIOTO, 2006, p.7).

Assim, o atendimento integral deve ser visualizado como a soma da articulação de cada serviço de saúde articulado com toda a complexa rede de todos os serviços e instituições. A integralidade não é específica de um único serviço ou profissão, mas envolve diferentes práticas profissionais interdisciplinares articuladas no campo da promoção da saúde independente do seu serviço ou instituição (CECILIO, 2004).

Relacionando a integralidade com a resposta brasileira à epidemia do HIV, Matos (2003) afirma:

A resposta governamental brasileira à AIDS pode ser considerada uma experiência bem-sucedida de uma política de enfrentamento de uma doença pautada pelo princípio da integralidade. Ela contempla tanto ações preventivas como assistenciais e, ao fazê-lo, incorpora as preocupações com o alto custo das ações assistenciais, que é visto como potencial obstáculo a ser superado. Ao invés de deixar de oferecer tais ações assistenciais, a resposta governamental busca viabilizar o acesso universal e igualitário a elas. Ademais, a política brasileira frente a AIDS tem buscado uma apreensão ampliada das necessidades específicas dos diversos grupos sociais vulneráveis à AIDS, assim como do conjunto da população (MATOS, 2003 apud SANTOS, 2011).

Reconhecemos neste trabalho os esforços do SUS no enfrentamento do HIV/aids. No entanto, torna-se importante refletir se essas respostas governamentais ao HIV são suficientes para suprir a demanda da PVHA na sua totalidade, considerando a compreensão abrangente de saúde e seus determinantes. Não é suficiente apenas um acesso universal ao tratamento medicamentoso se a pessoa não tem condição de se alimentar em casa. Não basta apenas um bom atendimento médico se o sujeito não tem condição de manter a sua saúde. Todo este contexto se torna ainda mais intensificado diante de uma cultura preconceituosa e discriminatória em que a PVHA vive atualmente na sociedade mundial.

Desde o registro dos primeiros casos de HIV, a discriminação e o preconceito vêm gerando a negação de direitos básicos e fundamentais às pessoas que vivem com HIV/aids. O preconceito condenava (e condena) as PVHA a uma situação em que são rotulados como incapazes de ter uma vida social.

Além de problemas gerados por essa discriminação, há outras situações corriqueiras que chegam aos tribunais do Brasil:

recusa de atendimento médico-hospitalar e odontológico; demissões arbitrárias; transferência arbitrária de cargo ou função; restrições à participação em concursos públicos; recusa de matrícula escolar; inacessibilidade ao tratamento, informação e medicamentos; maus tratos familiares; proibição ou restrição ao casamento; confinamento; aborto e esterilização compulsória; segregação social (BRASIL, 2008a, p.17).

Em resposta a essas negações de direitos básicos, em 1989 foi elaborada a Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da AIDS, durante o Encontro Nacional da Rede de Solidariedade. Ela resume em dez artigos as principais violações de direitos sofridas por pessoas que vivem com HIV/aids.

Diversas leis e políticas públicas no âmbito do HIV/aids surgiram a partir de decisões judiciais que acabaram formando uma jurisprudência sobre o tema, como é o caso do controle de sangue, acesso a medicamentos contra AIDS e doenças oportunistas e regulamentação dos planos de saúde (Brasil, 2008a). As vitórias mais significativas:

1. Direito ao levantamento do fundo de garantia por tempo de serviço dos trabalhadores portadores do vírus HIV para tratamento de saúde, hoje realizado através de pedido administrativo;
2. Obrigatoriedade de arcar com despesas de tratamento da aids por parte das empresas de medicina de grupo e de seguro-saúde, provocando-se para este efeito uma legislação específica que incorporou a obrigatoriedade de atendimento a todas as doenças;
3. Responsabilização civil da União e dos Estados pela infecção sangüínea por via transfusional ou através da utilização de hemoderivados, com a condenação do Poder Público ao pagamento de indenizações, na forma de prestação alimentar para as pessoas transfundidas e hemofílicas infectadas;
4. Reintegração do trabalhador demitido por discriminação, e condenação da empresa ao pagamento de indenização por danos morais e materiais à pessoa.
5. Reintegração de militares excluídos das Forças Armadas em razão de serem soropositivos;
6. Obrigatoriedade, por parte dos Poderes Públicos, de distribuição de toda medicação para tratamento da aids, bem como do provimento de acesso a exames específicos para controle desta doença (BRASIL, 2008a, p.19).

A impressão que se tem ao se observar esse novo conjunto de legislações tão específicas para esta doença é que vem se criando uma nova categoria de direitos específicos para as PVHA. Porém o objetivo de todos esses documentos é:

simplesmente o cumprimento dos ditames constitucionais e a afirmação de que as pessoas com AIDS não perdiam sua qualidade de cidadãs por portarem um

vírus. O vírus era apenas um vírus que deveria ser combatido e ter os seus efeitos amenizados com tratamento e informação (BRASIL, 2008b).

Ou seja, os soropositivos têm demandas específicas, mas não devido às especificidades da sua doença e sim devido aos obstáculos colocadas a sua condição de cidadãos gerados pelo preconceito e pela discriminação.

Apesar de todo esse arcabouço de leis e situação de expressão da questão social na realidade das pessoas que vivem com HIV/aids, só será possível a construção e a efetivação de direitos a partir do conhecimento da realidade do cotidiano dos cidadãos que vive com HIV/aids em relação aos serviços de saúde, com profissionais da área e a sociedade em geral.

Nessa direção, o Ministério da Saúde recomenda em diversas publicações, como, por exemplo, no Manual de Adesão ao Tratamento de 2008 e no Caderno de Saúde número 18 de 2006, a importância do conhecimento da população usuária do serviço prestado a pessoas que vivem com HIV/aids. É importante que os profissionais envolvidos nesses atendimentos conheçam tanto o HIV, a AIDS e suas implicações como também os sujeitos atendidos por esses serviços especializados.

Em resposta a essa doença, o Brasil tem estruturado suas ações como parte do SUS, o que permitiu proporcionar à população um programa de acesso universal ao tratamento com antirretrovirais, serviços de saúde especializados e contraceptivos (BRASIL, 2010). Segundo o texto “Acesso universal no Brasil: cenário atual, conquistas, desafios e perspectivas”, publicado pelo Ministério da Saúde em 2010, para construir essa resposta à epidemia do HIV, o Brasil tem utilizado como estratégias:

a) a participação dos movimentos sociais e comunitários no controle social e na defesa dos direitos humanos das pessoas que vivem com HIV; b) as ações combinadas entre prevenção, assistência e tratamento, que buscam atender as necessidades de saúde da população e de grupos vulneráveis, para assegurar a sustentabilidade do acesso universal aos medicamentos, diagnóstico e insumos de prevenção; e c) a descentralização das ações, em sintonia com os processos de construção do modelo de atenção do SUS (BRASIL, 2010).

Os movimentos sociais originam sua participação a partir de uma luta contra o preconceito já que “os grupos de luta contra a aids são fortemente influenciados pela experiência individual com a soropositividade e por isso reclamam, para além de condições materiais, por transformações subjetivas, tanto individuais como coletivas” (BRASIL, 2008a). No início da epidemia, as primeiras grandes mobilizações eram realizadas pelo chamado “grupo de risco” (gays, profissionais do sexo, hemofílicos,

usuários de drogas injetáveis), e através dessa iniciativa é que se consolida o surgimento das organizações pioneiras que se unem internacionalmente e apresentam força política para dar respostas à epidemia (BRASIL, 2010). “A luta implica o reconhecimento e a garantia do direito a uma vida digna e livre de qualquer tipo de preconceito, discriminação e desigualdade” (BRASIL, 2008a).

Porém, a democratização que esses movimentos buscam não conseguiu suprir as demandas da sociedade brasileira, que é tão marcada por desigualdades sociais. Isso aparece claramente ao longo da construção da reforma da saúde e ainda é presente, sobretudo quando se trata de descentralização e financiamento da saúde. Na questão HIV/aids, essa falha é detectada no campo de práticas de prevenção ao vírus, sustentabilidade e manutenção do acesso universal ao TARV e descentralização de serviços e financiamento (BRASIL, 2010).

A resposta governamental brasileira à epidemia tem se pautado na concepção de saúde que o SUS preconiza. Entretanto, é necessário “assumir a necessidade de rever não apenas as medidas de prevenção e controle, como também a assistência aos soropositivos” já que o “quadro epidemiológico da AIDS tem sofrido mudanças nos últimos anos, relacionadas tanto à forma de transmissão como ao perfil dos seus infectados” (TAKAHASHI, SHIMA, SOUZA, 1998).

São necessárias respostas à epidemia que sejam baseadas nas noções de direitos humanos que o SUS preconiza, utilizando-se também de mobilização permanente da sociedade civil para que haja uma real implantação de ações “para que a resposta brasileira à AIDS seja eficiente, duradoura, capaz de manter-se e inovar” (BRASIL, 2010). Para que isso ocorra “deve-se atentar para o cuidado à saúde em todas as suas dimensões e contar com um sistema de saúde pública bem estruturado” (BRASIL, 2010).

Porém o direito à saúde vai além disso. A *Carta de Maceió*, que recebeu o título de: “*Seguridade Social pública: é possível!*”, trás um dos grandes desafios para a real implantação do SUS:

A Seguridade Social, assegurada num plano legal, tem sido atropelada pelas reformas neoliberais que atentam contra o aprofundamento da democracia e da cidadania na sociedade brasileira (CFESS/CRESS, 2000).

Segundo Bravo (2006), as principais questões que comprometeram o avanço do SUS como política social foram: a desobediência ao princípio da equidade no que tange à alocação de recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estadual e municipal e a indissolubilidade entre prevenção e atenção

curativa, com prioridade para a assistência médico-hospitalar ao invés das ações de promoção e proteção da saúde.

Assim, a saúde está vivendo entre dois projetos quase que antagônicos: o da reforma sanitária da década de 80, deliberada pela Constituição Federal de 1988 e reafirmada em 1990 com a Lei 8080/90, contra o projeto articulado ao mercado, que mercantiliza e sucateia a saúde pública e gratuita.

Nesse projeto mercantilizador, a tarefa do Estado é apenas garantir o mínimo aos que não podem pagar pela sua saúde, restando para o setor privado aquela minoria que tem condição de bancar o seu atendimento. Segundo o CFESS (2010), as principais propostas deste projeto são:

Caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local e eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento (CFESS, 2010).

Como fundamento central do SUS e da Reforma Sanitária, a universalidade do direito é um dos pontos que têm gerado resistência por parte dos formuladores do projeto privatista. Todos os valores relativos à coletividade que basearam a formulação da Seguridade Social estão sendo substituídos descaradamente pelo individualismo e corporativismo que fortalecem o projeto voltado para o mercado (CFESS, 2010).

As pessoas que vivem com HIV/aids necessitam de ações contra-epidêmicas não só na questão biológica e medicamentosa, mas também no âmbito da garantia de direitos. Os movimentos sociais não vão descansar enquanto a PVHA não estiver totalmente inserido no atendimento integral preconizado na Constituição de 1988 e em uma sociedade em que o preconceito não o impeça de acessar livremente os seus direitos.

### **O Projeto Com-Vivência**

Neste capítulo será apresentado o Projeto Com-Vivência, seu histórico, suas principais atividades e o exercício profissional do Assistente Social junto à equipe interdisciplinar. Tais reflexões advêm do processo de estágio em Serviço Social II realizado junto ao Projeto Com-Vivência durante o segundo semestre de 2010 e da experiência como bolsista de extensão no referido Projeto no ano de 2011.

## Histórico do Projeto

O *Projeto Com-Vivência – Ações Integradas de Estudos e Atendimento a Pessoa Vivendo com HIV/aids e Familiares* – foi criado em 1996 e funciona desde então no Hospital Universitário de Brasília.

O HUB foi construído pelo Instituto de Pensões e Aposentadorias dos Serviços do Estado (IPASE). Em 1972 foi inaugurado pelo então presidente da república, General Emílio Gastarrazu Médici, com o nome de Hospital do Distrito Federal Presidente Médice. Nessa época o Hospital servia exclusivamente a categoria de servidores públicos federais e era conhecido como Hospital dos Servidores da União. Naquele ano também foi criado um setor de Serviço Social (VIEIRA, NEVES, 2008).

No ano de 1976, como houve a extinção do IPASE, o Hospital passou a ser administrado pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). No final de 1979 é assinado um convênio entre a Fundação Universidade de Brasília e o INAMPS (VIEIRA, NEVES, 2008).

Em 1987 é implantado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), e o Hospital do Distrito Federal Presidente Médice é integrado à rede de serviços do DF. Passa a ser chamado de Hospital Docente Assistencial e é reconhecido como o 38º Hospital Universitário brasileiro (VIEIRA, NEVES, 2008).

Em 1990 o Hospital foi cedido pelo INAMPS à UnB, passando a denominar-se Hospital Universitário de Brasília (HUB) (VIEIRA, NEVES, 2008).

Como hospital universitário, o HUB possui um tripé com as seguintes bases: ensino, extensão e pesquisa. Além de ser uma instituição de ensino, também é integrante do SUS, assim, articula essas realidades buscando sempre um melhor atendimento para os pacientes. Também se constitui em espaço de formação de profissionais para a área da saúde (VIEIRA, NEVES, 2008).

Segundo o seu Plano Operativo Anual, sua missão é “desenvolver ações de ensino e pesquisa em consonância com a função social da universidade, articuladas à assistência à saúde de média e alta complexidade e integradas ao Sistema Único de Saúde, provendo ao seu público atendimento de qualidade de acordo com princípios éticos e humanísticos” (HUB, 2009). O HUB possui como diretrizes estratégicas sete pontos:

1. Potencialização da atenção à saúde.
2. Fortalecimento das prioridades do SUS.
3. Aprimoramento da gestão hospitalar.
4. Fomento à cultura de formação e educação em saúde.

5. Potencialização da pesquisa e da avaliação tecnológica em saúde.
6. Aprimoramento da gestão do financiamento.
7. Fomento ao gerenciamento da tecnologia (HUB, 2009)

Por ser um hospital universitário, o HUB possui o compromisso com a formação dos estudantes e, cumprindo com o tripé de ensino, pesquisa e extensão, apóia e promove atividades de extensão. Segundo o Plano Nacional de Extensão Universitária (2001), a extensão é entendida como:

Prática acadêmica que interliga a universidade nas suas atividades de ensino e de pesquisa com as demandas da maioria da população, possibilita a formação do profissional cidadão e se credencia cada vez mais junto à sociedade como espaço privilegiado de produção do conhecimento significativo para a superação das desigualdades sociais existentes (MEC, 2001).

Assim, o Projeto Com-Vivência é uma atividade de extensão universitária de ação contínua localizado no Hospital Universitário de Brasília e é vinculado ao Decanato de Extensão da Universidade de Brasília. O Projeto nasceu a partir da iniciativa de professores do Departamento de Serviço Social e do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília e funciona desde 1996. Executa atividades de ensino, pesquisa e extensão e realiza atendimentos com pessoas portadoras do vírus HIV e seus familiares. Sua principal missão é “articular procedimentos de prestação de serviços de saúde à população na área do HIV/aids, pesquisa e ensino” (SANTOS, 2011).

O trabalho da equipe faz parte do atendimento ambulatorial e hospitalar do HUB e complementa o atendimento integral, preconizado pelo SUS, e interdisciplinar. Após 15 anos da sua criação, o Projeto é uma importante referência no DF nas áreas de assistência, prevenção e capacitação de recursos humanos no que se refere ao HIV/aids (Silva, Seidl, Carvalho, Polejack & Guirao, 2000 *apud* SANTOS, 2011).

### **Equipe de saúde e principais ações promovidas pelo Projeto Com-Vivência**

A equipe médica do HUB que presta atendimento aos pacientes soropositivos no Hospital Universitário de Brasília conta atualmente com três médicos professores da Faculdade de Medicina da UnB, além de residentes e internos, porém, em quantidade variável. São prestados atendimentos médicos em três períodos por semana: terça e quinta pela manhã e quarta à tarde. Esses profissionais atendem

todos os pacientes da DIP (doenças infecto-parasitárias), inclusive as PVHA. Porém, as pessoas que vivem com HIV/aids contam com os profissionais do Projeto Com-Vivência para um atendimento psicológico e social especializado para soropositivos.

A equipe do Com-Vivência presta atendimentos psicossociais entre outras atividades relacionadas ao HIV/aids e atualmente é formada por duas psicólogas, sendo uma professora do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília e coordenadora do Projeto e a outra contratada e mestranda da UnB, uma assistente social contratada, seis estagiários da Psicologia, duas estagiárias do Serviço Social e três funcionárias administrativas.

É importante destacarmos aqui a diferenciação entre uma equipe multidisciplinar e uma interdisciplinar, refletindo sobre as atuações dos profissionais da saúde no âmbito do HUB e do Com-Vivência, destacando desafios e potencialidades.

Segundo Delattre (2006), a multidisciplinaridade é “uma simples associação de disciplinas que concorrem para uma realização comum, mas sem que cada disciplina tenha que modificar significativamente a sua própria visão das coisas e os seus próprios métodos” (DELATTRE, 2006 p. 280). A interdisciplinaridade pode ser entendida como a forma de explorar o máximo das potencialidades de cada ciência, dos seus limites, sendo o princípio central para a promoção da diversidade e criatividade, não podendo ser reduzida a um denominador comum, mas, pelo contrário, funciona como elemento teórico-metodológico com a finalidade de agregar todas as ciências (ETGES, 1993).

A equipe do Com-Vivência promove ações de acolhimento (para receber pessoas diagnosticadas positivamente para o HIV), trabalhos de prevenção ao contágio do vírus, distribuição de preservativos, atividades informativas e educativas, bem como atendimento psicossocial desenvolvido de forma conjunta entre o Serviço Social e a Psicologia, priorizando o trabalho interdisciplinar, com vistas a melhorar a qualidade do atendimento numa contribuição mútua, num constante compartilhar saberes e olhares entre as profissões.

O acolhimento no Com-Vivência tem o caráter de avaliação psicossocial e formação de vínculo como é preconizado pelo Ministério da Saúde:

O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia de acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços (BRASIL, 2006, p.18).



Especificando melhor as ações realizadas, podemos dividi-las em dois eixos: Atividades Educativas e/ou de Capacitação e Atividades Assistenciais.

*Atividades Educativas e/ou de Capacitação:*

- capacitação em HIV/Aids para profissionais da área de saúde, educação, assistência social, segurança pública e para integrantes de organizações da sociedade civil;
- organização e disponibilização de dados e informações epidemiológicas do HIV/A;
- assessoria para ações assistenciais, educativas e/ou de prevenção às DST/HIV/Aids em instituições governamentais, não governamentais e na comunidade;
- oficinas sobre temas relativos às DST/HIV/Aids para adolescentes, professores, trabalhadores em geral, populações confinadas e demais segmentos sociais.

*Atividades Assistenciais:*

- aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV;
- aconselhamento sobre práticas sexuais seguras e distribuição gratuita de preservativos;
- orientação social;
- atendimento psicológico individual, em grupo, conjugal e familiar;
- adesão ao tratamento antirretroviral e ao autocuidado;
- aconselhamento para pessoas em início de terapia antirretroviral para promoção da adesão ao tratamento;
- atendimento psicológico e social a crianças e adolescentes que vivem com HIV/Aids, familiares e cuidadores;
- acompanhamento psicossocial de mulheres gestantes soropositivas no pré, Peri e pós-natal (PROJETO COM-VIVÊNCIA, 2011)

Em um primeiro momento, é feito o acolhimento do usuário, onde há a construção de vínculo que influencia na continuidade do atendimento. Neste momento também são respondidas as dúvidas mais urgentes e são fornecidas as principais informações acerca do vírus e do tratamento. Os usuários também são informados sobre os seus direitos como PVHA.

O acompanhamento das situações apresentadas pelo usuário neste primeiro atendimento é realizado de acordo com a sua disponibilidade, sendo reforçada a importância de uma continuidade e não afastamento deste para não ser quebrado o vínculo com o profissional e o prosseguimento dos atendimentos.

Nestes atendimentos que se seguem, são tratados assuntos como a questão da sexualidade, preconceito, a auto-estima, direitos do usuário e método preventivo, bem como outros assuntos que o próprio usuário possa levantar.

Para realizar os atendimentos, os profissionais contam com os seguintes instrumentos principais:

- Entrevista de acolhimento psicossocial, utilizada no primeiro atendimento;
- Pré-teste anti-HIV, utilizado no atendimento antes de o paciente realizar o teste para saber sua sorologia em relação ao vírus;
- Pós-teste anti-HIV, empregado em atendimentos em que o usuário recebeu recentemente o diagnóstico positivo para o HIV;
- Pré-TARV, quando o paciente realiza atendimento antes de iniciar o tratamento medicamentoso com as antirretrovirais;
- Ficha de acolhimento ao paciente internado na enfermaria médica, quando é necessário realizar atendimento na enfermaria da clínica médica, com pacientes soropositivos internados.

Após o atendimento, o profissional responde aos itens do instrumento e o arquiva em uma pasta com o nome do paciente, para onde vão todos os futuros instrumentos que serão preenchidos e as evoluções dos atendimentos. Somente os profissionais do Projeto possuem acesso a esse arquivo. Quando algum paciente vai a óbito, o seu conjunto de instrumentos vai para o “arquivo morto”. Todos os atendimentos realizados pelo Projeto são registrados no prontuário médico de cada paciente, porém, de forma resumida, preservando o sigilo.

Contudo, pode-se dizer que a centralidade da proposta de trabalho do Projeto Com-Vivência envolve atividades em grupo, como as Rodas de Conversas e os Grupos de HIV positivo, com o objetivo de detectar e solucionar demandas mais pontuais sobre assuntos específicos referentes à doença, como adesão, tratamento, preconceito, entre outros. Neste sentido, percebe-se a importância de os temas serem direcionados para que a maioria dos usuários sintam-se interessada em participar dessas atividades, assim como do envolvimento e participação dos mesmos na definição das ações, além é claro da aproximação, acolhida e conhecimento da equipe sobre as demandas e do próprio sujeito/usuário do serviço. Ou seja, conhecer quem são os sujeitos/usuários e quais são suas principais demandas. Essas são informações importantes para direcionar não só o trabalho dentro do PCV, mas também dentro de toda a rede de apoio a pessoas que vivem com HIV/aids, fundamento principal que sustenta o presente estudo.

O Projeto Com-Vivência tem suas ações baseadas nos princípios do SUS, buscando atender cada usuário em sua totalidade de forma integral, o que exige a comunicação efetiva entre eles e os profissionais na busca da garantia de direitos. Na

prática, isso ocorre dentro de uma perspectiva multiprofissional e intersetorial em que o usuário recebe uma resposta concreta e de qualidade deste serviço de saúde.

### **O Serviço Social no Projeto Com-Vivência**

Como já foi colocado acima, dentro da proposta de um atendimento integral cada sujeito representa um todo indivisível, ou seja, ele é visto como um ser dotado de diversos aspectos. Assim, devem ser levados em conta fatores como as suas condições sócio-econômicas, culturais, questões psicológicas e espirituais (crenças). A integralidade permite considerar outros fatores que são relevantes ao sujeito, dando um novo enfoque para a saúde como direito.

Tendo como pilares a intersetorialidade e a interdisciplinaridade, a integralidade permite uma inserção diferenciada do profissional do Serviço Social dentro da equipe de saúde. A visão do assistente social, que deve reconhecer as expressões da questão social como objeto de intervenção na atuação profissional, faz com que seja necessária uma perspectiva totalizante e pautada na integralidade, identificando os determinantes sociais, econômicos e culturais das desigualdades sociais (CFESS, 2010).

Essa nova concepção de saúde abre espaço para que seja realizada uma intervenção do assistente social, viabilizando e garantindo o acesso que se torna universal, principalmente com a garantia do direito à saúde, que a Constituição brasileira de 1988 traz em seu artigo 6°. Seguindo esta premissa, o trabalho do Serviço Social torna-se fundamentalmente necessário neste processo de garantia de direitos e tem como desafio a defesa do projeto de Reforma Sanitária defendido desde a década de 70, articulando com os demais profissionais em saúde e movimentos sociais para efetivar esta luta.

O Código de Ética da profissão de 1993 expressa que um dos principais fundamentos do Serviço Social é o de se posicionar em favor da equidade e da justiça social, garantindo a universalidade do acesso aos bens e serviços relativos aos programas e às políticas sociais, além de sua gestão democrática (CAMPOS e AMARAL, 2007).

No Projeto Com-Vivência, a atuação do assistente social perpassa desde a garantia dos direitos à construção de redes que auxiliam o profissional na própria garantia dos direitos, na busca de transformação social, para que o usuário que não tenha condições (financeiras, materiais, físicas, dentre outras) possa usufruir ao máximo sua condição de cidadão.

Apesar da ação profissional no âmbito do Com-Vivência ser, em geral, em conjunto com a Psicologia, o trabalho interdisciplinar vai muito além disso. Para que haja um atendimento completo do usuário, é necessário que os assistentes sociais interajam e planejem junto à equipe médica, à de enfermagem, à de farmácia, à nutrição, ao HUB e aos outros hospitais, buscando adquirir o máximo de informações relevantes do usuário e estabelecer vínculos com as outras áreas para fortalecer a rede de apoio. Compreende-se rede de apoio como um conjunto de ações articuladas entre serviços, programas ou profissionais em resposta a alguma expressão da questão social a partir de demandas dos usuários. Segundo os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, os assistentes sociais devem elaborar junto à equipe de saúde normas de atendimento que assegurem a inserção dos profissionais para que as atribuições e competências de cada profissional sejam esclarecidas, e o atendimento aos usuários seja realizado de forma mais completa (CFESS, 2010).

Além destes aspectos, há também o trabalho com algumas organizações não governamentais que funcionam dentro deste contexto como forma de amparar as questões em que o Estado não provê nem o necessário. Para as PVHA há casas de apoio especiais, serviços de advocacia entre outros serviços oferecidos por estas ONGs que, ao mesmo tempo em que recebem pacientes do Com-Vivência para usufruir dos seus serviços, também encaminham usuários para atendimento psicossocial no hospital.

Segundo os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, ao se pensar em uma atuação profissional do Serviço Social na área da saúde buscando uma intervenção competente e crítica, deve-se pensar em alguns pontos principais.

O primeiro é estar articulado ao movimento de trabalhadores e de usuários que lutam pela efetivação do SUS. No contexto de HIV/aids este é um ponto muito importante, já que, como colocado no capítulo 2, os movimentos sociais desta área são importante força para garantia e efetivação de direitos, bem como fonte de apoio contra o preconceito as PVHA. Além disso, os movimentos sociais do Distrito Federal tem-se mostrado uma importante rede de debate, de articulação para garantir direitos, como também de apoio na organização, nas ofertas de serviços e na promoção de encontros para conversa e troca de experiências relacionadas ao HIV/aids.

O segundo princípio apresentado pelos Parâmetros diz respeito a promover o acesso de todos os usuários aos serviços de saúde da instituição em que o assistente social está inserido. Também reafirma a luta pela efetivação do SUS no cotidiano da prática profissional, não submetendo a sua atuação à operacionalização proposta pelos governos e pela correlação de forças dentro da instituição, que muitas vezes

resulta na descaracterização da proposta da Reforma Sanitária. Mesmo tendo presentes os limites institucionais diante de uma conjuntura adversa à garantia do direito à saúde universal e com qualidade, o assistente social no Com–Vivência, no seu exercício profissional cotidiano, procura desenvolver suas ações na direção dos princípios ético-políticos preconizados no Código de Ética Profissional do Assistente Social.

O terceiro ponto diz respeito ao trabalho em equipe, em que o assistente social deve construir e efetivar, junto a estes profissionais de outras áreas, espaços que garantam a participação dos usuários e trabalhadores da saúde nas decisões a serem tomadas.

No tocante ao trabalho em equipe, fica evidenciado que a prática do assistente social no Com-Vivência é entrelaçada pela ação interdisciplinar tanto nas atividades assistenciais como nas atividades educativas.

A Interdisciplinaridade é compreendida por Mioto e Nogueira (2006) como:

Um processo desenvolvido por meio uma postura profissional que viabilize um olhar ampliado das especificidades que se conjugam no âmbito das profissões, através de equipes multiprofissionais, visando integrar saberes e práticas voltados à construção de novas possibilidades de pensar e agir em saúde” (MIOTO, NOGUEIRA, 2006, p.279).

O trabalho em equipe e interdisciplinar no Com-Vivência caminha na direção da recomendação presente nos Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, de que o assistente social elabore e participe de projetos de educação dos usuários, assim como efetive assessorias aos movimentos sociais, buscando fortalecer a participação dos sujeitos, contribuindo para a democratização das políticas e ampliando a participação da população na formulação das políticas de saúde.

Utilizando como referência as ações definidas nos referidos Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde, publicado pelo CFESS, 2010, a saber: de atendimento direto aos usuários; ações de mobilização, participação e controle social; ações de investigação, planejamento e gestão; ações de assessoria, qualificação e formação profissional. Apontamos a seguir as principais ações profissionais do assistente social no Com–Vivência segundo os quatro eixos citados.

Primeiramente, cabe explicitar que as ações profissionais

se estruturam sustentadas no conhecimento da realidade e dos sujeitos para as quais são destinadas, na definição de objetivos considerando o espaço dentro do qual se realiza, na escolha de abordagens adequadas para

aproximar-se dos sujeitos destinatários da ação e compatíveis com os objetivos. Finalmente implica na escolha de instrumentos apropriados às abordagens definidas e também de recursos auxiliares para a sua implementação (MIOTO, NOGUEIRA, 2006, p. 281).

Partindo desse entendimento, compreende-se que são inerentes à ação profissional as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa.

Nessa direção, dentre as ações profissionais do Assistente Social no Com-Vivência, destacam-se:

- a) o atendimento direto ao usuário: segundo CFESS (2010), as ações que predominam no atendimento direto aos usuários são as ações sócio-assistenciais, as ações de articulação interdisciplinar e as ações socioeducativas. No Com-Vivência as ações profissionais no âmbito do atendimento aos usuários se expressam por meio de demandas espontâneas ou encaminhadas pelos demais profissionais da equipe, de caráter sócio-assistencial, referentes às necessidades de saúde e às necessidades sociais dos usuários. Principalmente de caráter sócio-emergencial, tais demandas não chegam ao Serviço Social isoladas, mas acompanhadas de outras necessidades sociais em saúde, apontando para as possibilidades e necessidades de intervenção multiprofissionais, interdisciplinares, intersetoriais e de redes.
- b) Ações de investigação, planejamento e gestão: este eixo envolve um conjunto de ações no âmbito da gestão, que tem como perspectiva o fortalecimento da gestão democrática e participativa por meio de propostas que viabilizem e potencializem a gestão em favor dos usuários e trabalhadores de saúde, na garantia dos direitos sociais, CFESS (2010). No Projeto Com-Vivência as ações no âmbito do planejamento e gestão se colocam tanto no âmbito da contribuição profissional para o pensar a organização do serviço como um todo do referido Projeto, assim como para o planejamento das ações específicas do Serviço Social. A realização de investigação está presente em todo o processo de trabalho no Projeto Com-Vivência, que, sendo este um projeto de extensão, vem oportunizando concomitantemente a atividade extensionista, a ação investigativa e a de pesquisa, principalmente por meio de estudos realizados por estagiários, bolsistas, mestrandos e doutorandos sob orientação e supervisão dos profissionais e professores.

- c) Ações de assessoria, qualificação e formação profissional: as atividades desse eixo visam ao aprimoramento profissional, objetivando a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários, e envolvem a educação permanente em saúde e formação de estudantes da área da saúde, bem como ações de assessoria (CFESS, 2010). Tais ações se expressam no âmbito do exercício profissional do assistente social no Com-Vivência, principalmente por meio da supervisão de estagiários do curso de Serviço Social, sendo um importante campo de estágio para os estudantes de Serviço Social da UnB. As ações de assessoria também se fazem presente nas ações da equipe interdisciplinar, por meio de assessoria e atividades educativas sobre HIV/aids, junto a instituições governamentais e não governamentais. O processo de qualificação profissional ocorre de forma permanente, por meio de participação em atividades de educação continuada, congressos e cursos com temáticas relacionadas à área.
- d) Ações de mobilização, participação e controle social: voltadas para mobilização e participação social de usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais, as ações desse eixo procuram contribuir na organização dos usuários e da população e suas reivindicações na agenda pública (CFESS, 2010). As ações do assistente social e da equipe interdisciplinar referente a este eixo voltam-se para a sensibilização e estímulo à participação dos usuários e familiares para a busca de melhores condições de vida, trabalho e acesso aos serviços públicos, e ocorrem principalmente articuladas às atividades sócio-educativas e na articulação com outros setores e entidades.

Contudo, cabe destacar que as ações acima descritas ocorrem de forma articulada entre si, com privilegiamento da interdisciplinaridade, e de articulação intersetorial, seja no âmbito coletivo ou individual. Assim, resta que essas ações contribuam na garantia do acesso e na defesa do direito à saúde dos usuários do Projeto Com-Vivência.

Na atual conjuntura das políticas nacionais de saúde brasileiras retratadas nos capítulos anteriores, as exigências postas ao Serviço Social são cada vez mais intensas. A ação profissional do assistente social, de maneira geral, baseia-se no direito e promoção à saúde, com seus pilares na intersetorialidade e na universalidade, tendo como horizonte a formulação e a implementação de políticas econômicas e sociais que busquem melhorar as condições de vida e de saúde dos usuários, reduzindo as desigualdades, e gerar a equidade e justiça nos mais diversos

âmbitos, inclusive no acesso ao trabalho e à saúde, promovendo a melhoria dos níveis de renda e garantindo acesso aos direitos (TEXEIRA, 2004).

### **O Contexto da Pesquisa e a Análise dos dados**

Neste capítulo será apresentado o caminho percorrido no processo de construção do presente estudo, com ênfase na coleta dos dados empíricos, os resultados e as discussões acerca da pesquisa realizada.

#### **Percurso Metodológico**

O estudo apresentado é resultado de uma pesquisa do tipo exploratória e documental e inclui métodos e análises quantitativas e qualitativas, já que, segundo Günther (2006), são abordagens que podem complementar-se em pesquisas das ciências humanas:

Enquanto participante do processo de construção de conhecimento, idealmente, o pesquisador não deveria escolher entre um método ou outro, mas utilizar as várias abordagens, qualitativas e quantitativas que se adequam à sua questão de pesquisa. Do ponto de vista prático existem razões de ordens diversas que podem induzir um pesquisador a escolher uma abordagem, ou outra (GÜNTHER, 2006, p.207).

Entre essas razões que ele afirma induzir a escolha, está o objetivo da pesquisa. A escolha do método nesta pesquisa está de acordo com a finalidade dela que é: conhecer as características sócio-econômicas, as condições de saúde e as principais políticas públicas acessadas pelos usuários que realizaram o primeiro atendimento entre janeiro de 2010 e março de 2011 no Projeto Com-Vivência. Também há os seguintes objetivos específicos:

- verificar a situação dos usuários do PCV em sua realidade social e econômica;
- identificar situações em que são detectadas dificuldades de adesão ao tratamento antirretroviral;
- conhecer os principais encaminhamentos realizados pelos profissionais do PCV;
- identificar formas de encaminhamento do PCV para a rede de serviços e desta para o Projeto.

O método quantitativo é caracterizado “pela quantificação tanto na coleta quanto no tratamento das informações, (...) com o objetivo de garantir resultados e evitar



distorções de análise e de interpretações” (DIEHL, 2004, p.51). Já a análise qualitativa possibilita a descrição da complexidade de determinado problema, auxilia na compreensão e classificação dos processos vividos pelos usuários e possibilita o entendimento das particularidades do comportamento destes sujeitos (DIEHL, 2004).

Assim, nos dados sócio-demográficos e de saúde, coletados a partir da ficha de acolhimento dos usuários do Projeto Com-Vivência, utilizou-se o método quantitativo. Também se utilizou o método qualitativo para a compreensão da realidade social em que o objeto da pesquisa está inserido a partir de um referencial teórico e de experiências vividas em campo durante o período de estágio da pesquisadora.

A pesquisa possui caráter exploratório, tendo em vista que não há pesquisas recentes com o intuito de caracterização dos usuários do PCV. Segundo Gil (2009):

Pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato. Este tipo de pesquisa é realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis (GIL, 2009, p.27).

O caráter documental vem da fonte de dados utilizada na pesquisa. Para isso foi utilizado o conjunto de instrumentos dos usuários do PCV, que consiste em uma pasta com todos os roteiros de entrevistas e instrumentos aplicados durante os atendimentos psicossociais. Esse conjunto de instrumentos contém o roteiro que o profissional utilizou durante seu atendimento, podendo ser: roteiro de acolhimento, pré ou pós-teste anti-HIV, pré TARV, acolhimento na enfermaria, atendimento ao cuidador de PVHA, entre outros. Importante ressaltar que esse instrumento ainda não é informatizado, mas impresso, o que causa danos às folhas, e algumas fichas acabam se perdendo.

No primeiro momento, foi realizado o levantamento dos usuários que realizaram seu primeiro atendimento entre janeiro de 2010 e março de 2011. Esse levantamento foi efetivado manualmente a partir do arquivo de cada paciente, que contém todas as datas em que o usuário esteve no PCV, seus dados pessoais, os instrumentos que foram utilizados pelos profissionais durante os atendimentos e todas as evoluções. Foram encontrados 72 pacientes que receberam o primeiro atendimento dentro do tempo estipulado que tiveram seus nomes e números de prontuários computados para o segundo momento da pesquisa, que se deu a partir do preenchimento de um instrumento de roteiro para coleta de informações com cada ficha a partir dos seguintes itens divididos em três eixos.

Questões sócio-econômicas:

- data de acolhimento;
- sexo;
- idade;
- ocupação;
- renda do usuário;
- escolaridade;
- estado civil;
- composição familiar;
- condições habitacionais (casa própria, alugada, emprestada...?);
- Região Administrativa onde mora.

Questões relacionadas à saúde:

- O usuário é assintomático ou já esteve alguma vez no quadro de AIDS?
- O usuário está em uso de ARV?
- O tempo de TARV;
- Há relatos de falta de adesão em alguma fase do tratamento?
- O tempo de diagnóstico.

Relação PCV e acesso às políticas públicas

- Que tipos de serviço o usuário vem acessando na rede pública?
- A forma de encaminhamento ao PCV;
- Por que procurou o serviço? Quais são as demandas explícitas e as demandas implícitas identificadas no decorrer dos atendimentos?
- Quais são os encaminhamentos dos profissionais do PCV? De que forma se dão?
- Para onde o usuário foi encaminhado?
- Que profissional realizou o acolhimento?
- Outros dados relevantes (questões sobre: relação familiar, questão do âmbito de trabalho, dificuldades de adesão ao ARV, relação com a rede, entre outros).

Das 72 fichas levantadas no primeiro momento, apenas 63 foram localizadas no momento de preenchimento do roteiro, já que algumas haviam desaparecido dentro do Com-Vivência. Este foi um grande dificultador para a efetuação da coleta de dados. Outras eram pré-testes de pessoas que receberam o diagnóstico negativo para HIV, assim, não receberam outro atendimento, e não foi efetuado nenhum encaminhamento pelo profissional.

Sobre o fato de algumas fichas não terem sido encontradas no segundo momento da pesquisa, é necessário que se faça uma pequena reflexão acerca de alguns pontos. O primeiro deles é que as fichas do PCV não são informatizadas, assim como os prontuários médicos do HUB. Deste modo, o preenchimento das fichas, dos outros instrumentos e das evoluções que agregam esse instrumento – assim como o seu arquivamento – deve ser organizado para que evite a sua perda e possíveis danos. Como as fichas também foram procuradas no arquivo morto do Projeto, conclui-se que elas realmente não se encontravam no lugar correto, o que consiste em um grande problema quando consideramos a questão do sigilo preconizado pelo Código de Ética do Assistente Social.

Porém, sabe-se que esse não é um problema apenas do Com-Vivência. Este desafio está posto ao HUB como um todo, já que o mesmo não conta com um sistema de documentação, registro e arquivamento informatizado. Durante a pesquisa para desenvolver a sua dissertação de mestrado, Santos (2011) efetivou parte da sua coleta de dados no mesmo hospital e relata: “Portanto, foram solicitados 29 prontuários para análise, porém, 28 foram analisados, pois um não foi encontrado pelo Sistema de Arquivo do HUB” (SANTOS, 2011).

Durante o período de estágio, foi observado que nem todas as informações do conjunto de instrumento são respondidas, o que resultou em um forte obstáculo na coleta de dados. Para evitar que a análise final fosse comprometida, para cada variável de estudo, foi feita a contagem de sujeitos que responderam a questão na sua ficha de acolhimento, e calculou-se a porcentagem final em cima deste número de respondentes.

Após as informações de todas as fichas selecionadas serem estudadas, os dados foram sistematizados em intervalos de valores que puderam abarcar da melhor forma os dados coletados. Houve então a produção de tabelas utilizando modelos que facilitaram a visualização dos dados, assim como sua análise.

Depois de os dados estarem organizados, realizou-se a sua análise e a elaboração do relatório de pesquisa, que resultou neste Trabalho de Conclusão de Curso.

Procurou-se durante todo o processo garantir o sigilo profissional preconizado pelo Código de Ética do Assistente Social no seu Capítulo V (CFESS, 1993).

### **Análise e Discussão dos Dados**

A amostra se constituiu de 63 usuários que deram início ao acompanhamento psicossocial no Projeto Com-Vivência entre janeiro de 2010 e março de 2011. Em

nenhum item houve resposta de todos os sujeitos da pesquisa, já que muitas fichas estavam incompletas.

O resultado será apresentado a partir dos três eixos citados acima.

### Questões Sócio-econômicas

Dentre os 63 acolhimentos, apenas um estava sem resposta. Foi encontrado o seguinte resultado: 71% eram homens, e 29% eram mulheres. Esse resultado está de acordo com o perfil epidemiológico divulgado pelo Ministério da Saúde (2010) em que, dos 592.914 casos acumulados no Brasil desde 1980, cerca de 65% (385.818) são incidentes em homens contra 35% (207.080) em mulheres. Dos casos registrados em 2009, cerca de 60% eram de homens. Apesar de a doença ser mais predominante entre a população masculina, o que se tem observado é o aumento de mulheres infectadas. Segundo Trindade e Schiavo (2001):

As mulheres ainda não estão conscientes dos riscos a que estão expostas nas relações sexuais, desta forma, o HIV se torna algo distante da vida dessas mulheres, fazendo com que elas assumam um comportamento despreocupado frente a prevenção, em contrapartida, valorizem outros elementos como a manutenção dos laços afetivos e o bem estar na relação (TRINDADE, SCHIAVO, 2001, p.21).

Os autores ainda trazem que, a cada ano, a razão entre os sexos vem diminuindo, conforme demonstrado nos boletins epidemiológicos (BRASIL, 2010): uma mulher para cada 24 homens em 1985 e uma mulher para cada dois homens em 1999. Essa mudança recebe o nome de feminização da doença.

Como será apresentado na seqüência, cerca de 30% dos encaminhamentos para o PCV são do Quero Fazer<sup>1</sup>, que realiza testes rápidos em lugares com alta presença de homossexuais, como bares e boates mais freqüentadas por eles. Assim, isso provavelmente foi um fator que influenciou esse alto número de homens atendidos no ano de 2010.

Tabela 1. Perfil sócio-econômico dos participantes

Características		N	%
Sexo (n=62)	Homens	44	71 %
	Mulheres	18	29 %

<sup>1</sup> O Projeto Quero Fazer proporciona o teste rápido anti-HIV gratuitamente em locais de lazer movimentados, como boates, bares etc. As pessoas diagnosticadas positivamente para o HIV são encaminhadas para os serviços de referência em HIV/AIDS.

	Até 20	6	10 %
	21 a 30	22	38 %
	31 a 40	14	24 %
Idade (n=58)	41 a 50	8	14 %
	51 a 60	5	9 %
	61 a 70	2	3 %
	Mais que 70	1	2 %
	Solteiro(a)	32	55 %
	Casado(a)	7	12 %
Estado civil (n=58)	Divorciado(a)	9	16 %
	Viúvo(a)	4	7 %
	Vive com companheiro(a)	6	10 %
	< 1 sm	3	10 %
	1 sm	4	15 %
	2 sm	13	46 %
Renda (n=29)	3 sm	3	10 %
	4 sm	1	3 %
	6 sm	3	10 %
	8 sm	1	3 %
	> 10 sm	1	3 %
	Analfabeto	1	2 %
	1º grau incompleto	6	11 %
	1º grau completo	7	13 %
Escolaridade (n=54)	2º grau incompleto	7	13 %
	2º grau completo	15	27 %
	Superior incompleto	9	17 %
	Superior completo	9	17 %

A média de idade foi de 34,5 anos, sendo a menor idade 16 anos e a maior, 73. Neste quesito, apenas quatro fichas estavam sem resposta. A percentagem dos intervalos das idades é apresentada na tabela acima.

No boletim epidemiológico de 2010 (Brasil, 2010), foi encontrado o seguinte: o intervalo de 30 a 49 anos foi o que mais registrou incidência em HIV. O resultado encontrado nessa pesquisa discorda deste dado, já que os adultos (de 31 a 50 anos) somam 38% dos usuários. Em outra pesquisa, também realizada no Com-Vivência por Santos (2011), que realizou sua coleta de dados com pacientes com relatos de falta de adesão ao tratamento antirretroviral, 50% dos pacientes têm idade entre 29 e 39 anos.

Em relação ao estado civil, importante dado para a pesquisa, já que no contexto de HIV/aids é muito relevante a relação da vida sexual com tratamento do usuário e prevenção de transmissão, 58 fichas de acolhimento tinham esse item preenchido.

Na ficha de acolhimento, há uma diferenciação entre “casado (a)” e “viver com companheiro (a)”, já que no primeiro há a formalização da união do casal.

Há um alto número de solteiros (55%), o que necessita de uma análise mais profunda, como, por exemplo, saber qual a orientação sexual destes sujeitos. Porém, esse dado não é preenchido com frequência na ficha de acolhimento e muitas vezes é respondido incorretamente, já que os profissionais dificilmente perguntam ao usuário qual a sua orientação sexual, mas tentam inferir do comportamento ou das falas dele, o que retrata uma falta de preparo para lidar com homossexuais ou falta de habilidade ou vínculo para obter esta informação.

Outro fator que pode ter influenciado este resultado é, novamente, o alto número de atendimentos provenientes do Quero Fazer, que realiza o teste em boates e bares, abarcando mais a população solteira.

Esses dados divergem dos encontrados por Santos (2011) cuja amostra de sujeitos que relatavam falta de adesão obteve o resultado de 39,3% de casados e 32,1% de solteiros.

A renda dos usuários foi calculada em salários mínimos, de acordo com o que era encontrado em cada ficha. A média foi de 2,7 salários mínimos e 34 fichas estavam sem resposta. Entre os 30 acolhimentos que estavam com esse item respondido, três (10%) declaravam estar sem renda nenhuma. Como é observado na tabela 1, que apresenta as percentagens encontradas entre os que possuem renda, quase metade dos usuários recebem apenas 2 salários mínimos.

Segundo Carvalho, Santos & Seidl (*apud* SANTOS 2011), além da renda, também são pontos que influenciam a adesão do paciente ao tratamento médico e medicamentoso: condições precárias de moradia, ausência de trabalho e dificuldades para realizar consultas. Assim, a renda é um fator importante para a condição de saúde do paciente.

Porém a questão de renda vai muito além da adesão ao tratamento, ela afeta diretamente o acesso à saúde em geral, assim como trabalho, alimentação, educação, moradia, transporte, entre outros fatores que influenciam diretamente a condição de saúde do usuário.

Além disso, há alguns benefícios que o usuário poderá receber do INSS que possuem caráter restritivo em relação à renda. O BPC, por exemplo, se encaixa entre eles.

O Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social funciona no país desde 1993 e é um direito previsto na Constituição Federal de 1988. Também é regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). O BPC garante um salário mínimo mensal a pessoas que se encaixem em um destes requisitos:

- 1) possuam algum tipo de deficiência que as impeça de ter uma vida independente ou de trabalhar e comprovem não ter como garantir seu sustento e nem tê-lo garantido pela sua família.
- 2) ser idoso com mais de 65 anos que comprove não ter como garantir seu sustento e nem tê-lo garantido pela sua família.

Independentemente do caso, é necessário que a renda mensal bruta familiar *per capita* seja inferior a um quarto do salário mínimo e não é necessário ter contribuição prévia para o sistema de seguridade social.

Santos (2011) aponta a realidade da relação BPC x HIV:

Na sua organização, o BPC não consiste em direito para as pessoas vivendo com HIV. Porém, existe um histórico de alguns portadores que já conseguiram ter acesso ao BPC, ou por ter alguma seqüela de infecção oportunista que caracterizou uma deficiência característica ou por ter conseguido “passar” pela perícia médica do INSS. Dessa forma, o BPC é solicitado por várias pessoas portadoras do HIV, que em sua maioria tem nenhuma fonte de renda, mas que não atendem aos critérios de elegibilidade quanto à situação de deficiência (SANTOS, 2011, p.41-42).

Outro benefício restritivo quanto à renda é o Passe Livre Estadual, direito dos portadores de HIV que tenham renda familiar mensal *per capita* de até um salário mínimo. Esse Passe Livre isenta o pagamento de passagens de ônibus que circulem pelo Distrito Federal.

O nível de escolaridade entre os 54 respondentes é consideravelmente alto, como é apresentado na tabela acima. Apenas uma pessoa se diz analfabeta, enquanto 15 possuem o 2º grau completo.

A média de escolaridade relativamente alta que se encontrou difere-se do encontrado por Brito, Castilho e Szwarcwald (2001):

Houve expressiva mudança no perfil da escolaridade dos casos notificados entre adultos e adolescentes. A totalidade dos casos de AIDS, com escolaridade conhecida, diagnosticados até 1982, apresentava nível superior ou médio; já em 1985, o percentual deste grupo alcançou 76%, enquanto apenas 24% dos casos eram analfabetos ou cursaram os primeiros quatro anos do ensino fundamental. Nos anos subseqüentes, houve tendência

progressiva de aumento no registro de casos em indivíduos com menor grau de escolaridade, observando-se em 1999/2000, entre os casos com escolaridade informada que, 74% eram analfabetos ou haviam completado o ensino fundamental, e apenas 26% apresentavam mais de 11 anos de escolaridade ou curso superior (BRITO, CASTILHO E SZWARCOWALD, 2001, p.212).

Os mesmos autores afirmam que a escolaridade é um fator importante para os cuidados com a saúde e com o tratamento, sendo que baixa escolaridade é fator significativo para abandono de tratamento (Brito, Castilho e Szwarcwald, 2001).

Sobre a ocupação dos usuários, 13% estavam desempregados. Seis fichas estavam com esse item em branco. A tabela a seguir apresenta todas as profissões exatamente como foram encontradas nas fichas e as suas respectivas freqüências.

Tabela 2. Profissão dos usuários ( $n = 57$ )

<b>Profissão</b>	<b>N</b>
Açougueiro	1
Advogado	1
Aposentado	2
Autônomo	1
Auxiliar administrativo	1
Bancário	1
Brigadista	1
Cabeleleiro	4
Caminhoneiro	1
Cozinheiro	2
Decorador	1
Diarista	1
Do lar	2
Estudante	4
Frentista	1
Funcionário público	2
Gerente	4
Jornalista	1
Panfletador	1
Porteiro	2
Profissional do sexo	1
Professor	4
Relações públicas	1
Seminarista	1
Técnico administrativo	1
Mecânico	1
Vendedor	3
Flanelinha	1



Quanto à localidade da residência dos usuários, 56 usuários responderam essa questão no seu acolhimento. Destes, 44 (78,5%) são moradores do DF, e 12 (21,5%) residem em outros estados, como apresenta a tabela abaixo.

Tabela 3. Cidade de residência dos usuários (n = 56)

<b>Cidade</b>	<b>N</b>
Águas Claras	2
Asa Norte	4
Asa Sul	1
Ceilândia	4
Gama	3
Guará	1
Itapuã	1
Paranoá	6
Park Way	1
Planaltina	1
Recanto das Emas	2
Samambaia	2
Santa Maria	4
São Sebastião	1
Situação de rua	1
Sobradinho	2
Sudoeste	1
Taguatinga	5
Valparaíso	1
Vila Planalto	1
<b>Entorno</b>	
São Francisco – MG	1
Novo Gama – GO	2
Luziânia – GO	3
Formosa – GO	2
Cidade Ocidental – GO	3
Águas Lindas – GO	1

Segundo Santos (2011), a relação entre ocupação e o local de residência dos usuários influencia diretamente na adesão ao tratamento. O paciente que reside longe do local de tratamento e possui uma realidade de desemprego ou baixa renda nem sempre tem recursos financeiros disponíveis para se locomover até o hospital, o que influencia negativamente a adesão ao tratamento como um todo.

O paciente que vive com HIV/aids tem direito ao Passe Livre Estadual, mas, como podemos observar neste quadro, existem pacientes que moram até em outros estados e necessitam ir ao hospital para serem atendidos. Assim, é posto mais um obstáculo para estes pacientes que buscam um serviço de qualidade.

### Questões relacionadas à situação de saúde

Em relação ao tempo de diagnóstico, a maioria dos pacientes recebeu o diagnóstico há menos de um ano, sendo que o menor tempo de diagnóstico foi de um dia, e o que descobriu o vírus há mais tempo foi de 14 anos. A tabela abaixo apresenta as porcentagens e as frequências encontradas.

Tabela 4. Perfil clínico dos usuários

Características		<i>n</i>	%
Tempo de diagnóstico ( <i>n</i> =51)	Até 1 mês	16	31 %
	De 1 mês a 1 ano	20	39 %
	De 1 a 2 anos	6	12 %
	De 2 a 3 anos	3	6 %
	De 3 a 5 anos	3	6 %
	De 5 a 7 anos	1	2 %
	Mais de 7 anos	2	4 %
Internação por infecção oportunista ( <i>n</i> =56)	Sim	16	29 %
	Não	40	71 %
TARV ( <i>n</i> =58)	Sim	39	67 %
	Não	19	33 %
Tempo de TARV ( <i>n</i> =27)	< 1 mês	10	37 %
	De 1 a 6 meses	9	33 %
	De 7 meses a 1 ano	3	11 %
	De 1 a 5 anos	4	15 %
	> 5 anos	1	4 %
Falha de adesão ( <i>n</i> =31)	Sim	17	54,83 %
	Não	14	45,17 %

Em relação à internação por infecção oportunista, obtivemos o seguinte dado: 71% (*n*=40) dos pacientes, entre os 56 que responderam esse item, estavam

assintomático, como mostra a tabela acima. Isso significa que nunca tiveram uma doença oportunista, que caracteriza o quadro de AIDS.

Na pesquisa realizada por Santos (2011), a partir dos prontuários médicos, 60,7% dos usuários já tiveram internações causadas por doenças oportunistas, caracterizando o quadro de AIDS.

Esses dados contrastam-se bastante. Podemos concluir que esse resultado diverge devido ao fato de a amostra utilizada por Santos ser apenas de pessoas com relato de falta de adesão. Porém, podemos refletir sobre a questão de tantas pessoas estarem nesse estado assintomático devido ao pequeno tempo de diagnóstico, como será colocado mais abaixo, ou pelo baixo número de relatos de falta de adesão desta amostra.

Em relação ao tratamento antirretroviral, entre os 58 que responderam essa questão, 67% (n=39) estavam em tratamento antirretroviral. O tempo de tratamento se concentra em um ano, já que muitos vieram do projeto Quero Fazer já citado acima, o que acarreta em diagnósticos recém-apresentados. Assim, muitos estão iniciando o TARV.

Outro resultado encontrado: entre 31 respondentes, 54,83% (n=17) não relatam falha de adesão ao tratamento, contra 45,17% (n=14) que tiveram alguma intervenção relacionada a dificuldades de adesão.

A adesão ao tratamento é uma das principais demandas do PCV. Sendo uma doença crônica, a PVHA terá que tomar remédios pela vida toda. Diversos fatores afetam a adesão, como alguma questão psicológica, problemas na família, no emprego, ou até mesmo a ausência de sintomas, já que, quando o paciente reconhece a necessidade do remédio, acaba abandonando o tratamento.

### **Encaminhamentos realizados do Com-Vivência à rede de políticas públicas**

Dos acolhimentos realizados, 27% (n=15) deles foram realizados apenas por uma assistente social do Projeto Com-Vivência. Essa alta quantidade de atendimentos do Serviço Social reflete um problema que estava sendo vivenciado pelo Projeto durante o ano de 2010, em que os psicólogos não cumpriram seus contratos até o tempo estabelecido devido a novas propostas de trabalho. Isso resultou em um número menor de atendimentos da Psicologia. Atualmente há duas psicólogas no Projeto Com-Vivência, uma coordenadora e outra que está na equipe desde o início de 2011. Nesta atual equipe, o problema encontra-se solucionado.

A Assistente Social esteve presente em 54% do total dos atendimentos. Já a Psicóloga esteve em 38% deles. Em apenas 8% dos atendimentos, não havia nenhum

profissional graduado, sendo realizados apenas por estagiários. Esses estudantes estavam a mais de um semestre no campo e eram supervisionados diariamente, compartilhando os casos que atendiam sem algum profissional graduado e discutindo com a orientadora e a equipe do Projeto. A tabela abaixo apresenta os atendimentos realizados no Projeto.

Tabela 5. Profissional que realizou o acolhimento e forma de encaminhamento ao PCV

	<b>Características</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Profissional que realizou o acolhimento (n=57)	Assistente Social	15	27 %
	Psicóloga	10	17 %
	Psicóloga e Estagiário de Psicologia	9	16 %
	Assistente Social e Estagiário de Serviço Social	8	14 %
	Assistente Social e Estagiário de Psicologia	7	13 %
	Psicóloga e Estagiário de Serviço Social	3	5 %
	Estagiário de Psicologia	3	5 %
	Estagiário de Psicologia e de Serviço Social	2	3 %
Encaminhamento ao PCV (n=55)	Caps	1	2 %
	Centro de Saúde	5	9 %
	CREAS Planaltina	1	2 %
	CTA	2	4 %
	Demanda Espontânea	11	20 %
	Hospitais Regionais	5	9 %
	Serviço Particular	1	2 %
	Policlínica de Taguatinga	5	9 %
	HUB (encaminhamento interno)	6	11 %
	Quero Fazer	17	30 %
Sedest	1	2 %	

A forma de encaminhamento do usuário até o PCV é bastante diversificada. Dentre as 55 respostas, a maioria dos pacientes veio do Quero Fazer e por iniciativa própria, como apresenta a tabela acima.

O Quero Fazer é uma parceria do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, das Agências dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID/Brasil) e da Associação Espaço de Prevenção e Atenção Humanizada (EPAH), que possuem linhas programáticas que estão em

consonância com os objetivos do “Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e das DST entre Gays, Homens que fazem sexo com Homens (HSH) e Travestis” do Governo brasileiro e também com as prioridades e estratégias da USAID no Brasil em HIV/aids.

O Quero Fazer está presente em Brasília, Recife, Rio de Janeiro e São Paulo e promove ações de ATV (aconselhamento e testagem voluntária), um processo que integra o teste anti-HIV com o pré e o pós-teste, realizado dentro de um trailer que estaciona em lugares badalados da cidade para que as pessoas possam fazer a testagem sorológica. Para o teste é utilizada a tecnologia do teste rápido, que utiliza no máximo duas gotas de sangue e apresenta o laudo rapidamente. O processo todo é reconhecido pelo Ministério da Saúde, dura aproximadamente uma hora, contando pré e pós-teste, e é tão seguro quanto os testes convencionais realizados em laboratórios.

As equipes do Quero Fazer são compostas por profissionais dos serviços de saúde da região em que atuam em todos os processos do ATV. Além desses profissionais, há também os educadores de pares, que trabalham na divulgação da testagem e nas ações de prevenção e acolhimento ao serviço.

Os Centros de Saúde que encaminharam pacientes para o Com-Vivência foram os do Gama, Paranoá e Planaltina. Os do CTA foram os da rodoviária e de Formosa. Os Hospitais Regionais foram: Samambaia, Gama, Paranoá e Santa Maria. Os encaminhamentos do HUB são provenientes de internações na clínica médica do hospital, onde a pessoa recebe o diagnóstico e depois da alta continua seu tratamento ambulatorial ou de gestantes do pré-natal, que realizam o teste antes do parto.

Em relação às demandas dos pacientes, um fato chama bastante atenção. Em geral, as demandas explícitas são bastante simples e técnicas, como pré ou pós-teste, uma dúvida em relação a algum benefício, ou mesmo apenas a procura do Projeto para que haja o encaminhamento ao médico. Ao analisarmos as demandas implícitas, é possível observar que muitos desses acolhimentos se desdobram em vários outros atendimentos e diversos encaminhamentos para que seja solucionado o problema do usuário que, no primeiro momento, camuflava essa real necessidade atrás de um simples atendimento.

Em relação aos encaminhamentos realizados pelos profissionais, a maioria são direcionados para atendimento médico de doenças infecto-parasitárias, ou relacionados a demandas da vivência com HIV/aids, como adesão, psicoeducação, situação de preconceito, dificuldades em aceitar o diagnóstico e benefícios de pessoas soropositivas. Em alguns casos observamos o encaminhamento aos CAPS-AD ou para ONGs relacionadas ao HIV/aids.

## Considerações Finais

Este estudo apresentou como objetivo principal conhecer a situação social, econômica e de saúde das pessoas que vivem com HIV/aids e fizeram seu primeiro atendimento entre janeiro de 2010 e março de 2011 no Projeto Com-Vivência, tendo como horizonte contribuir para que o agir e as ações cotidianas dos profissionais sejam balizados no conhecimento dos usuários, e com isso fortalecer e garantir a realização de um processo de trabalho em saúde pautado na humanização e na garantia de direitos.

A caracterização sócio-econômica aponta para um perfil de maioria masculina e solteira, com idade entre 21 e 30 anos, com renda de até dois salários mínimos e que freqüentaram a escola até o final do segundo grau. A maioria dos atendimentos é de usuários do DF, mas 22% são do entorno. A partir destes resultados, é possível traçar novos planos para atendimento destes usuários, propondo-se trabalhos para pessoas em idade reprodutiva e com baixa renda, por exemplo, o que implica novos trabalhos para o PCV.

Em relação às questões de saúde, 39% dos usuários receberam diagnóstico de HIV entre um mês e um ano, apontando para uma necessidade de atendimento com foco sócio-educativo, para solucionar dúvidas quanto à doença, ao tratamento e ao viver com HIV/aids. Ainda neste contexto, 71% nunca foram internados devido à infecção oportunista, o que representa um baixo número de casos de AIDS, podendo inferir que há uma boa adesão destes pacientes, lembrando-se que 67% dos usuários estão em uso de tratamento antirretroviral, e 37% tiveram esse tratamento iniciado há menos de um mês, demonstrando que, durante o período estudado, a maioria dos pacientes está no início da vivência com o diagnóstico e no começo do tratamento médico e medicamentoso.

Essas informações apontam para um caminho que pode ser seguido pela equipe do Com-Vivência na busca de focalizar melhor suas ações abrangendo a maioria dos pacientes usuários do Projeto. Assim, além do trabalho se tornar mais atrativo para o seu público, os profissionais estarão cumprindo o seu dever de universalizar e integrar o atendimento no PCV.

Em 30% dos acolhimentos, o encaminhamento ocorreu pelo Projeto Quero Fazer, que realiza testes rápidos pela cidade, evidenciando o porquê de tantos pacientes com resultados recentes e em início de tratamento. A partir daí os profissionais poderiam propor atividades focadas neste grupo, que se revela ser uma grande parcela dos usuários do PCV.

Os principais desafios encontrados durante a coleta de dados deste estudo são em relação à organização dos instrumentais no âmbito do PCV, já que estes não são informatizados. Também houve dificuldades para coleta de dados devido ao não preenchimento de questões do acolhimento.

Para estudos futuros, propõe-se aprofundamento na questão dos usuários recém-diagnosticados para HIV, para realização de ações focadas para este grupo que possui demandas específicas. A questão da rede de apoio no DF para as pessoas que vivem com HIV/aids também é um ponto que merece um aprofundamento em relação a questões como suprir as demandas destes sujeitos e as relações entre os centros de referência em HIV/aids.

Em relação à equipe do PCV e ao papel do assistente social inserido nesta equipe, os Parâmetros para a Atuação do Assistente Social na Saúde, publicados pelo CFESS em 2010, afirmam que em geral as ações que este profissional mais realiza são as ações sócio-assistenciais, as ações de articulação interdisciplinar e as de caráter sócio-educativo, integrando umas às outras, de modo que se complementem e se articulem entre si. A partir destes pontos, pode-se refletir sobre os principais desafios para o Serviço Social dentro do PCV relacionando-o com a equipe interdisciplinar. É necessário que o assistente social tenha presente em seu trabalho ações que contribuam no acesso aos direitos, de modo articulado e fundamentado nos princípios preconizados na Reforma Sanitária e do próprio SUS. Também se faz importante ter clareza das particularidades da ação profissional na saúde e de modo especial no Com-Vivência, considerando-se as mediações necessárias na defesa de princípios ético-políticos, incorporados no código de ética profissional, e os limites e as competências no exercício profissional e suas garantias legais.

Contudo, na finalização deste trabalho, é importante enfatizar o profícuo aprendizado com a realização deste TCC, bem como o processo vivenciado, seja como estagiária ou bolsista, no Projeto Com-Vivência. Que este trabalho tenha contribuído de alguma forma com o PCV. E que a luta contra o preconceito e a busca do direito à saúde do soropositivo sejam sempre a força que move o agir profissional de toda a equipe do Com-Vivência.

### Referências Bibliográficas

AGUIAR, Zenaide. **Antecedentes históricos do Sistema Único de Saúde (SUS) – breve história da política de saúde no Brasil**. In: Aguiar, Zenaide. SUS: Antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. São Paulo, Martinari, 2011.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988**. Disponível em: <www.senado.gov.br>. Acesso em: 5 out. 2011.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Saúde, 8ª, 1986. Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1987.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **HIV nos tribunais**. Brasília, 1995

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Acesso universal no Brasil: cenário atual, conquistas, desafios e perspectivas**. Brasília, 2010.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Direitos humanos e HIV/AIDS: avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil**. Brasília, 2008a.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e AIDS**. Brasília 2008b.

\_\_\_\_\_, Ministério de Educação e Cultura. **Plano Nacional de Extensão Universitária**, 2001.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. In. MOTA, Ana Elisabete (et al) Orgs. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. ABEPSS/OPAS, 2006.

BRITO, Ana Maria de; CASTILHO, Euclides Ayres de; SZWARCOWALD, Célia Landmann. **AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada**. Rev. Soc. Bras. Med. Trop., Uberaba, v. 34, n. 2, Apr. 2001. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0037-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-)



86822001000200010&lng=en&nrm=iso>. acessos em 10 out. 2011. doi: 10.1590/S0037-86822001000200010.

CAMPOS, Gastão Vagner de Sousa e AMARAL, Márcia Aparecida do. **A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital.** *Ciência & Saúde Coletiva* [on line]. 2007, vol.12, n.4, pp. 849-859.

CARVALHO, Gilson de. **Vinte anos de SUS-cesso na conquista do direito à Vida-Saúde do brasileiro.** 2008.

CECILIO, L. C. O. **As necessidades de saúde como conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Eqüidade na Atenção à Saúde.** LAPPIS - Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade em Saúde. Rio de Janeiro: ENSP, 2004. Disponível em: <www.lappis.org.br>. Acesso em: 13 out. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde,** 2010. Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_Atuaacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_Atuaacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf)>. Acesso em: 17 de outubro de 2011.

\_\_\_\_\_. **Carta de Maceió, Seguridade Social pública: é possível!** In: ENCONTRO NACIONAL CFESS/CRESS, 26. *Anais...*, Maceió, 2000.

DELATTRE, P. **Investigações Interdisciplinares.** Objectivos e dificuldades. Em Pombo, O., Guimarães, H., & Levy, T. (Orgs.), *Interdisciplinaridade: Antologia* (pp.279-298). Porto: Campo das Letras – Editores, S.A. 2006.

DIEHL, Astor Antonio; Tatim, Denise Carvalho. **Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas.** São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2004.

ELIAS, Paulo Eduardo. **Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo.** São Paulo Perspec., São Paulo, v. 18, n. 3, Sept. 2004. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-88392004000300005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392004000300005&lng=en&nrm=iso)>. Access on 30 Nov. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-88392004000300005>.

ESCOREL, Sarah. **História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária.** In: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil (Giovannella, Escorel, Lobato, Noronha, Carvalho, orgs), Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo; EDLER, Flávio Coelho. **As origens da Reforma Sanitária e do SUS.** In: Nísia T. Lima; Silvia Gerschman; Flávio C. Edler; Julio M. Suárez. (Org.). Saúde e Democracia. História e Perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

ETGES, N. J. **Produção do conhecimento e interdisciplinaridade.** In: Plano de extensão universitária Educação e Realidade. 1993.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas da pesquisa social.** 6.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GÜNTHER, H. **Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão?** Psicologia, Teoria e Pesquisa, 2006.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA. **Plano Operativo Anual do Hospital Universitário de Brasília,** 2009.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Projeto Profissional, Espaços Ocupacionais e Trabalho do Assistente Social na Atualidade.** Atribuições Privativas do (a) Assistente Social Em questão. Brasília: CFESS, 2002.

LIMA, Nísia Trindade; FONCESA, Cristina M. O.; HOCHMAN, Gilberto. **A Saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em Perspectiva Histórica.** In: Nísia T. Lima; Silvia Gerschman; Flávio C. Edler; Julio M. Suarez. (Org.). Saúde e Democracia. História e Perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

LOPES, Marcos Venícios de Oliveira; FRAGA, Maria de Nazaré Oliveira. **Pessoas vivendo com HIV: estresse e suas formas de enfrentamento.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 6, n. 4, out. 1998 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-)

11691998000400010&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 out. 2011. doi: 10.1590/S0104-11691998000400010.

MATTOS, R. A. **Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde**. In: E. Pinheiro & R.A. Matos (Orgs.), *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde* (pp. 45-59). Rio de Janeiro: UERJ/MS/ABRASCO, 2003

MIOTO, Regina Célia, NOGUEIRA, Vera M. R. **Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde**. In: MOTA, Ana Elisabete et al. (Orgs.) *Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional*. Abepss/Opas, 2006.

MOTA, A. E. **Cultura da Crise e seguridade social**. São Paulo, Cortez, 1995.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. **Desafios atuais do sistema único de saúde-SUS e as exigências para os assistentes sociais**. In *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. p. 218 – 241.

OLIVEIRA, Priscila. **Serviço Social na enfermagem: Acolhimento aos usuários internados com HIV/aids no Hospital Universitário de Brasília**. Brasília: UnB, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Disponível em: <[http://www.who.int/hiv/data/2009\\_global\\_summary.png](http://www.who.int/hiv/data/2009_global_summary.png)> Acesso em: 14 out. 2011.

PAIM, Jairnilson Silva. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: FLEURY, Sonia (Org.) **Saúde e democracia: a luta do Cebes**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado de saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2001.

PROJETO COM-VIVÊNCIA. **Ações Integradas de Estudos e Atendimento a Pessoas Vivendo com HIV/AIDS e Familiares**. Brasília, 2011, 4 páginas.

SANTOS, Fabiana. **Abandono do tratamento antiretroviral e busca consentida de casos de pessoas vivendo com HIV/aids**. Brasília, UnB, 2011.

\_\_\_\_\_. **Dificuldades de adesão ao tratamento antiretroviral: perfil dos usuários e possibilidades de busca dos casos de abandono.** Brasília, UnB, 2007.

TAKAHASHI, R.F.; SHIMA, H.; SOUZA, M. **Mulher e AIDS: perfil de uma população infectada e reflexões sobre suas implicações sociais.** Rev. latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, v. 6, n. 5, p. 59-65, dezembro 1998.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. **Formulação e implementação de políticas públicas saudáveis: desafios para o planejamento e gestão das ações de promoção da saúde nas cidades.** Saúde soc., São Paulo, v. 13, n. 1, Apr. 2004. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902004000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000100005&lng=en&nrm=iso)>. access on 18 Oct. 2011.

TRINDADE, M. P.; SCHIAVO, M. R. **Comportamento sexual das mulheres em relação ao HIV/Aids.** Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis, 2001

VIEIRA, Denise; NEVES, Maria. **Mapeamento das competências organizacionais de um hospital universitário e de suas principais unidades.** Brasília, UnB, 2008.