

## POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DIRECIONADA A PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Autora: Lisandra Ferreira de Souza (1); Co-autora: Rávila Suênia Bezerra da Silva (2);  
Orientadora: Dra. Josevânia da Silva (3).

*(1) Mestranda do Programa de pós-graduação em Psicologia da Saúde pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), e-mail: lisandrasouza103@gmail.com; (2) Fisioterapeuta, graduada pela Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba; (3) Docente do Programa de pós-graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), e-mail: josevaniasco@gmail.com.*

**Resumo:** A política de saúde é construída para alcançar objetivos previamente determinados que visem garantir a proteção de riscos sociais e a promoção do bem-estar da população através de estratégias, instrumentos, técnicas e planos de ação. Este estudo teve como objetivo apresentar, a partir de revisão narrativa da literatura, o percurso das políticas públicas direcionada as pessoas vivendo com HIV/Aids. A criação das políticas públicas de saúde direcionado as pessoas vivendo com HIV/Aids resultou do aumento crescente de casos, mobilizações que visavam a melhoria na qualidade de vida das pessoas. Para efetivar esse objetivo foram criadas portarias que envolvem a assistência a essa população, em todos os níveis de atenção à saúde. Na contemporaneidade, novas demandas têm surgido e, diante da complexidade da doença, é preciso que as políticas públicas de saúde acompanhem essas transformações para que sejam eficazes e resolutivas.

**Palavras-chave:** Políticas de saúde, HIV/Aids, cenário Brasileiro.

### 1- Introdução

A política de saúde é uma política social, pois a saúde é um dos direitos provedores da cidadania. De acordo com Fleury e Ouverney (2014), a cidadania pode ser definida como a inserção de pessoas em um mesmo território com compartilhamento de regimento político e de crenças em comum, que determinam os direitos e deveres de cada sujeito. Essas demarcações surgem através das transformações socioeconômicas provocadas com a Revolução Industrial, o rompimento com a sociedade feudal e a instauração do capitalismo. Nesse contexto, houve a entrada da ação política para que as pessoas excluídas, ou seja, os indivíduos que não compõem as camadas economicamente privilegiadas na sociedade, lograssem de direitos universais e ganhassem o estatuto de cidadãos (FLEURY & OUVERNEY, 2014).

Ainda para os autores supracitados, diante do cenário, surgiu a necessidade da proteção social, como algo de natureza coletiva destinada a garantia de direitos que pudessem fornecer o status de cidadania aos membros da sociedade, dentro de um território nacional. Portanto, os sistemas de saúde, educação e assistência visam garantir fontes de bem-estar aos cidadãos. Essa conquista foi fruto de intensos e fortes movimentos sociais, que lutavam para modificar as más condições de vida que vinham sofrendo.

A política de saúde é construída para alcançar objetivos previamente determinados que visem garantir a proteção de riscos sociais e a promoção do bem-estar da população através de

estratégias, instrumentos, técnicas e planos de ação. É importante que partam da premissa de que as políticas de saúde produzem efeitos nas relações sociais, por isso devem ser ancoradas em referenciais que valorizem a ética, justiça e igualdade (FLEURY & OUVRENEY, 2014).

A década de 80, de acordo com Luz e Miranda (2010), foi marcada pelo surgimento do HIV/Aids, uma nova doença transmissível, colocando-a em posição de enigma aos saberes e instrumentos vinculados aos cuidados em saúde. No Brasil, sua chegada ocorre em 1982, época em que o país passava pelo declínio do regime militar, esse fato provoca algumas particularidades ao contexto sociopolítico. Frente à complexidade da doença, importantes estratégias foram tomadas no Brasil, como a criação da política pública de saúde destinada a esse público.

Este estudo teve como objetivo apresentar, a o percurso das políticas públicas direcionada as pessoas vivendo com HIV/Aids. Para tanto, inicialmente, é demonstrado a política de HIV/ Aids de modo mais amplo, notadamente numa perspectiva histórica, seguido dos modelos de atenção em saúde destinados à esta população. Por último, é feita uma análise crítica de lacunas evidenciadas nas políticas. O tratamento e a assistência do HIV/Aids apesar de ter obtido avanços, ainda ocupa uma posição de alerta e monitoramento. Trata-se de uma temática relevante, tendo em vista que abordaremos uma política pública de saúde que logrou êxitos, porém ainda existem muitos obstáculos a serem superados

## **2- Metodologia**

O recurso metodológico utilizado no presente estudo foi o da revisão narrativa da literatura, segundo Rother (2007) é um método amplo, adequado para expor e discutir um assunto específico, de maneira teórica e contextual. Para isso, não é exigido que as fontes de pesquisa sejam minuciosamente detalhadas, portanto as informações dos critérios de inclusão e exclusão não se fazem necessários. A análise crítica do autor é que determina a seleção dos trabalhos que são pertinentes a pesquisa.

Os parâmetros utilizados para seleção dos textos foram os que respondiam o questionamento formulado, ou seja, que abordava a política pública de saúde direcionada a pessoas com HIV/Aids no cenário Brasileiro. Textos que estavam próximos dos temas: políticas públicas de saúde no Brasil, HIV/Aids, rede de atenção à saúde, determinantes e desigualdades sociais no acesso a saúde.

## **3- Resultados e Discussões**

A Reforma Sanitária foi iniciada no período de intenso autoritarismo advindo do regime militar, e, portanto, o movimento percorre um caminho incompatível com as determinações políticas da época, pois visava nova perspectiva médico-social (ESCOREL, 2014). O movimento sanitário propunha uma transformação do modelo de saúde vigente e, para isso, contava com estudantes, com o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, com médicos, professores e pesquisadores. Seus estudos e reflexões giravam em torno dos determinantes sociais, econômicos e políticos no âmbito da saúde, práticas de saúde comunitária, à saúde dentro de um contexto histórico e social, dentre outros (ESCOREL, 2014).

Destaca-se, ainda, que o movimento sanitário centra (a conjugação do verbo está no presente porque o movimento não foi concluído) suas lutas por uma saúde digna, reivindicando o direito de todo cidadão em ter acesso a saneamento básico, moradia, educação, igualdade social, visto que são direitos fundamentais para que se tenha acesso a saúde. Assim, a reforma sanitária almeja a transformação social (ESCOREL, 2014). De acordo com Escorel (2014), através das lutas da Reforma Sanitária ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, tendo como lema “a saúde como um direito de todos e dever do Estado”.

Para atingir seus objetivos, o movimento adotou algumas medidas, tais como: a) deter o empresariamento da medicina; b) defesa do serviço médico gratuito; c) criação de um sistema de saúde único, sendo o mesmo responsável pelo planejamento e execução das políticas de saúde; d) defesa do Estado como provedor desse sistema; e) financiamento do sistema de saúde; f) descentralização dos sistemas; e g) participação popular nas decisões da saúde. Nessa direção, é 8ª Conferência Nacional de Saúde que ocorre a aprovação e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a ampliação do conceito de saúde, o direito à saúde como responsabilidade do Estado, bases financeiras do sistema de saúde e a participação do povo nos espaços de discussões de saúde. A conquista da criação do SUS foi uma consolidação das propostas do movimento sanitário.

Conforme aponta Noronha, Lima e Machado (2014), o Sistema Único de Saúde (SUS) é um modelo de caráter público, que determina serviços e condutas direcionadas a saúde, em todo território brasileiro. Sendo assim, cabe ao Estado prover as condições de saúde e os cidadãos à obtenção desse direito. A implantação do SUS ocorreu em 1990 após declarada a Lei Orgânica da Saúde (lei 8.080), regido por princípios e diretrizes, tais como: universalidade de acesso nos distintos níveis, igualdade na assistência à saúde, integralidade da assistência (conjunto de serviços que contemplam da prevenção ao tratamento), participação da comunidade e descentralização político-administrativa (descentralização para os municípios e regionalização e hierarquização da rede dos serviços de saúde).

Nas diretrizes do SUS, tendo em vista a perspectiva de uma saúde coletiva, as atividades realizadas são de modo individual e coletivo, direcionadas a ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças, seja no ambulatório, hospital ou unidades de apoio. Cabe ao Estado oferecer serviços de saúde que supram a necessidade da população, ou seja, independente dos custos ou dos níveis de complexidade, a população possui direito aos serviços de saúde (NORONHA, LIMA E MACHADO, 2014).

As mobilizações acerca da assistência a pessoas com HIV/Aids também ocorreram em um cenário de redemocratização do Brasil, teve significativas contribuições da reforma sanitária, da Conferência Nacional de Saúde e do processo de implementação do Sistema Único de Saúde. Com o aumento do número de notificações de pessoas diagnosticadas com HIV, foram surgindo às primeiras ações de políticas públicas, devido às mobilizações sociais e de governos a níveis estaduais. Em São Paulo, por exemplo, foi o Estado que ocorreu as primeiras iniciativas em defesa das pessoas vivendo com HIV. Em parte, isto se explica pelo fato de os primeiros casos da doença terem sido registrados nesse território, gerando a organização de grupos sociais que estavam mobilizados com a causa e com a luta em direção a busca por direitos das pessoas com HIV/Aids (VILLARINHO ET AL, 2013).

Em 1986, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de DST e Aids. Ainda nesse ano, houve a inclusão da Aids na lista de doenças que deviam ser notificadas de forma compulsória no Brasil. Os primeiros passos da criação da Comissão Nacional de Aids também ocorrem nessa época. Em 1988, o Ministério da Saúde, articulado com o sistema de saúde, passou a distribuir medicamentos para o acometimento das doenças oportunistas (por conta do comprometimento imunológico o organismo permite a entrada de vírus e bactérias que provocam doenças, por exemplo, a tuberculose) que estão vinculadas a Aids, juntamente com a zidovudina para o combate da transcriptase reversa (VILLARINHO ET AL, 2013). Tais ações contribuíram para o aumento da expectativa de vida das pessoas com a referida doença.

Não obstante, no início da década de 1990, algumas mudanças políticas no Brasil provocaram alterações e declínios nos avanços da política da Aids. Os gestores dos programas de Saúde foram modificados e conduziram a uma nova etapa, na qual houve a desarticulação das ações feitas pelo programa nacional, fragilizando a ligação entre esfera federal, estadual e outras instituições envolvidas, bem como a redução de 30% dos recursos direcionados aos serviços voltados ao HIV/Aids. É nesta época que ocorre a disseminação de campanhas orientadas por cunho moral, que aumentava o estigma e o preconceito direcionado a pessoas com a doença (VILLARINHO, 2013). Ainda para os autores supracitados, houveram reformulações de estratégias que estão sendo construídas até hoje.

No processo de implementação das políticas, de início, tentou-se ações conjuntas entre governo e sociedade, através de acordos calcados em ações de prevenção e assistência. Dessa maneira, foi necessário em 1993 realizar empréstimos com o Banco Mundial para implantação de serviços assistenciais. Após essa negociação, outros acordos foram feitos a fim de diminuir os casos de Aids e de DST através de diagnósticos, tratamentos e assistências de qualidade, bem como reconhecer as especificidades de cada região para intervir de modo condizente com a realidade (VILLARINHO, 2013).

Estes investimentos possibilitaram a criação de uma rede de assistências às pessoas com Aids nas diversas localidades do Brasil, como nos Serviços Ambulatoriais Especializados (SAE), hospitais-dia, hospitais convencionais e Serviços de Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT). Para Silva e Júnior (2013), as redes de atenção à saúde são interconexões entre os serviços de saúde de um território, organizado de modo que os diferentes níveis de atenção sejam articulados para existência de um atendimento integral e de promoção à saúde.

Para que as redes de atenção à saúde sejam efetivas, alguns componentes devem ser incluídos, como: delimitação do território, população, serviços e ações de saúde com distintas tecnologias de modo que atinja as necessidades da população, logística para identificação e orientação do usuário na rede e sistema de regulação com normas e protocolos para determinação de responsabilidades. Assim, é importante que esses aspectos estejam presentes na rede de atenção à saúde das pessoas com HIV, para que suas necessidades sejam atendidas (SILVA & SALDANHA, 2012).

De acordo com o Ministério da Saúde (2009) as políticas públicas direcionadas às pessoas com HIV/Aids possuem a finalidade de oferecer assistência de qualidade a esse público. Para efetivar esse objetivo, foram criadas portarias que envolvem a assistência em nível hospitalar, delimitação de condutas terapêuticas, capacitação dos profissionais no atendimento ao público mencionado no estudo, política medicamentosa, regulamentação de critérios de infraestrutura dos locais que prestam serviços, assistência de equipe multidisciplinar, centro de testagem e aconselhamento, testes do HIV na atenção básica de saúde, distribuição de medicação antirretroviral e o acompanhamento dos sujeitos que fazem usos, criação da rede nacional de laboratórios para contabilização de linfócitos T e carga viral do HIV.

Na atualidade, os investimentos em estudos direcionados às pessoas com HIV caminham por uma nova direção, visto que a FIOCRUZ-RJ e a USP estão realizando a pesquisa nomeada como Profilaxia Pré Exposição (PREP) ao HIV. Trata-se de uma estratégia de prevenção diária através de medicamento antirretroviral por pessoas que não possuem o HIV. O objetivo é minimizar o risco de contaminação pelo vírus nas relações sexuais.

De acordo com o Ministério da Saúde (2018) atualmente, pesquisas e estudos estão sendo desenvolvidas para avaliar a aceitação e a melhor forma de administração da medicação nos brasileiros. O PrEP Brasil trata-se de um estudo que está sendo desenvolvido para demonstrar uso da Profilaxia Pré Exposição ao HIV (PrEP). A pesquisa é coordenada pela pesquisadora Beatriz Grinsztejn, do Instituto Nacional de Infectologia (INI/Fiocruz). Os participantes do estudo são acompanhados por médicos, psicólogos e enfermeiros que acompanham o uso diários da medicação, bem como realizam aconselhamento sobre os riscos da infecção do HIV e de outras doenças sexualmente transmissíveis, além da realização de exames laboratoriais, fornecimento e incentivo de preservativos e lubrificantes.

A PrEP tem suscitado algumas críticas, dentre elas o retrocesso em analisar grupos de riscos, pois ao longo dos anos percebeu-se que a determinação de um grupo de risco não dá conta da complexidade do HIV/Aids e reforça estigmas e práticas preconceituosas. Outro questionamento é em relação à oferta e o acesso à medicação, uma vez que não abrange a demanda estimada para o uso da PrEP. Mediante essa realidade, cabe perguntar: a PrEP será fornecida pela rede pública de saúde a qualquer cidadão brasileiro? Se o SUS não comportar esses investimentos, qual será a esfera que ficará responsável? Se for mostrada a eficácia dessa iniciativa, os lucros serão destinados a quem?

Considerando que no contexto brasileiro a epidemia do HIV/Aids se caracteriza, dentre outros aspectos, pela pauperização, tais questionamentos precisam serem levados em conta. De acordo Travassos e Castro (2012), as desigualdades sociais no acesso aos serviços de saúde estão relacionadas às injustiças sociais, que desencadeiam posições sociais distintas, uma vez que cada camada social possui oportunidades de acesso à saúde de maneiras diferentes. Sendo assim, os grupos menos privilegiados estão mais vulneráveis ao adoecimento e morte, uma vez que os processos de saúde e doença estão relacionados aos contextos de pobreza, exclusão social, desemprego, estresse, condições de moradia insalubres, dentre outros determinantes sociais.

As vulnerabilidades em saúde são somadas, muitas vezes, as barreiras geográficas, financeiras, organizacionais e de informação (Silva, 2011). Assim, o acesso à saúde é precário, e quando há busca por serviços de saúde a doença já está avançada, tendo que requerer a serviços de alta complexidade e intervenções terapêuticas mais avançadas. Desse modo, a população mais pobre possui dificuldade em usufruir de serviços de saúde juntamente com um convívio do mercado econômico informal, contato com violência urbana, possibilidades de uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas, escassez nas oportunidades de emprego, etc (Silva et al.,

2013). Esses fatores repercutem na ampliação de chances de adquirir o HIV (Ministério da Saúde, 2003; Carvalho e Buss, 2012).

Além da pauperização, o Ministério da Saúde (2003) tem apontado, na realidade brasileira, para o perfil da interiorização da epidemia de HIV/Aids, como também para a feminização. Em função disto, nas últimas décadas tem realizado investimentos em políticas e diretrizes de prevenção das DST/ Aids entre as mulheres, com o intuito de traçar estratégias que diminuam o número dos casos de Aids no público feminino, bem como a transmissão vertical.

O tratamento com antirretrovirais ampliou a expectativa e a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV (CASTANHA, COUTINHO, SALDANHA & OLIVEIRA, 2006). Contudo, de acordo com o Ministério da Saúde (2003), verifica-se que as mulheres têm sido menos alcançadas pelas ações em saúde quando comparada aos homens. Assim, diversas ações têm sido realizadas, com a participação de movimentos sociais, a fim de criar formas de enfrentamento da epidemia, trazendo as questões de gênero e vulnerabilidade à cena.

#### **4- Considerações Finais**

A partir da exposição acerca da política pública de saúde direcionada a pessoas com HIV/Aids, algumas reflexões são suscitadas. Dentre elas, a influência das políticas públicas nas representações que emergem na sociedade, as quais podem impactar nas relações sociais. Isto ocorreu, por exemplo, quando no início da epidemia foi delimitada a noção de grupos de riscos (usuários de drogas, homossexuais, profissionais do sexo, etc). A noção de grupos de risco ainda repercute no imaginário social, contribuindo para que algumas pessoas pensem que a doença está restrita a grupos específicos. Já a noção de comportamento de risco contribuiu para o estigma e o preconceito em relação às pessoas vivendo com HIV/Aids, uma vez que são consideradas pessoas que cometeram práticas sexuais desviantes.

#### **Referências**

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Políticas e diretrizes de prevenção das DST/aids entre mulheres*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

Carvalho, A. L.& Buss, P. M. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: Giovanella, L. et al. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil* (2 ed). Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 121-142, 2012.

Castanha, A. R., Coutinho, M. D. P. L., Saldanha, A. A., & Oliveira, J. S. Consequências biopsicossociais da AIDS na qualidade de vida de pessoas soropositivas para o HIV. *DST J bras doenças sex transm.* 18(2), 100-07, 2006.

Escorel, S. (2012). História das Políticas Públicas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963. In Giovanella, L. et al. (Org). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil* (2ª ed). Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 25-58.

Fleury, S & Ouverney, M. Política de Saúde: uma política social. In Giovanella, L. et al. (Org). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil* (2ª ed). Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 25-58, 2012.

Ministério da Saúde. Serviços de assistência ambulatorial em DST/HIV e AIDS e Serviços de assistência especializada em DST/HIV e AIDS (SAE). Brasília: O ministério da Saúde, 2009.

Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco a Infecção pelo HIV. Brasília: O ministério da Saúde, 2018.

Noronha, J. C., Lima, L. D. & Machado, C.V. O Sistema Único de Saúde - SUS. In Giovanella, L. et al. (Org). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil* (2ª ed). Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 25-58, 2012.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática x revisão narrativa. *Acta Paul Enferm.* 20 (2), abr-jun 2007.

Silva, S. F. & Magalhaes Júnior, H. M. Redes de atenção à saúde: importância e conceitos. In S. F. Silva (Org.). *Redes de atenção á Saúde: desafios da regionalização no SUS* (2ª. ed). Campinas: Saberes Editora, p. 91-101, 2013.

Silva, J. D., Freire, F. M. D. S., Lima, M. A. S. D., Galvão, J. O., & Pichelli, A. A. W. S. Qualidade de vida no contexto do HIV/AIDS: um estudo comparativo com a população em geral. *DST j. bras. doenças sex. transm.* 25(2), 88-92, 2013.

Silva, J., & Saldanha, A. A. W. Vulnerabilidade e Convivência com o HIV/AIDS em Pessoas Acima de 50 Anos. *Revista Subjetividades.* 12(3-4), 817-852, 2016.

Silva, J. D. O impacto da AIDS na Saúde Mental e Qualidade de Vida de pessoas na maturidade e velhice. *Tese de Doutorado.* Universidade Federal da Paraíba, 2011.

Travassos, C. & Castro, M.S.M. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. In Giovanella, L. et al. (Org). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil* (2ª ed, pp. 25-58). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.



Villarinho, M.V. et.al. Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. *Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn*. 66 (2), p. 271-277, 2013.