



## INTERIORIZAÇÃO DO HIV/AIDS: análises gerais da epidemia no Estado da Paraíba

Autor: Milca Oliveira Clementino<sup>1</sup>. Coautor: Mayara Duarte Silva<sup>2</sup>. Orientador: Moema Amélia Serpa Lopes de Souza<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Email: milcaclementino@gmail.com. <sup>2</sup> Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Email: mayaradsilva@hotmail.com. <sup>3</sup> Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Email: serpamoema@gmail.com

**Resumo:** A epidemia do HIV/Aids continua avançando em todos os segmentos populacionais, apresentado complexidade no manejo da doença e na efetividade de prevenir novos casos. Desde a notificação dos primeiros casos no Brasil, na década de 1980, identificou-se gradativamente muitas conquistas no âmbito do enfrentamento da Aids, com destaque para a garantia de direitos sociais e tratamento gratuito através do Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar de todos os avanços, a doença continua a apresentar tendência de crescimento no país, demonstrando que muitos desafios de controle do vírus HIV, ainda persistem. Apresentando atualmente características como feminização, juvenização, envelhecimento, pauperização e interiorização, o HIV e a Aids continuam a exigir esforços de prevenção/tratamento, sobretudo em cidades de pequeno porte, que não dispõem de serviços especializados, e a população se encontra vulnerabilizada em vários aspectos da vida social. Partindo dessas constatações, o presente estudo de análise bibliográfico e documental, buscará discutir a interiorização do HIV/Aids no atual contexto da epidemia no Brasil. Nossas análises estão direcionadas para os dados quantitativos com análises qualitativas da realidade no Estado da Paraíba. A presente discussão parte dos estudos que vem sendo elaboradas acerca da problemática do HIV e da Aids, em um contexto marcado pela interiorização da doença, já comprovados pelos dados quantitativos elaborados pelo ministério da saúde e divulgados anualmente através do boletim epidemiológico HIV/Aids. Dessa forma, subsidiamos nossas análises em autores que discutem a interiorização da doença, e traremos dados quantitativos dos casos no Estado da Paraíba e a complexidade que envolve esse processo.

**Palavras-chave:** epidemia, Estado da Paraíba, interiorização do HIV/Aids.

### 1. INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), é uma doença que se manifesta em pessoas que contraíram o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Como qualquer outro agravo de saúde, a Aids envolve questões complexas de ordem social, política e econômica (SEFFNER; PARKER, 2016). Envolve ainda questões de ordem psicológica, com destaque para a aceitação, o preconceito, a exclusão social, dentre outros.

Os primeiros casos notificados da doença no Brasil se deram da década de 1980 nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro respectivamente. Atingiu inicialmente, homossexuais de alto poder aquisitivo e escolaridade elevada.



Profissionais do sexo e usuários de drogas ilícitas também estão entre os primeiros grupos a serem identificados com a doença. Este período é marcado pela omissão do poder público em ações que contivessem a expansão da doença, ocasionando a rápida propagação do vírus para outros segmentos populacionais tidos como “não vulneráveis”.

Ainda na década de 1980, o HIV/Aids avança tornando-se uma pandemia e exigindo por parte do poder público, ações mais articuladas e eficazes em torno do avanço e das problemáticas que acompanham a doença. Serviços e ações de prevenção e tratamento foram sendo criados como forma de fortalecer o controle do HIV e da Aids a nível nacional.

Ao longo de mais de três décadas do HIV/Aids no contexto brasileiro, evidencia-se que a doença ultrapassa fronteiras e destaca-se por afetar todos os indivíduos, apresentando, contudo particularidades e problemáticas diversificadas em determinados grupos específicos. Atualmente apresenta características como: feminização, juvenização, interiorização, envelhecimento e pauperização (SANTOS, 2005).

Uma das características atuais da doença, cujas análises abordaremos neste estudo, refere-se ao processo de interiorização do HIV/Aids<sup>1</sup>. Se na década de 1980, os casos estavam centrados nas grandes metrópoles, regiões centrais e cidades populosas do país, atualmente, caracteriza-se por afetar indivíduos que residem em pequenos municípios brasileiros, regiões não centrais (mais pobres), com poucos recursos financeiros, humanos e materiais no trato das questões que envolvem o HIV e a Aids.

Salientando a necessidade de estudos que considerem as atuais características apresentadas pela epidemia do HIV/Aids, suas dimensões e complexidades, o presente estudo, objetiva-se fazer uma análise geral do processo de interiorização do HIV/Aids, abordando as problemáticas e necessidades de ações de prevenção ao avanço da epidemia no contexto brasileiro, e particularmente abordando a realidade do Estado da Paraíba, cuja análises centrais estão direcionadas.

Partindo dessas questões mais gerais, e buscando direcionar nossas análises, o artigo estrutura-se em dois tópicos: no primeiro abordaremos o processo de interiorização do HIV/Aids, destacando o avanço da doença em nível nacional. No segundo, traremos dados

---

<sup>1</sup> O foco em tais análises justifica-se pelos atuais estudos desenvolvidos no processo de formação profissional em serviço social (atualmente estando vinculada ao mestrado acadêmico em serviço social, pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), cujo processo de investigação/pesquisa, em andamento, se propõe a analisar as demandas e respostas profissionais dos/as assistentes sociais que atuam nos serviços de assistência especializada em HIV/Aids do município de Campina Grande/PB em um contexto marcado pela interiorização e pauperização da doença.



quantitativos, objetivando mostrar o avanço da doença no Estado da Paraíba, e as problemáticas que acompanham o processo de interiorização, particularmente no referido Estado.

## **2. METODOLOGIA**

O presente estudo, caracteriza-se como uma pesquisa bibliográfica, que é desenvolvida a partir de materiais já elaborados, constituídos de livros, revistas e artigos científicos (GIL, 1999). Assim, utilizaremos livros e artigos que discutem a temática em questão, possibilitando o embasamento teórico necessário aos objetivos deste artigo. Lançaremos mãos das discussões trazidas, principalmente, por Seffner e Parker (2016); Reis et al (2008); Schossler et al, (2016); Grangeiro (2016); Santos (2005), acerca da epidemia do HIV/Aids e, particularmente do processo de interiorização da doença.

Caracteriza-se ainda como um estudo documental, nome genérico dado às fontes de informações bibliográficas que ainda não receberam organização, tratamento analítico, e /ou que não foram publicados (SANTOS, 2002), tendo em vista que analisaremos documentos divulgados pelo Ministério da Saúde através do Departamento de IST<sup>2</sup>/Aids, que possibilitarão o acesso aos dados quantitativos dos casos de infecção pelo HIV, a nível nacional e regional com destaque para os do Estado da Paraíba e, as iniciativas de enfrentamento da doença.

Possui uma abordagem crítico-dialética dos dados coletados, em que, partindo de uma totalidade, buscamos analisar um dado particular, consideramos ademais, a dinamicidade dessa realidade concreta, suas mediações e contradições.

## **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **3.1 INTERIORIZAÇÃO DO HIV/AIDS: algumas considerações**

O processo de interiorização da Aids demarca a expansão da doença em regiões não centrais do país, diferenciando do início da epidemia, cuja doença foi registrada nas regiões

---

<sup>2</sup> No final de 2016, o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais passou a adotar a nomenclatura “**IST**” (Infecções Sexualmente Transmissíveis) no lugar de “DST” (Doenças Sexualmente Transmissíveis). A justificativa consiste em que “a denominação ‘D’, de ‘DST’, vem de doença, que implica em sintomas e sinais visíveis no organismo do indivíduo. Já ‘Infecções’ podem ter períodos assintomáticas (sífilis, herpes genital, condiloma acuminado, por exemplo) ou se mantém assintomáticas durante toda a vida do indivíduo (casos da infecção pelo HPV e vírus do Herpes) e são somente detectadas por meio de exames laboratoriais” explicou a diretora do Departamento, Adele Benzaken (BRASIL, 2016b). (83) 3322.3222



centrais e mais populosas, exemplo de São Paulo e Rio de Janeiro. Assim, consideramos em nossas análises, o processo de interiorização como a expansão da doença em regiões não centrais do Brasil e de menor porte populacional.

A epidemia da Aids atinge cada vez mais populações de municípios distantes das principais áreas metropolitanas, populações que vivem em comunidades menos assistidas pelos programas, serviços e ações em saúde, expressando as dificuldades de prevenção e tratamento de doenças da população. O processo de interiorização do HIV/Aids aponta ainda, para a necessidade de estratégias de prevenção da doença, ou seja, de fortalecimento de ações no controle da disseminação do vírus.

O avanço e as transformações do perfil epidemiológico do HIV/Aids passou a exigir serviços especializados para atender as necessidades das pessoas vivendo com HIV/Aids:

As diretrizes da municipalização e regionalização dos serviços de saúde, fundamentadas na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde de 1996 (NOB-SUS/96) e nas Normas Operacionais de Assistência à Saúde de 2001 e 2002 (NOAS-2001/2002), respectivamente, incentivaram a organização e articulação dos serviços em nível local, buscando atender aos princípios básicos do sistema, de universalidade, integralidade e equidade. Esses serviços estruturam-se por níveis de atenção, que variam segundo suas densidades tecnológicas (REIS et al, 2008, p. 1220)

A organização dos serviços especializados<sup>3</sup>, contudo, ainda centrado nos grandes centros, impõe o desafio de garantir e possibilitar a necessária prevenção e indispensável acompanhamento a todos os segmentos que vivem com HIV/Aids. É nesse sentido que,

A centralização de unidades prestadoras de ações e serviços em HIV/AIDS confronta-se com a expansão geográfica da epidemia, traduzida pelo processo de interiorização. Os serviços de atendimento especializados, modalidade ambulatorial criada em 1993 pelo Ministério da Saúde, ainda que não exijam, necessariamente, tecnologia sofisticada, concentram-se nos grandes centros urbanos. Tais serviços contemplam o trabalho multiprofissional como condição mínima para atendimento aos portadores de HIV/AIDS, viabilizando a integralidade da assistência, fato que inclui a dispensação de medicamentos antiretrovirais. Os pacientes residentes em municípios de pequeno porte precisam se deslocar para serviços de referência do SUS em centros urbanos de maior porte. As maiores dificuldades de acesso ao tratamento dos doentes residentes em regiões mais distantes dos grandes centros urbanos constituem um desafio para a universalização dos avanços terapêuticos alcançados na luta contra a epidemia. Nesse sentido, viver em um município menor e mais distante dos lugares que concentram recursos assistenciais é um aspecto que acrescenta maior vulnerabilidade ao doente de AIDS (REIS et al, 2008, p. 1220-1221).

<sup>3</sup> Os serviços especializados para atenção às pessoas vivendo com HIV/Aids são: Serviço de Assistência Especializado (SAE), Hospital Dia (HD), Hospital Convencional (HC) e Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT).



A visão de saúde aqui difundida, parte da constatação que o processo saúde/doença da população está diretamente relacionado às condições de moradia, habitação, saneamento básico, alimentação, meio ambiente, trabalho, renda, lazer, dentre outros, englobado fatores sociais, políticos, econômicos e culturais que tendem a afetar a qualidade de vida dos indivíduos e, portanto a sua saúde.

Assim, “[...] a exposição a agravos de saúde resulta de aspectos individuais e de contextos ou condições coletivas que produzem maior suscetibilidade aos agravos e morte e, simultaneamente, à possibilidade e aos recursos para o seu enfrentamento (SCHOSSLER et al, 2016, p. 156).

Nessa perspectiva, Bastos e Szwarcwald (2000) apontam que estratos mais pobres e menos assistidos tornam-se mais vulneráveis à difusão de doenças causadas por determinados agentes e vírus, por razões biológicas: pois apresentam pior imunidades e, por razões sociais: suas demandas são pouco atendidas, residem em locais com infra-estrutura precárias, pouca informação e baixo poder aquisitivo para se prevenir e se tratar.

Particularmente em relação ao HIV e a Aids, o avanço da doença em regiões/cidades interioranas de pequeno porte do país, aponta para a necessidade de ações que considerem essas particularidade e, conquanto, promovam estratégias de prevenção da doença. Em se tratando de doenças como o HIV/Aids, ações meramente curativas e biologizantes no trato à saúde, demonstram-se serem insuficientes.

Assim é que Seffner e Parker (2016), problematizam que a ênfase no “testar e tratar” ao apresentar uma “estratégia de modelo único” de enfrentamento da doença, acaba considerando a sociedade brasileira e os indivíduos como idênticos, desconsidera marcadores importantes como: raça, etnia, gênero, sexualidade, geração, origem regional, classe social, escolaridade, entre outros. Não obstante, Grangeiro (2016, p. 23) destaca:

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

O tratamento é gratuito, contudo não é fácil de ser enfrentado. Exige dos usuários condições sociais, econômicas e psicológicas para lidar com os efeitos colaterais da



medicação. Ou seja, a distribuição gratuita de medicamentos (um avanço no tratamento da doença), por si só, não garante sua efetividade, tendo em vista, as exigências de uma qualidade de vida que inclua: lazer, esportes, boa alimentação, abster-se do uso de bebidas alcoólicas, periodicidade nas consultas, dentre outras variáveis necessárias para efetividade do tratamento.

Embora o ministério da saúde aponte para a redução no número de casos da doença em nível nacional, assim como todas as conquistas no tratamento que vem possibilitando uma redução considerável de mortalidade causadas por Aids, evidencia-se que os casos de HIV/Aids continuam a crescer, sobretudo em algumas regiões do país, cuja tendência da epidemia apresenta-se de forma linear, como será analisado a seguir.

### **3.2 ÍNDICES QUANTITATIVOS DO HIV/AIDS: dados do Estado da Paraíba**

Com base nos dados do último Boletim Epidemiológico HIV/Aids, de 1980 a junho de 2016, foram notificados no país 842.710 casos de Aids. O Brasil tem registrado, anualmente, uma média de 41,1 mil casos de Aids nos últimos cinco anos. Quando da implantação do relacionamento probabilístico dos dados no ano 2000 até junho de 2016, observou-se um total de 634.051 casos da doença. De 2007 até junho de 2016, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) 136.945 casos de infecção pelo HIV no Brasil, a distribuição por regiões segue da seguinte forma: 71.396 no Sudeste (52,1%), 28.879 no Sul (21,1%), 18.840 no Nordeste (13,8%), 9.152 no Centro-Oeste (6,7%) e 6.868 na Região Norte (6,3%) (BRASIL, 2016a).

Os dados apontam ainda que as regiões Norte e Nordeste apresentam uma tendência linear de crescimento da taxa de detecção: em 2006 a taxa registrada foi de 14,9 (Norte) e 11,2 (Nordeste) casos/100 mil hab., enquanto no último ano a taxa foi de 24,0 (Norte) e 15,3 (Nordeste), apresentando um aumento de 61,4% (Norte) e 37,2% (Nordeste) (BRASIL, 2016a).

No Brasil, a distribuição de riqueza caracteriza-se por elevadas concentração de renda e extremas desigualdades regionais. Consideramos que há importante ligação entre comunidades geográfica, áreas mais pobres, e agravamento à saúde. Franco (2010) aponta que o Nordeste, reconhecidamente, é a região com o maior percentual de pessoas pobres. Assim, enfermidades tendem a prevalecer nessas regiões, dificultadas pelas ações de prevenção, muitas vezes omissas por parte do Estado, e juntamente com os escassos serviços



de tratamento.

Considera-se que o Estado da Paraíba concentra uma grande população que vive na pobreza e extrema pobreza. No que concerne ao avanço do HIV/Aids, constatamos que de 1980 a junho de 2016 foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (sinan)<sup>4</sup> declarados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (sim) e registrados no Sistema de Informação de Exames Laboratoriais (siscel) e no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom), 7.572 casos de Aids (BRASIL, 2016a).

O Estado da Paraíba, também apresenta uma tendência linear de crescimento da taxa de detecção, conforme demonstra os dados do boletim epidemiológico HIV/Aids/2016, por ano de diagnóstico: 1980-2003 (2.320 casos); 2004 (353 casos); 2005 (356 casos); 2006 (333 casos); 2007 (355 casos); 2008 (403 casos); 2009 (423 casos); 2010 (437 casos); 2011 (440 casos); 2012 (476 casos); 2013 (450 casos); 2014 (484 casos); 2015 (557 casos); 2016, dados correspondente até 30 de junho (185 casos de Aids) (Ibidem).

Em recente reportagem sobre a doença no Estado, mostrou-se que 150 pessoas morrem por ano em decorrência da Aids na Paraíba. As principais vítimas são os jovens, que tem entre 10 e 29 anos de idade. Uma média de duas (02) pessoas por dia recebe o diagnóstico de HIV no Estado, sendo que a cada pessoa que recebe o diagnóstico existem outras cinco (05) que tem a doença mas não sabe (AIDS ..., 2017).

Os serviços especializados em HIV/Aids no Estado centram-se nas regiões mais populosas, a exemplo de Campina Grande e, a capital João Pessoa. Tais serviços atendem demandas de tais municípios e de microrregiões do Estado. Com o processo de descentralização, a Atenção Básica foi incluída no cuidado Integral às pessoas vivendo com HIV/Aids, com o intuito de promover qualidade de vida as pessoas que vivem com HIV/Aids em nível local.

Se a atenção integral as pessoas vivendo com HIV/Aids na Atenção Básica é considerado uma medida positiva por alguns analistas, por outro lado, salientamos que, embora seja recente<sup>5</sup> e exista poucos estudos acerca de tal discussão, é preciso atentar para a

---

<sup>4</sup> A subnotificação de casos no Sinam traz importantes implicações para a resposta ao HIV/Aids, haja vista o desconhecimento de informações importante acerca da epidemiologia, a exemplo de números de casos, comportamento e vulnerabilidades. A ausência de registros reflete na programação orçamentária do poder público, e no fornecimento de medicamentos. Partindo disso e, considerando a necessidade de padronizar os procedimentos normativos relacionados à notificação compulsória no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016 incluiu na Lista Nacional de Notificação Compulsória (Notificação semanal), o HIV e a Aids (BRASIL, 2016a).

<sup>5</sup> O teste rápido para HIV na atenção básica é estabelecido pela Portaria nº 151, de 14 de outubro de 2009. A novidade consiste na possibilidade de acompanhamento das PVHA, de modo corresponsável com os serviços (83) 3322.3222



complexidade que envolve o processo de descentralização da atenção ao HIV/Aids. Referimo-nos ao suporte necessário (físico, profissional, financeiro) nas ações no campo da Aids.

As estratégias que busquem qualificar os profissionais envolvidos na rede de atenção à saúde, promovendo qualificação e ampliação das discussões referentes às Infecções Sexualmente Transmissíveis- IST/Aids se torna indispensável para melhoria dos serviços e atendimento das necessidades, mesmo que imediatas, dos usuários.

Ademais, o atual contexto político, social e econômico impõe desafios para uma saúde pública, a conquista do Sistema Único de Saúde tem sofrido os impactos de cunho neoliberal<sup>6</sup>, expressos na contrarreforma do Estado cuja defesa é de cortar gastos na oferta de serviços públicos, privatizar serviços de saúde e, atribuir à iniciativa privada a ofertas de serviços de responsabilidade estatal.

Particularmente em relação à política de enfrentamento ao HIV/Aids, mesmo com os avanços, dos quais cabe destacar: a criação de um Programa Nacional de Aids (PN/DTS/Aids)- instituído pela portaria 236, de 02 de maio de 1985, consolidado em 1988- um leque de conquistas em termos de legislações específicas para as pessoas vivendo com HIV/Aids, dentre elas a lei 9.313/96, que passa a obrigar o fornecimento gratuito e universal dos antirretrovirais (ARV) para o tratamento das pessoas vivendo com HIV/Aids (PARKER, 1997), o enfrentamento da doença também sofre os impactos do processo de contrarreforma do Estado e os rebatimentos na saúde pública. Conforme destaca Santos (2005), a acessibilidade garantida na legislação é pouco visível, os serviços são precários, faltam condições necessárias de trabalho aos profissionais que possibilitem uma boa qualidade no atendimento.

Portanto, o avanço da doença, sobretudo com o processo de interiorização, tem demandando novos desafios no controle e manejo do HIV/Aids. Mesmo com todas as conquistas no âmbito do enfrentamento da doença no contexto brasileiro, o HIV e a Aids continua avançando, sobretudo em extratos mais pobres, residentes em cidades interioranas, menos assistidos, e marginalizados em vários aspectos da vida social.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

especializados, expressando a passagem de um modelo centralizado para um modelo matriciado (BRASIL, 2014).

<sup>6</sup> No Brasil, as ideias neoliberais, que defendem dentre outras coisas, um Estado mínimo para o social e máximo para o capital, ganham força a partir dos anos 1990, no então governo de Fernando Henrique Cardoso.



As atuais tendências apresentadas pela epidemia de HIV/Aids no Brasil – heterossexualização, feminização, juvenilização, pauperização e interiorização – colocam a o desafio de promover serviços de saúde pública e ações de prevenção contínua contra o avanço da epidemia. Tais desafios se confrontam com um contexto socioeconômico de concentração de bens e oportunidades, desigualdades sociais e regionais, cortes de recursos orçamentários para promover saúde pública advindo da desresponsabilização do Estado, dentre outros agravos que interfere negativamente na saúde da população.

O processo de interiorização do HIV/Aids implica em novos desafios de controle e tratamento da doença. Exige descentralização de ações e serviços e, mais que isso, passa a envolver um conjunto complexo de determinações que permeia o processo saúde/doença da população de determinadas áreas geográficas, a exemplo de: acesso aos serviços especializados, dificuldades de adesão ao tratamento por inúmeros fatores sociais e psicológicos, questões relacionadas ao estigma e preconceito, dentre outros.

O Estado da Paraíba, apresenta tendência linear de crescimento dos casos de HIV/Aids, evidenciando o processo de interiorização do HIV e da Aids e, apresentando a complexidade que permeia a expansão da doença em regiões pobre, com pouca oferta de serviços especializados e aumento das demandas advindas das ações necessárias na prevenção e tratamento do HIV/Aids.

## REFERÊNCIAS

AIDS mata 150 pessoas por ano na Paraíba. Disponível em:

<<http://g1.globo.com/pb/paraiba/jpb-1edicao/videos/v/aids-mata-150-pessoas-por-ano-na-paraiba/5779221/>>. Acesso em: 06 maio 2017.

BASTOS, F. I.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. *In: Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16 (Sup. 1), p. 65-76, 2000. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v16s1/2213.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2017.

**BRASIL. 5 passos para a implementação do manejo da infecção pelo HIV na Atenção Básica** – guia para gestores. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde - Secretária de Vigilância em Saúde - Departamento de IST, Aids e hepatites Virais. **Boletim epidemiológico Aids/DST**. Brasília Jan./ jun. 2016a.

Disponível em:<

[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59291/boletim\\_2016\\_1\\_pdf\\_16375.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59291/boletim_2016_1_pdf_16375.pdf)>. Acesso em: 25 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. **Departamento passa a utilizar nomenclatura "IST" no lugar de "DST"**. Brasília, DF, 2016b. Disponível em:<

<http://www.aids.gov.br/noticia/2016/departamento->



passa-utilizar-nomenclatura-ist-no-lugar-de-dst >. Acesso em 30 mar. 2017.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GRANGEIRO, A. Da estabilização à reemergência: os desafios para o enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS no Brasil. *In: Mito vs realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016*. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), Rio de Janeiro – RJ, p. 24-32, 2016. Disponível em:<[http://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2016/07/Mito-vs-Realidade\\_HIV-e-AIDS\\_BRASIL2016.pdf](http://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2016/07/Mito-vs-Realidade_HIV-e-AIDS_BRASIL2016.pdf)>. Acesso em 09 abr. 2016.

PARKER, R. Introdução. *In: PARKER, R. (Org). Políticas, instituições e Aids: enfrentando a Aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Zaha/ABIA, 1997.

REIS, C. T. et al. A interiorização da epidemia de HIV/AIDS e o fluxo intermunicipal de internação hospitalar na Zona da Mata, Minas Gerais, Brasil: uma análise espacial. *In: Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(6):1219-1228, jun, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n6/03.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2017.

SANTOS, A. R. **Metodologia científica: a construção do conhecimento**. 5. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

SANTOS, R. M. **O serviço social e a Exclusão/ Inclusão dos portadores de HIV/AIDS: Demandas e Desafios nos hospitais públicos**. Dissertação ( Mestrado em Serviço Social) Universidade Federal do Rio Grande do Norte- UFRN, Natal/RN, 2005.

SEFFNER, F.; PARKER, R. A neoliberalização da prevenção do HIV e a resposta brasileira à AIDS. *In: Mito vs realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016*. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), Rio de Janeiro – RJ, p. 24-32, 2016. Disponível em:<[http://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2016/07/Mito-vs-Realidade\\_HIV-e-AIDS\\_BRASIL2016.pdf](http://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2016/07/Mito-vs-Realidade_HIV-e-AIDS_BRASIL2016.pdf)>. Acesso em 09 abr. 2017.

SCHOSSLER, È, S et al. Interiorização da Aids em município de médio porte do Rio Grande do Sul (2008-2012): aspectos importantes para políticas de saúde. *In: Saúde (Santa Maria)*, Vol. 42, n. 1, p. 155-164, Jan./Jun, 2016.