



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS -CCSA  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL- DSS  
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

**RAFAELA BORGES RAMOS**

**OS DIREITOS DAS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS NO ÂMBITO DO SUS:  
UMA QUESTÃO EM ANÁLISE**

**CAMPINA GRANDE- PB**

**2018**

**RAFAELA BORGES RAMOS**

**OS DIREITOS DAS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS NO ÂMBITO DO SUS:  
UMA QUESTÃO EM ANÁLISE**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), em cumprimento às exigências para obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

**Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Me. Maria do Socorro Pontes de Souza**

**CAMPINA GRANDE – PB**

**2018**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

R175d Ramos, Rafaela Borges.  
Os direitos das pessoas vivendo com HIV/Aids no Âmbito do SUS: [manuscrito] : uma questão em análise / Rafaela Borges Ramos. - 2018.  
46 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2018.

"Orientação : Profa. Ma. Maria do Socorro Pontes de Souza, Departamento de Serviço Social - CCSA."

1. Direitos sociais. 2. HIV/AIDS. 3. SUS. I. Título

21. ed. CDD 362.1

**RAFAELA BORGES RAMOS**

**OS DIREITOS DAS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS NO ÂMBITO DO SUS:  
UMA QUESTÃO EM ANÁLISE**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC),  
apresentado ao Departamento de Serviço  
Social da Universidade Estadual da  
Paraíba (UEPB), em cumprimento às  
exigências para obtenção do título de  
Bacharela em Serviço Social.

Aprovada em: 12/07/2018

Nota: 10,0

**BANCA EXAMINADORA**

Maria do Socorro Pontes de Souza  
Prof.<sup>a</sup> Me. Maria do Socorro Pontes de Souza (Orientadora)  
Universidade Estadual da Paraíba

Thereza Karla de Souza Melo  
Prof.<sup>a</sup> Me. Thereza Karla de Souza Melo (Examinadora)  
Universidade Estadual da Paraíba

Fernanda Alves Ribeiro Paz  
Me. Fernanda Alves Ribeiro Paz (Examinadora)  
Assistente Social da Pró-Reitoria de Assistência e Apoio ao Estudante- UFPB

A DEUS, pois sem tua benção eu não teria chegado até aqui. A minha família e amigos, pelo empenho, incentivo e apoio em minha formação. Aos profissionais do Hospital Universitário Alcides Carneiro, em especial à minha supervisora de estágio Fernanda Paz que me fez abrir os olhos para essa temática tão importante. A Socorro Pontes pela orientação, paciência e cuidado com a apresentação dessa discussão, DEDICO.

## AGRADECIMENTOS

Descrever a imensa alegria ao chegar no fim de um ciclo tão importante quanto esse, talvez não caiba em palavras, mas procuro expressar minha trajetória como aluna de um modo geral, pois se trata de um processo que requer esforço e dedicação desde os primeiros anos do estudo básico e, me atrevo a dizer, também da construção social do indivíduo, desde o nascimento a partir dos ensinamentos ofertados pelos membros do seio familiar na busca pelo conhecimento e o aprimoramento deste.

Primeiramente dou graças infinitas a Deus, pois creio que por meio da fé e da tua proteção, é que me foi possível obter essa vitória, hoje sou mais forte e tenho mais discernimento para seguir meu caminho e, mesmo diante de uma infinidade de obstáculos, o Senhor me ensinou a não desistir nunca dos meus sonhos e me deu coragem e determinação para conquistá-los.

Aos meus pais que são a minha fonte verdadeira de amor, **Maria Das Mercês Borges Ramos e Francisco das Chagas Borges Ramos**, que foram os responsáveis pelos ensinamentos da vida e dos valores a serem seguidos, respeitando sempre o próximo e reforçando a contribuição que podemos dar aos nossos semelhantes em atos de carinho e ajuda mútua, pois souberam driblar os desafios na minha criação, analisando as mudanças relacionadas a geração deles. Mesmo sem ter tido a oportunidade de acesso ao estudo, sempre valorizaram ao máximo e se empenharam para que eu trilhasse um caminho diferente, sempre trabalhando honestamente para me proporcionar o melhor.

A todos que fizeram parte da minha vida, em especial aos meus avós, **José Cavalcanti Ramos (*In Memoriam*)**, **Maria da Purificação Borges Ramos (*In Memoriam*)**, **Rafael de Oliveira Borges (*In Memoriam*)** e **Maria Arcelina Borges**,

que em meio à versos e rimas, me ensinaram tudo o que não se encontra na teoria. Pessoas de grande sabedoria que se esforçaram para criar a sua família em meio a tempos difíceis e se sensibilizaram com a astúcia dos netos, sempre com alegria, torcendo para que conseguíssemos chegar muito mais longe. Espero que onde eles estejam, possam se orgulhar de mim e, que eu consiga repassar um terço do conhecimento obtido através deles.

À minha família, em especial aos meus tios maternos Honório e Humberto, aos quais eu convivi por mais tempo na minha infância ambos com vivência rica de experiências e mesmo sem obter estudo avançado, sempre foram exemplo e me motivaram a ir além, buscando melhores condições de vida. Também aos meus familiares paternos que me acolheram na adolescência e foram muito importantes nesse processo, contribuindo com o conhecimento de seus estudos ou até mesmo práticos, por ser uma família em que permeia a sabedoria em diversas áreas.

Aos mestres que me ensinaram desde o jardim de infância (Jardim Verde) na Escola municipal Celestino da Silva, no estado do Rio de Janeiro, no qual eu passei os primeiros anos da minha vida, dando continuidade ao ensino fundamental na Escola Prof<sup>o</sup> Luiz Gonzaga Burity e do ensino médio, na Escola Estadual Doutor Trajano Nóbrega, no município de minha naturalidade, no qual eu resido até hoje, que foram os maiores incentivadores pelo ingresso à vida acadêmica. Vale salientar que, todos contemplam uma mesma realidade, a do ensino público, permeado por muitas dificuldades, mas que desempenharam seu papel da melhor forma possível, incitando o meu interesse como aluna, para aprender cada vez mais, exercitando esse estudo até mesmo fora das dependências da escola. Hoje posso dizer que todos eles foram responsáveis pela minha aprovação no vestibular, ingressando em uma nova realidade, o mundo acadêmico.

Ao meu patrão, **Jucileno Wanderley**, que me acolheu no ano de 2013, e até hoje me proporcionou diversos ensinamentos, seja na capacitação da fotografia, ou no incentivo aos meus estudos, pela flexibilidade e paciência no planejamento das minhas atividades, conforme os compromissos que assumi na universidade.

Aos amigos que fizeram parte da minha trajetória aqui exposta e aos novos laços que se formaram no ingresso do curso na universidade, em especial à **Juliana Karol Falcão** que desde o início foi muito importante, me apresentando esse mundo desconhecido e estando presente em todos os momentos da minha vida até hoje, a qual eu carrego um profundo carinho e amizade.

Aos meus colegas de curso, por ser uma turma inicialmente extensa não cabe mencionar todos, mas no passar dos anos, cada ingresso, cada transferência e cada desistência possibilitaram algum tipo de contato e aprendizado, por isso cito pessoas especiais que não me acompanharam no curso e seguiram outros rumos, como: **Cris Muniz, Ewerton Laurentino e Marcílio Junior** que participaram efetivamente desse processo, hoje só tenho a agradecer e desejar sucesso na vida deles. As amizades formadas em outras áreas do conhecimento, em destaque **Brenner Fernandes, Juliana Almeida, Patrícia Alvarenga**, dentre outros.

Aos colegas de turma que me acompanharam até aqui, aos quais firmei uma boa relação e que caminhamos juntos, em ajuda mútua na busca pelo nosso sonho de formação. Em especial aos que estiveram sempre junto comigo, e foram além dos muros da universidade, tornando-se grandes amigos, para toda a vida. São eles: **Joyce Hellen, Laryssa de Fátima, Horácio Neto e Ana Araújo**.

À Universidade Estadual da Paraíba que através do seu corpo docente, técnicos administrativos, funcionários de limpeza, comerciantes de alimentos e funcionários em geral contribuíram no atendimento de diversos tipos, dando apoio



em minha formação, mesmo levando em conta, as condições de trabalho e ritmo acelerado do cotidiano. Em especial a **Keyne Santos (Penélope)** da xerox que contribuiu muito para o meu processo de conhecimento, seja na viabilização dos textos repassados pelos professores e até mesmo no compartilhamento de experiências de vida que sem dúvida, fizeram esses anos serem muito mais doces, passando mais rápido.

Ao **departamento de Serviço Social**, por meio de docentes e técnicos, que sempre trabalharam para oferecer melhores condições no ensino-aprendizagem, em especial à **Celia Castro e Mônica Barros**, grandes profissionais as quais eu tive o prazer de conviver por mais tempo na experiência de monitoria. A **Sandra Amélia Sampaio** que foi supervisora acadêmica durante o estágio que se conformou em uma experiência riquíssima na área da saúde, a qual pretendo aprofundar meu debate. Nesse sentido, não poderia deixar de mencionar os profissionais da instituição de estágio, o **Hospital Universitário Alcides Carneiro- HUAC**, à todos os funcionários e pacientes que contribuíram para a minha inserção na área da saúde, em especial ao setor de Serviço Social, através da proximidade com as Assistentes Sociais que me possibilitou crescer profissionalmente, particularmente à minha supervisora **Fernanda Alves Ribeiro Paz** que me ensinou muito, através de uma realidade difícil, mas que viabilizou a análise dos possíveis desafios que posso encontrar futuramente, na minha carreira profissional, uma mulher forte, que nunca se deixou vencer pelas dificuldades e desempenhou seu trabalho da melhor forma possível, diante das possibilidades encontradas. Por isso me espelho em suas ações e carrego sua amizade para a sempre, admiro sua paciência, mesmo que, por vezes usufrísse de “puxões de orelha” assim como uma mãe ao me incentivar para

esse estudo e para não parar nunca, avançando e reatualizando meus conhecimentos.

Ao meu namorado **Jorge Fernando**, que esteve presente durante a conclusão desse estudo, e permaneceu paciente do meu lado, nos momentos conturbados de construção do trabalho, me apoiando e incentivando para que eu não desistisse apesar das dificuldades.

Agradeço a minha família **Esperança em Cristo** que até aqui me deu apoio espiritual.

Por último, e não menos importante, agradeço a **Maria Do Socorro Pontes**, orientadora desse trabalho de conclusão de curso, excelente profissional, a qual tive uma proximidade desde o início, pela sua forma de abordagem e o excelente trabalho que desenvolve em torno da discussão do HIV. Agradeço pelos ensinamentos, pela paciência e dedicação para que este trabalho se tornasse realidade, possibilitando o meu crescimento profissional e também pessoal.

Agradeço a todos que contribuíram direta ou indiretamente para conclusão dessa etapa em minha vida, pois espero colher bons frutos dessa experiência, guiando meu caminho profissional, sem nunca esquecer de tudo o que passei para chegar até aqui e procurar ir, cada vez mais longe, levando todas as pessoas que entraram na minha vida para somar, dentro do meu coração.

Meus Sinceros Agradecimentos!

Rafaela Borges Ramos.

## LISTA DE SIGLAS

- ABIA**- Associação Interdisciplinar de AIDS
- AIDS** - Síndrome da Imunodeficiência adquirida
- APTA**- Associação para Prevenção e Tratamento da AIDS □ SP
- ARVs**- Antirretrovirais
- ASOs**- *AIDS Service Organizations*
- BPC**- Benefício de Prestação Continuada
- CEBES**- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
- CBOs**- *Community Based Organizations*
- CFESS**- Conselho Federal de Serviço Social
- DHDS**- Divisão de Hanseníase e Dermatologia Sanitária
- DST's** -Doenças Sexualmente Transmissíveis
- EBSERH**- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
- FGTS**- Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
- FIOCRUZ**- Fundação Osvaldo Cruz
- GAPA**- Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS
- GGB**- Grupo Gay da Bahia
- HIV** - Vírus da Imunodeficiência Humana
- HUAC**- Hospital Universitário Alcides Carneiro
- HUJB**- Hospital Universitário Júlio Bandeira
- ICASO**- *International Council of AIDS Services Organizations*
- INAMPS**- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- INSS**- Instituto Nacional do Seguro Social
- IST's** - Infecções Sexualmente Transmissíveis
- LULA**- Luís Inácio Lula da Silva
- LOAS**- Lei Orgânica de Assistência Social
- NOSS**- Núcleo de Orientação e Saúde Social □ RJ
- OMS**- Organização Mundial da Saúde
- ONG'S** - Organizações Não-Governamentais
- ONU**- Organização das Nações Unidas
- PEC** - Proposta de Emenda Constitucional
- PN-DST □ AIDS**- Programa Nacional de Controle e Prevenção da AIDS
- PT**- Partido dos Trabalhadores

**PVHA-** Pessoas Vivendo com HIV □ AIDS

**PWA-** People With AIDS

**RSB-** Reforma Sanitária Brasileira

**SAE-** Serviço de Assistência Especializada

**SESP-** Serviço Especial de Saúde Pública

**SINAN-** Sistema de Informação de Agravos de Notificação

**SNPES-** Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde

**SUDS-** Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

**SUS-** Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

\_Toc519513665

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2. HIV/ AIDS: SURGIMENTO E EVOLUÇÃO DA EPIDEMIA.....</b>	<b>15</b>
<b>3. A POLÍTICA DE SAÚDE NO CONTEXTO DO SUS E AS AÇÕES DE ENFRENTAMENTO AO HIV/AIDS.....</b>	<b>19</b>
<b>4. AIDS E DIREITOS SOCIAIS: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES.....</b>	<b>27</b>
<b>5. DESAFIOS PARA EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS DA PESSOA VIVENDO COM HIV/AIDS NO ÂMBITO DO SUS.....</b>	<b>34</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>38</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>42</b>

## OS DIREITOS DAS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS NO ÂMBITO DO SUS: UMA QUESTÃO EM ANÁLISE

Rafaela Borges Ramos<sup>1</sup>

### RESUMO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), doença causada através do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), se constitui como uma epidemia em evolução e um grave problema de saúde a nível mundial. Seu surgimento ocorre em 1981, nos Estados Unidos, alastrando-se rapidamente e chegando ao Brasil como uma nova doença estrangeira que através do crescimento de casos notificados, tem se tornado um desafio para a saúde pública e, para os profissionais que atuam na política de enfrentamento da doença. A realização desse estudo foi motivada através da experiência de estágio supervisionado obrigatório em serviço social, no Hospital Universitário Alcides Carneiro - HUAC, localizado no município de Campina Grande/PB, e que se caracteriza como unidade de referência no tratamento da doença. A partir da inserção em tal instituição, foi possível identificar os desafios enfrentados cotidianamente pelas pessoas vivendo com a doença, no que se refere a garantia de seus direitos básicos de cidadania. Neste sentido o presente estudo de natureza qualitativa e de caráter documental e bibliográfico, no qual destaca-se autores como: Parker (1997; 2016); Bravo (2008); Coutinho(1999), dentre outros, teve como objetivo principal refletir sobre os direitos das pessoas vivendo com HIV/AIDS no âmbito do SUS e os desafios enfrentados por tal segmento, para efetivação de tais direitos. Os resultados desse estudo, apontam para a necessidade do fortalecimento da política de enfrentamento da doença, frente ao retrocesso dos direitos das pessoas vivendo com HIV/Aids, tendo em vista o ataque neoliberal às políticas sociais, especialmente na área da saúde.

**Palavras-Chave:** Direitos Sociais. HIV □ AIDS. SUS.

### 1. INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) causada através da contaminação pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), teve seu surgimento na década de 1980, inicialmente nos Estados Unidos e, em seguida, se propaga pelos demais países, como, por exemplo, no Brasil.

---

<sup>1</sup> Graduanda em Serviço Social na Universidade Estadual da Paraíba – Campus I.  
E-mail: rafaelab.ramos@hotmail.com

Os primeiros casos identificados no Brasil ocorrem por volta da década de 1980, especificamente nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, logo se espalhando por outras regiões do país. Pelo fato dos primeiros casos atingirem homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis, criou-se um estigma da doença, sendo denominada de “câncer gay”, direcionada apenas aos chamados “grupos de risco.”<sup>2</sup> Nos anos seguintes se assistiu uma modificação no perfil da epidemia, através da notificação de casos heterossexuais, chamando atenção para a feminização, interiorização, juvenilização e pauperização dos indivíduos.

Em um primeiro momento, vale salientar que as respostas ao HIV se deram de forma não-governamental, através da mobilização da sociedade civil, por meio das chamadas ONG's/AIDS, grupos organizados principalmente por homossexuais e familiares dos segmentos atingidos pela doença.

As ações de enfrentamento à doença não se deram de forma imediata ao surgimento das primeiras notificações no país, fator que contribuiu para a elevação dos casos de HIV/AIDS e o agravamento da epidemia. A partir do contexto dos anos 1980, com a criação do Programa Nacional de AIDS, começam a serem construídas estratégias relativas à doença, tornando posteriormente o país uma referência mundial. No entanto, a partir do avanço do projeto neoliberal no Brasil e do ataque às políticas sociais, através de estratégias de desmonte, privatização, focalização e terceirização dos serviços que sinalizam a desresponsabilização do Estado e o redirecionamento ao mercado, ocorre um retrocesso nas políticas de enfrentamento da doença, particularmente, nos direitos das pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Cabe enfatizar que os mecanismos de Contrarreforma do Estado rebatem diretamente nos indivíduos com HIV, pois atingem diretamente as instituições responsáveis pelo tratamento de saúde, assim como a assistência e previdência que provém o tratamento e os benefícios sociais destinados a esse segmento.

No Município de Campina Grande/PB, destaca-se o Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), instituição inaugurada em 1950 com atendimentos de média e alta complexidade e abrangência regional, e que é referência no tratamento para os indivíduos vivendo com o HIV/AIDS. Os objetivos da instituição estão

---

<sup>2</sup> Terminologia utilizada quando do surgimento da doença e envolve homossexuais, prostitutas e usuários de drogas injetáveis, sendo responsável pela exclusão social desses indivíduos e o crescimento do preconceito em larga escala. (PATRIOTA; AMORIM; SCHULZE, 2002, p.64).

voltados a atividades de ensino, pesquisa e extensão através de serviços que contribuam com a promoção, proteção e recuperação da saúde. A instituição conta com residência médica e estágio supervisionado Obrigatório para alguns cursos da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), e também da Universidade Federal da Paraíba (UFCG). (FERREIRA, et al, 2017).

Particularmente no Município de Campina Grande/PB, conforme vem ocorrendo nos últimos anos em grande parte do país, cabe mencionar o repasse da gestão do Hospital Universitário Alcides Carneiro- HUAC, para a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, o que significou um grande retrocesso no tratamento da doença a nível local, por se constituir em um espaço destinado ao tratamento do HIV e de outras doenças decorrentes do vírus.

Vale enfatizar que a motivação desse estudo se deu a partir da inserção na instituição, através do Estágio Curricular Obrigatório em Serviço Social, no período de setembro de 2016 a novembro de 2017. Foi um momento em que tivemos a possibilidade de acompanhar as demandas trazidas pelos/as usuários/as e as dificuldades enfrentadas para a garantia dos benefícios aos quais têm direito. Em tal período, foi possível visualizar demandas frequentes de agravamento no quadro de saúde de pessoas vivendo com HIV/AIDS, provocado pela interrupção no tratamento, na tentativa de aumento da carga viral, para a concessão de benefício, o que em alguns casos levaram à óbito.

Essa interrupção está diretamente ligada à contrarreforma do Estado na saúde, que através do corte de gastos, e conseqüentemente dos benefícios sociais, obriga o indivíduo acometido pela doença a submeter-se a perícia médica, na qual só é considerado incapacitado para o trabalho se estiver com a carga viral muito elevada.

A partir da inserção em tal espaço foi possível observar a importância das políticas sociais para a garantia dos direitos fundamentais dos indivíduos, como também os desafios enfrentados pelos/as usuários/as do SUS e particularmente das pessoas vivendo com HIV/AIDS, para efetivação de seus direitos sociais. Nessa perspectiva, o presente estudo, de natureza qualitativa e de caráter documental e bibliográfico, teve como objetivos, discutir a política de saúde no contexto do SUS e as ações de enfrentamento do HIV/AIDS, refletir sobre os direitos das pessoas que vivem com o vírus no âmbito do SUS e os desafios enfrentados para efetivação de



tais direitos, contribuindo com o debate que vem sendo construído em torno do tema.

Acreditamos que tal temática traz sua relevância na medida em que busca colaborar com o aprofundamento em torno da atualização do debate e das produções já existentes em torno da temática.

A estrutura do trabalho se apresenta na seguinte ordem: no primeiro item fazemos uma discussão sobre o surgimento e evolução da epidemia no país, buscando caracterizar seus aspectos epidemiológicos e perfil da doença no contexto atual. No segundo item, abordamos a política de saúde no contexto do SUS e as ações de enfrentamento do HIV/AIDS no Brasil. No terceiro item, tratamos da questão da AIDS e do direito, apresentando uma contextualização histórica do Direito, seu surgimento e evolução, os tipos de direitos e os direitos voltados às pessoas vivendo com HIV/AIDS. No quarto item, discorremos sobre os desafios enfrentados pelas pessoas vivendo com a doença, frente o atual contexto de retrocessos sociais. Por fim, são apresentadas as considerações do trabalho e as referências utilizadas na construção do mesmo.

## **2. HIV □ AIDS: SURGIMENTO E EVOLUÇÃO DA EPIDEMIA**

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) que se caracteriza pelo ataque ao sistema imunológico, destruindo as células responsáveis pela defesa do corpo humano (PINEL; INGLES, 1996; MARINS, 2000 apud PATRIOTA, 2002). A aids se manifesta por meio de doenças causadas pela infecção através do vírus HIV e, portanto, ao decréscimo de células CD4 no sangue que são responsáveis pela proteção do corpo, deixando o organismo suscetível a infecções e vulnerável a doenças.

Vale ressaltar que a aids se caracteriza como uma doença Sexualmente Transmissível (DST) que recentemente sofreu uma mudança na nomenclatura, por

meio do Decreto nº 8.901□ 2016, passando a se pertencer ao ramo de Infecções Sexualmente Transmissíveis ISTs<sup>3</sup>/Aids. (BRASIL, 2017).

De acordo com Brasil (2011), cabe destacar as formas de transmissão da doença, quais sejam:

- ✓ Transmissão sexual: ocorre pelo ato sexual vaginal, anal ou oral, no qual haja contato do sangue, sêmen ou secreções vaginais da pessoa infectada pelo HIV com a pessoa sadia. Pode haver infecção, também, através do contato com objetos sexuais contaminados, caso não sejam devidamente lavados ou cobertos com uma camisinha.
- ✓ Transmissão por sangue contaminado: o HIV pode ser transmitido através do sangue ou produtos derivados do sangue (como plasma e plaquetas) em transfusões sanguíneas. Desde o início da década de 1990, hospitais e bancos de sangue têm feito exames de rotina no sangue de doadores para identificação do HIV. Estes exames reduziram substancialmente o risco de alguém ser contaminado pelo HIV durante uma transfusão.
- ✓ Transmissão através de agulhas ou seringas contaminadas: usuários de drogas injetáveis que compartilham seringas ou agulhas também têm risco da transmissão do vírus da hepatite e outras doenças infecciosas.
- ✓ Transmissão através de perfuração acidental com agulhas ou objetos cortantes: a transmissão do HIV de um paciente contaminado para um profissional de saúde, seja por uma perfuração acidental por agulha durante procedimento cirúrgico ou mesmo numa punção venosa.
- ✓ Transmissão Vertical: ocorre durante a gravidez, durante o parto ou imediatamente após o parto por intermédio da amamentação. Os recém-nascidos podem ser infectados pelo HIV, seja durante a gestação, durante o parto ou no período de amamentação.

---

<sup>3</sup> Cabe esclarecer que Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais passa a usar a nomenclatura “IST” (infecções sexualmente transmissíveis) no lugar de “DST” (doenças sexualmente transmissíveis). A nova denominação é uma das atualizações da estrutura regimental do Ministério da Saúde por meio do pelo Decreto nº 8.901/2016 publicada no Diário Oficial da União em 11.11.2016, Seção I, páginas 03 a 17. O Ministério da Saúde explica que “O termo IST é mais adequado e já é utilizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelos principais organismos que lidam com a temática das Infecções Sexualmente Transmissíveis ao redor do mundo”, pois “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 mantêm 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” (BRASIL, 2017).

✓ Transmissão Via ocupacional: ocorre quando o profissional de saúde sofre ferimentos com instrumentos perfuro-cortantes contaminados com sangue de pessoas de HIV positivo. Existem alguns fatores de risco que contribuem para tal tipo de contaminação: profundidade e extensão da ferida; presença de sangue visível em instrumentos que causaram o ferimento dentre outros. (BRASIL, 2011).

Cabe destacar que dentre as formas de transmissão, a doença tem um período para se manifestar no organismo, variando de um indivíduo para o outro e de acordo com as respostas do sistema imunológico de cada pessoa. Desse modo, os sintomas podem surgir nos primeiros 60 dias, sendo atribuídos facilmente a outras infecções, é a fase chamada “assintomática”. (BRASIL, 2017).

Conforme mencionamos inicialmente, Patriota, Amorim e Schulze (2002), afirmam que o surgimento do HIV/AIDS se deu nos Estados Unidos, em 1981, e seus primeiros casos foram identificados em homossexuais masculinos com o diagnóstico de doenças raras, como pneumonia por *Pneumocystis Carinii* que geralmente afeta pacientes com depressão do sistema imunológico e de Sarcoma de Kaposi que é um câncer raro. A doença que reunia diversos sintomas passou a se constituir como um desafio novo para a ciência e, desde então, tem se propagado e assumido um caráter global.

A descoberta do HIV/AIDS no Brasil, se dá no início da década de 1980 e surge inicialmente nas grandes metrópoles, como, por exemplo, São Paulo e Rio de Janeiro. Os primeiros casos foram notificados em 1982, em um contexto de redemocratização do país, caracterizado por mudanças importantes na conjuntura política, social e por desafios no âmbito da saúde pública. O quadro inicial era de uma epidemia restrita a determinados grupos de risco.

A evolução da epidemia no Brasil se dá em três momentos, sendo o primeiro referente à sua origem, até 1986, período sinalizado pela infecção através de relações homossexuais com alto nível de escolaridade. O segundo momento se dá entre 1987 e 1990, através de um acréscimo de casos pela utilização de drogas injetáveis e a disseminação da doença de cunho heterossexual. De 1991 até os dias de hoje caracteriza-se no terceiro momento, acentuando-se as formas de transmissão, através de indivíduos de várias classes sociais e níveis de escolaridade distintos, atingindo principalmente as mulheres e afetando também as novas gerações. (SANTOS, 2016).

A referida autora destaca ainda o aspecto da interiorização, facilitado pela feminização, a partir do surgimento de notificações de casos em mulheres, pois observando-se as atividades impostas historicamente à mulher, no sentido de formação de família, em uma perspectiva romântica, de entrega e confiança numa relação, submetendo-se a relações sem proteção, assim como a submissão ao homem que se utiliza da dominação e se nega a fazer uso do preservativo, ou seja, a desigualdade de gênero é responsável por uma exposição da mulher em um risco maior de infecção que se não for acompanhada através dos setores de saúde competentes, culmina na transmissão vertical, o que explica o número de crianças infectadas<sup>4</sup>. (SANTOS, 2016).

O desenvolvimento através desses novos segmentos atingidos proporciona uma modificação no perfil da epidemia e “atualmente a doença apresenta características como: feminização, interiorização, envelhecimento e juvenalização” (SANTOS, 2016, p.10), aproximando-se da população mais pauperizada, diretamente afetada pela exclusão social, desemprego ou subemprego, baixa escolaridade, carência de moradia, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e à informação.

De acordo com a UNAIDS (2016), o Brasil sozinho responde por mais de 40% das novas infecções de aids na América Latina. De cerca de 43 mil novos casos em 2010, o país passou para 44 mil em 2015 (mais de 5 por hora), com 15 mil mortes por ano.

Segundo dados do último Boletim Epidemiológico HIV/Aids (2017), de 1980 a junho de 2017, foram notificados no Brasil 882.810 casos de aids. O país tem registrado, anualmente, uma média de 40 mil casos de aids nos últimos cinco anos. Do ano 2000, quando da implantação do relacionamento probabilístico dos dados, a junho de 2016, observou-se um total de 634.051 casos de aids. Constata-se, ainda, que, de 2007 até junho de 2017, foram notificados no Sinan<sup>5</sup> 194.217 casos de infecção pelo HIV no Brasil, sendo 96.439 no Sudeste (49,7%), 40.275 no Sul (20,7%), 30.297 no Nordeste (15,6%), 12.931 no Centro-Oeste (6,7%) e 14.275 na

---

<sup>4</sup> Segundo dados do Boletim Epidemiológico, sobre as notificações de casos em crianças menores de 5 anos no que se refere à transmissão vertical. Observou-se que os Estados do Rio Grande do Sul e Amapá possuíram as taxas mais elevadas em 2016, sendo 5,4 e 5,1 casos por 100 mil habitantes, respectivamente. Das 27 UF, 14 apresentaram taxas abaixo da nacional (2,4  $\square$  100.000 hab.) Entre as capitais, as maiores taxas foram encontradas em Porto Alegre (11,8  $\square$  100.000 hab.), Vitória (8,7  $\square$  100.000 hab.), João Pessoa (8,5  $\square$  100.000 hab.) e Natal (8,2  $\square$  100.000 hab.) (BRASIL, 2017).

<sup>5</sup> Sistema de Informação de Agravos de Notificação- Sinan. (BRASIL,2017).

Região Norte (6,7%). Importa acrescentar 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, 2017).

No que se refere particularmente a Paraíba, segundo Gambarra, (2018), é preocupante o número de casos de HIV diagnosticados no estado no ano de 2017, sendo 557 novos em relação ao ano anterior. Esse dado representa a necessidade de iniciativas relativas à prevenção, sendo utilizada a estratégia de profilaxia pré-exposição, restrita aos segmentos mais vulneráveis, apenas como forma complementar ao uso do preservativo. O crescimento do número de casos da doença a nível local, como também em todas as regiões do país demonstram a necessidade de se avançar em estratégias voltadas para a educação em saúde que envolva toda a população, no intuito da redução efetiva da transmissão do vírus.

Conforme destaca Oliveira (2016), através dos dados estatísticos apresentados referentes ao Brasil, é visível o crescimento de notificações nas regiões norte e nordeste, reforçando a interiorização da doença e expansão da epidemia nessas áreas. Sobre as formas de evolução da doença e dos últimos boletins epidemiológicos, é possível identificar que houve uma modificação no perfil dos infectados, como também uma regionalização da epidemia que não se encontra somente nos grandes centros, observando-se a vulnerabilidade crescente de uma grande massa populacional em contrair a doença, apontando para a necessidade de um maior investimento em políticas e ações socioeducativas de informação sobre a doença que contribuam para a diminuição do número de casos, como também a vulnerabilidade de se contrair o HIV/AIDS.

De acordo com o que foi exposto, cabe analisar historicamente, as respostas de enfrentamento ao HIV/AIDS no país, no contexto do de implementação do SUS, e os desafios enfrentados pelas pessoas que vivem com a doença, para a efetivação de seus direitos sociais, conforme veremos a seguir.

### **3. A POLÍTICA DE SAÚDE NO CONTEXTO DO SUS E AS AÇÕES DE ENFRENTAMENTO AO HIV/AIDS**

Segundo Bravo (2009), a saúde no Brasil, no período anterior a década de 1980, estava direcionada a dois setores: saúde pública e medicina previdenciária. Sendo o primeiro destinado inicialmente às áreas urbanas, com ênfase nas condições sanitárias, e o segundo direcionado à massa trabalhadora que emergia no contexto do desenvolvimento industrial nacional.

De acordo com a referida autora, o sistema de saúde adotava o modelo biomédico ou biologicista condizente com uma medicina curativa, individual, assistencialista, que privilegiava a centralização política e administrativa no processo decisório da política de saúde e ainda culpabilizava o indivíduo por sua situação de doença.

O processo de redemocratização do país que ocorre no contexto dos anos 1980, ou seja, na transição entre a ditadura militar e a recuperação das instituições democráticas abolidas pelo regime ditatorial, foi marcado por desafios, permeados por lutas de movimentos populares e da classe trabalhadora, cuja bandeira de luta era garantir o acesso aos direitos sociais, promover a dignidade, a cidadania, a emancipação humana, a politização da questão saúde, assim como ampliar os espaços de atuação coletiva democrática e de controle social. A saúde nessa década deixou de ser de interesse apenas dos técnicos, assumindo uma dimensão política, vinculada diretamente à democracia. (BRAVO, 2009).

Vale enfatizar que as críticas ao caráter privatista e excludente do sistema de saúde já se constituíam bandeira de luta de alguns movimentos populares e instituições, cujo intuito era a defesa da saúde pública no Brasil. Dentre tais movimentos se destacam as entidades representativas dos profissionais de saúde, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), o Movimento Popular de Saúde (MOPS), os partidos políticos de oposição e, de forma decisiva, o chamado Movimento de Reforma Sanitária (MRS). Tal movimento foi articulado na década de 1970, por segmentos populares, estudantes, pesquisadores, profissionais de saúde, instituições acadêmicas e científicas, com o intuito de defender a democratização da saúde e a implantação do SUS. (PAIM, 2009).

A Reforma Sanitária Brasileira (RSB) trouxe uma perspectiva de saúde mais abrangente, mostrando seu caráter político de interesse das classes populares, tendo em vista a implementação do SUS que teve seu marco fundamental em 1986, com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em Brasília. “O relatório final do evento inspirou o capítulo ‘Saúde’ da Constituição, desdobrando-se,

posteriormente, nas leis orgânicas da saúde (8.080/90 e 8.142/90), que permitiriam a implantação do SUS.” (PAIM, 2009, p.40).

Na área da Saúde, os avanços em relação à Constituição estiveram no âmbito da extensão dos ideais da Reforma Sanitária, os quais traziam questões como a universalização, responsabilidade do Estado, formação de uma rede de atendimento de forma hierarquizada, regionalizada, descentralizada e integral. Nesse sentido, a participação do setor privado aparece apenas de modo complementar, inclusive, sendo proibida a comercialização sanguínea. Cabe destacar que a formulação real do SUS, só foi possível através da participação ativa dos novos sujeitos sociais, especialmente através da sociedade civil e diante do processo constituinte que incorporou uma série de direitos sociais.

Cabe mencionar que este contexto é caracterizado pelo avanço do movimento sanitário e pela luta pela implementação do SUS. O Brasil passava por uma conjuntura de profunda crise política e econômica que se refletia nas várias políticas setoriais, dentre estas a saúde, exigindo respostas imediatas por parte do Estado. O surgimento do HIV/AIDS provocou uma série de mudanças nos mais diversos aspectos: político, econômico, social e, principalmente, cultural, passando a exigir do Estado e da sociedade civil ações de enfrentamento em torno da doença, considerando que a epidemia se interiorizava por todo o país, exigindo a criação de políticas públicas e o desenvolvimento de iniciativas que promovessem seu tratamento e controle, além da prevenção.

Assim, no que se refere à política de enfrentamento ao HIV, Parker (1997) destaca quatro momentos, ressaltando que as primeiras iniciativas surgem a partir de mobilizações da sociedade civil, com destaque para a criação das ONGS/AIDS.

Uma fase inicial da resposta política ao HIV □ AIDS no Brasil parece ter começado em torno de 1982, quando os primeiros casos de AIDS foram notificados e um programa nacional de mobilização foi estabelecido no Estado de São Paulo, prolongando-se até 1985. Também naquele período foram fundadas as primeiras organizações não-governamentais de serviços relacionados a AIDS, assim como foram realizadas as primeiras reuniões de trabalho no Ministério da Saúde, visando a criação de um Programa Nacional de AIDS. (PARKER, 1997, p. 9).

No entanto, as primeiras mobilizações em torno da aids ocorrem em 1983, no Estado de São Paulo, por meio de organizações não-governamentais que lutavam

por seus próprios direitos, ou seja, organizadas por homossexuais, são eles “Outra Coisa e Somos”, seguidos pelo GGB (Grupo Gay da Bahia), e que são responsáveis pelas primeiras iniciativas da sociedade civil em articular respostas frente à epidemia.” (GALVÃO,1997, p.71).

Granjeiro; Silva e Teixeira (2009), chamam atenção para o fato que, as primeiras respostas governamentais se deram no mesmo ano, com o Programa de Aids da Secretaria de Estado da Saúde, promovido através da divisão de Hanseníase e Dermatologia Sanitária (DHDS), mas destaca o ativismo político da sociedade civil por meio dos movimentos sociais em detrimento das respostas do Estado, a partir de uma organização coletiva de diversos segmentos, objetivando-se a preservação dos direitos de cidadania dos doentes e dos grupos mais atingidos. De acordo com os autores citados, no Rio de Janeiro, a luta contra a aids também foi impulsionada pela sociedade civil. Em 1985, os homossexuais passaram a acolher medidas iniciais de prevenção da secretaria de saúde do Estado, com a criação do Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS, organizado por membros da sociedade civil, e espalhando se por várias regiões do país, como, por exemplo o GAPA-RJ e GAPA-SP, sendo responsável por um serviço de assessoria jurídica as pessoas que viviam com a doença, como também a Associação Interdisciplinar de Aids (ABIA), instituída em 1986, sendo a primeira entidade a ter como presidente e fundador, uma pessoa assumidamente soropositiva, o sociólogo Hebert José de Souza, o Betinho.

Cabe enfatizar que a mobilização da sociedade civil juntamente com o apoio e pressão de um número crescente de programas estaduais e municipais de aids, com o objetivo de se obter respostas a nível federal, impõe a necessidade de criação de um Programa Nacional de AIDS. Nesse período, não dava mais para ignorar a doença. Nesse sentido é que o PN/DST/AIDS foi instituído pela Portaria 236 de 02 de maio de 1985.

O enfoque nacional em torno do HIV/AIDS só é alcançado em 1985, contexto em que a doença passa a ser veiculada na mídia como um campo de disputa científico, político, social e religioso, na veiculação de estudos em busca da compreensão do HIV. No entanto, destaca-se o caráter preconceituoso na produção de um artigo do cardeal-arcebispo do Rio de Janeiro que aborda a aids como um castigo divino, (GALVÃO,1997) retrocedendo os avanços na saúde para adotar a



perspectiva de doença da antiguidade, no período em que se manifestaram as doenças pestilenciais, que tiveram sua causa relacionadas aos pecados do corpo.

Neste período se propõe investimentos na área sanitária, assistência médica e discurso contra a discriminação. Entretanto, no que se refere às ações voltadas à prevenção, estas se restringiram a palestras e reuniões, ou seja, respostas tímidas no que se refere ao enfrentamento da doença.

Conforme destaca Parker (1997), o período que compreende os anos de 1986 a 1990, se constitui na **segunda fase** de resposta a aids, através de medidas de cunho pragmático e tecnicista. Sendo responsável pelo incremento de iniciativas cada vez mais diversificadas nas diferentes respostas governamentais à epidemia,

[...] várias iniciativas por parte da sociedade civil começaram a superar, em parte, a negação que havia caracterizado o período anterior. Um número crescente de organizações não-governamentais surgiu em todo o país, representando um papel muito importante ao chamar a atenção da mídia para a epidemia, além de pressionar os órgãos governamentais para uma resposta mais rápida e agressiva. (PARKER 1997, p .10).

Tal contexto é permeado pela atuação das ONG/AIDS, sendo a sociedade civil a principal responsável por respostas efetivas, buscando trabalhar numa perspectiva ampla que vai além de um problema de saúde. A aids se constituía em um desafio, e deveria ser enfrentada no âmbito político, com iniciativas do Estado como responsável, visando garantir os direitos conquistados especialmente no que se refere aos princípios do SUS.

Nessa perspectiva, cabe mencionar que em 1988, ano da promulgação da Constituição Federal e, por conseguinte, de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), foi aprovada a Lei 7.670 no Congresso Nacional, beneficiando as pessoas com aids, acometidas pelas doenças oportunistas, dando-lhes o direito de sacar o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), bem como requisição de auxílio-doença, pensão ou aposentadoria. No mesmo ano foi aprovada a lei 7.649/88, que regulamenta o cadastramento de doadores de sangue e testagem sorológica para detecção do HIV a ser utilizado em transfusões, inibindo a comercialização de sangue de maneira ilegal e contribuindo para a diminuição da transmissão do HIV. (TEIXEIRA, 1997, apud SANTOS, 2005).

É importante enfatizar em tal contexto que a Organização Mundial da Saúde (OMS) instituiu em 1988 o dia 1º de dezembro como o dia internacional de luta contra a aids. Esse avanço se deu como uma estratégia de mobilização, conscientização e prevenção em âmbito mundial. (PARKER, 2003). Desde então, o Ministério da Saúde lança campanhas anuais na referida data, para divulgar informações sobre a aids, realizando campanhas educativas. Cabe mencionar que, embora os objetivos das campanhas visassem enfrentar o avanço da doença, muitas críticas são feitas, pela forma como eram apresentadas, pois, no intuito de informar e esclarecer sobre o HIV/AIDS, promovia campanhas moralistas que acarretavam numa maior discriminação e preconceito para com os vivendo com a doença.

**Uma terceira fase** de enfrentamento da doença, se inicia nos anos de 1990 e dura até 1992, período de otimismo por parte da população, em virtude da eleição direta para presidente, ocorrida em 1989. Nesse sentido, havia a esperança que a mudança de governo traria decisões políticas mais importantes em relação a aids, mas a experiência dos dois anos posteriores, em 1992, veio demonstrar a fragilidade das conquistas dos anos anteriores (PARKER, 1997). Os anos da década de 1990 se iniciam com o governo de Fernando Collor que abre espaço para as iniciativas neoliberais e o redirecionamento do papel do Estado, principalmente no que se refere às políticas sociais, transferindo-as para o setor privado.

Conforme destacam Behring e Boschetti (2009), a ofensiva neoliberal não significa apenas um reordenamento econômico, mas acima de tudo político, ao propor o desmonte da base social do Estado. Instaura-se um processo político, que repercute na saúde, de modo que as forças progressistas comprometidas com o movimento de Reforma Sanitária passam a perder espaço no interior do governo, ocorrendo a desconstrução da Política de Saúde construída na década de 1980, vinculando-a ao mercado, com ênfase nas parcerias com a sociedade civil. Vale salientar que a “reforma” do Estado atinge arduamente não só a saúde, mas todas as políticas sociais.

Desse modo, é proposta a Reforma do Estado, ou “Contrarreforma”<sup>6</sup> levando em consideração o desmonte das políticas públicas, redirecionamento ao mercado e

---

<sup>6</sup> Termo familiarmente utilizado por pesquisadores/teóricos do Serviço Social, analisando a reforma do Estado sob a ótica da regressão de direitos. A “reforma” do Estado, tal como está sendo conduzida, é a versão brasileira de uma estratégia de inserção passiva e a qualquer custo na dinâmica internacional e representa uma escolha político-econômica, não um caminho natural diante dos imperativos econômicos [...] esta opção implicou em uma forte destruição dos avanços, mesmo

a redução de iniciativas que visem a garantia dos direitos sociais conquistados na CF 88, incidindo diretamente nas respostas a aids que começaram a ser construídas na década anterior. Houve, nesse período, uma desestruturação do Programa Nacional de Aids, comprometendo o trabalho que até então vinha sendo desenvolvido.

**A quarta fase** identificada por Parker (1997), tem início no ano 1992, e durabilidade até o momento dessa análise. Sendo que a ênfase nesse momento é dos programas governamentais, organizações não-governamentais e as universidades, atuando no incentivo e busca de uma resposta nacional ao enfrentamento da aids, sendo reforçado por meio de parceria com o Ministério da Saúde. Este período é caracterizado pelo investimento do Banco Mundial que contribuiu no que se refere a investimentos ao Estado e as ONGs voltadas ao debate da AIDS.

O ano de 1993 foi um marco na intensificação de ações de enfrentamento do HIV, por meio de ações de vigilância, pesquisa, assistência e prevenção, que foram possíveis através de um convênio do Banco Mundial, firmado com o governo, possibilitando um incremento para programas de DST's e aids. Contudo, não se constituiu efetivamente, por conter falhas, no que se refere à dispensação de medicamentos e a falta de respostas expressivas, direcionadas à população mais vulnerável, na perspectiva de redução dos riscos. (PARKER, 1997).

Apesar da Constituição Federal de 1988 ter inaugurado uma nova fase de democratização das ações do Estado Brasileiro, as conquistas alcançadas passam a sofrer, a partir da década de 1990, grande ataque por parte do capital através do ideário neoliberal, ocasionando o desmonte dos direitos sociais que foram garantidos constitucionalmente, sobretudo na saúde. No que se refere particularmente ao SUS, cabe destacar que, a partir dos avanços da contrarreforma do Estado, na conjuntura da década de 1990, este passa a enfrentar um contexto desfavorável para sua efetivação, verificando-se um embate entre o projeto privatista e o projeto da Reforma Sanitária.

Segundo Costa (1996 apud Bravo, 2009), em detrimento do fortalecimento do Projeto de saúde voltado para as ações mercadológicas, se reforça a política de

---

que limitados, sobretudo se vistos pela ótica do trabalho, que não caracteriza o processo como uma forma de modernização conservadora, mas como uma Contrarreforma, que mantém a modernização conservadora e moderniza apenas pela ponta." (BEHRING, 2003, p.198)

ajuste, imposta como uma condição de superação da crise, visando o corte de gastos. Desse modo, o Estado redimensiona suas ações através de políticas setoriais e focalizadas, tornando-se diminuto para o social, garantindo apenas o básico através de políticas básicas cada vez mais precarizadas e, máximo para o capital, deixando nas mãos do setor privado o atendimento daqueles que possuem condições de pagamento de serviços. A população mais vulnerável é intensamente prejudicada principalmente na saúde, o que se conforma em um entrave para a efetividade do SUS, sobretudo no cumprimento dos seus princípios, atingindo diretamente os usuários que vivem com HIV/AIDS.

A partir desse contexto, é possível identificar que as políticas sociais sofrem ataques diretos em suas áreas de atuação, na saúde há uma refilantropização, provocada pelo redirecionamento ao mercado, por meio de estratégias que fragilizam toda a rede de atenção, envolvendo a prevenção, promoção e recuperação da saúde, no âmbito do SUS (PAIM, 2009). A proposta é de contenção de gastos e principalmente de incentivo a investimentos privados, no que se refere aos hospitais, especialmente os universitários. A Organização Mundial da Saúde (OMS) alega que a realidade dessas instituições é de alto custo, por envolver alta complexidade, ensino e pesquisa. Desse modo, se tornam muito mais atrativos para o capital privado, sendo a solução mais eficaz a privatização dos serviços, por meio de organizações sociais, empresas públicas e fundação estatal.

Um exemplo do avanço dessa perspectiva, particularmente na Paraíba, está no repasse da gestão do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), no município de Campina Grande/PB, e do Hospital Universitário Júlio Bandeira (HUJB), em Cajazeiras para a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), consolidando a privatização de um bem público. (FERREIRA, et al 2017). Vale salientar que, no município de Campina Grande, o hospital é referência no tratamento do HIV, junto com o Serviço de Assistência Especializada (SAE).

Estando inserida no âmbito da Política de saúde, a Política Nacional de Combate ao HIV/AIDS não fica isenta da atual conjuntura de desmonte dos direitos sociais que o país vivencia atualmente. Conforme destacamos anteriormente, o avanço da política de ajuste neoliberal vem rebatendo diretamente nas ações de enfrentamento da doença, no âmbito do sistema único de saúde (SUS), impossibilitando a efetivação dos direitos conquistados historicamente pelas pessoas vivendo com a doença, conforme discutiremos a seguir.

#### 4. AIDS E DIREITOS SOCIAIS: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

De acordo com a análise de Coutinho (1999), a partir das contribuições do sociólogo T.H.Marshall, o direito é construído a partir da democracia e da liberdade, ou seja, são conquistados a partir da mobilização da sociedade e se divide em três níveis: civis, políticos e sociais. Tomando como princípio as formulações de John Locke no que diz respeito aos direitos naturais inalienáveis: “Trata-se, essencialmente, do direito à vida, à liberdade de pensamento e de movimento (de ir e vir) e, não em último lugar, à propriedade.” (COUTINHO,1999, p.46).

As formulações de Locke, em relação ao direito natural ou até mesmo do estado de natureza, antecedem à formação do Estado, e as concepções legais de direitos pautados em normas, é uma categoria comum a todos os indivíduos. Desse modo, acredita na existência de um criador e regulador para a conduta do homem na natureza, ou seja na perspectiva divina que prevê a igualdade dos seres, independente da sua colocação na sociedade (OLIVEIRA; GOMES, 2007).

Coutinho (1999) destaca que Jonh Locke baseou seu pensamento político na afirmação de que existem direitos naturais dos indivíduos enquanto seres humanos, independente do status que ocupam na sociedade em que vivem. Tal concepção teve importante papel revolucionário em dado momento da história, na medida em que afirmava a liberdade individual.

No sentido de se adequar as formas contemporâneas de sociabilidade, que através da desigualdade social não permite a aceitação completa de direitos naturais universais e sem conflitos, é que surgem os direitos humanos.

Os Direitos Humanos são considerados como “universais, naturais e históricos, estão diretamente ligados à natureza humana e ultrapassam as fronteiras jurídicas.” (BRANDÃO, 2014, p. 26) De acordo com as contribuições de Benevides (2009), os DH universais são aqueles direitos comuns a todos os seres humanos, sem distinção de raça, sexo, classe social, religião, etnia, cidadania política ou julgamento moral. Decorrem do reconhecimento da dignidade intrínseca a todo ser humano. Independem do reconhecimento formal dos poderes públicos, por isso são considerados naturais ou acima e antes da lei, embora devam ser garantidos por esses mesmos poderes.

É importante ressaltar que a afirmação que os Direitos Humanos são históricos, se deve ao fato que eles evoluíram ao longo do tempo, e que seu reconhecimento é num mesmo tempo diferente em variados países.

Visando obter um entendimento mais elaborado sobre essa evolução histórica, os DH são classificados em três momentos, sendo o primeiro destinado à geração das liberdades individuais, no âmbito civil e político, principalmente no que se refere à superação da opressão por parte do Estado, e também de cunho religioso, sendo originado a partir dos ideais do liberalismo. Posteriormente, estão os direitos sociais atrelados às formas de sociabilidade, considerando as condições de produção e reprodução social, no âmbito do trabalho, como também da saúde e educação. A terceira fase de constituição dos DH está na atualidade, sob as novas demandas em torno da coletividade, à proteção do meio ambiente, ecologia e paz, alguns dos denominadores comuns de toda a sociabilidade. (BENEVIDES, 2009).

Ainda no que se refere a tal debate, Coutinho (1999) destaca que os direitos civis se constituem na esfera individual e privada em detrimento do cidadão, sendo originados a partir da luta contra o Estado absolutista. De acordo com Locke, foram alvo de críticas de Marx, pelo fato de serem privados e fruto de uma classe em ascensão. Os “direitos do homem” se tornaram os direitos da classe burguesa, não sendo suficientes para atingir a emancipação humana, ou seja, um direito universal.

Nesse sentido, surgem os direitos políticos que asseguram a participação na tomada de decisões da sociedade que, em um primeiro momento, se traduziram no direito ao voto com a conquista do sufrágio de modo limitado, pois apenas os proprietários tinham direito de tomar decisões em prol da nação, o que só foi modificado na “Europa no século XX, e, no Brasil, só em 1988, quando a Constituição Federal em vigor suprimiu a proibição de voto aos analfabetos.” (COUTINHO,1999, p.48). A partir de então, é incorporado o “sufrágio universal” e nos dias atuais podemos complementar com participação de associações e organizações.

No que se refere aos direitos sociais, o citado autor destaca que tal designação pode levar a equívocos, já que tais direitos, inclusive os civis e políticos, são sociais. Portanto, conceituar os “direitos sociais” não é uma tarefa fácil, pois os demais direitos são constitutivos da sociedade, nesse caso, a partir da reivindicação dos trabalhadores.

Os direitos sociais são os que permitem ao cidadão uma participação mínima na riqueza material e espiritual criada pela coletividade. (Esse mínimo, seguindo o que Marx já havia estabelecido em relação ao salário, não deve ser concebido apenas com base em parâmetros naturais, biológicos, mas deve ser definido sobretudo historicamente, como resultado das lutas sociais.) (COUTINHO,1999, p.50).

Particularmente no Brasil são institucionalizados com a CF/1988, que possibilitou um avanço no campo desses direitos, incluindo no rol dos direitos fundamentais tanto aqueles de natureza civil como também política e social.

No que se refere especificamente a questão social da AIDS, tal temática deve ser compreendida nas três esferas do direito, mas em especial como direito social no âmbito da saúde junto com à educação, habitação, previdência, assistência, entre outros direitos que foram conquistados historicamente.

Cabe enfatizar a Constituição Federal de 1988, como um espaço de afirmação dos direitos, no entanto, sua materialização efetiva só é possível por meio da luta social, para afirmar a aplicação dos dispositivos constitucionais como direitos efetivos de responsabilidade do Estado.

Dentre os avanços democráticos garantidos a partir desta no âmbito da saúde está a criação do Sistema Único de Saúde SUS, regulamentado através da lei 8080/90, já mencionada anteriormente, que versa sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Com a Constituição de 1988, a saúde passou a ser reconhecida como direito social, ou seja, inerente à condição de cidadão, competindo ao poder público a obrigação de garanti-lo. Cabe destacar que nesse âmbito insere-se as pessoas portadoras do vírus HIV/AIDS.

Nos primeiros anos, a veiculação da doença carregava um estigma de “caminho para a morte”, devido a manifestação rápida do vírus no organismo e o desconhecimento de um possível tratamento. Desse modo, a doença passou a ser conhecida pela interrupção da vida, contribuindo para o preconceito e a discriminação dos doentes e da utilização de termos como “aidético”, reforçando a imagem de fragilização do corpo que era causada pela doença. Esse estigma só foi modificado no final dos anos 1980, a partir da formação de grupos de autoajuda que visavam estabelecer uma interação social e identificar as pessoas atingidas pela infecção que não apresentassem limitações físicas relacionadas a doença, passando a se utilizar o termo “soropositivo”. (GRANJEIRO; SILVA; TEIXEIRA,2009).

A evolução da epidemia em 1980, se constituiu em um problema de saúde pública, devido ao crescente número de casos, necessitando de estratégias de enfrentamento, pois os indivíduos diagnosticados com a doença passaram a sofrer preconceito e discriminação, rebatendo nas relações pessoais, sendo violados os seus direitos. A falta de posicionamento do Estado, de modo imediato, impulsionou a articulação de ativistas políticos, profissionais de diferentes áreas e setores variados da sociedade em torno da luta contra a epidemia.

Galvão (1997), destaca que de um modo geral, os integrantes das organizações da sociedade civil provinham das universidades, igrejas, partidos e/ou organizações de militância política de esquerda. Duas personalidades que possuem em comum a longa militância política contra a ditadura militar, são determinantes para o início dessas mobilizações: Hebert de Sousa (Betinho) e Hebert Daniel. Ambos travam um debate acerca da necessidade de romper com a dimensão biológica da doença, propondo o termo viver com HIV □ AIDS, proporcionando uma visão positiva da doença, na perspectiva de continuação da vida, e isso só foi possível pela luta, principalmente dos infectados e das organizações da sociedade civil, tendo em vista que as respostas governamentais só se deram em torno de muita pressão popular.

Ventura (2003), traz uma discussão importante acerca dos direitos das pessoas que vivem com HIV, afirmando que tal segmento, obteve uma grande visibilidade social e no sentido de legislação específica, a partir do discurso da “solidariedade social” e o enfrentamento da AIDS como uma questão de cidadania.

A Constituição Federal de 1988, incorpora muitas demandas populares e, com relação ao HIV, destaca-se a criação de iniciativas, ainda que tímidas, no campo social e governamental, nesse sentido, a sociedade civil em conjunto com o departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais em 1989, cria a Declaração dos Direitos Fundamentais das pessoas portadoras do vírus da AIDS, que estabelece que os indivíduos tenham informações claras sobre a AIDS e os portadores do vírus tenham informações específicas, assim como o direito à assistência e ao tratamento.

Outra questão importante no que se refere aos direitos das pessoas vivendo com HIV/AIDS e que ganham notoriedade nesse contexto, é a luta pela não discriminação, principalmente em instituições empregadoras, o indivíduo não pode ser privado da participação em todos os âmbitos da sociedade por ser portador do vírus.



Nesse sentido, tem, inclusive, o direito de ser assegurado o sigilo sobre o seu diagnóstico. O teste de HIV só deve ser solicitado aos indivíduos para fins de tratamento, transfusões ou transplantes, de modo algum deve ser aplicado para o controle de pessoas, sendo assegurado “a continuação de sua vida civil, profissional, sexual e afetiva. Nenhuma ação poderá restringir seus direitos completos à cidadania.” (Art. XI)

Cabe destacar ainda os avanços no tocante ao tratamento e medicação contínua de forma gratuita através da lei 9.313 de 13 de novembro de 1996, que dispõe sobre a distribuição, padronização dos medicamentos e as despesas decorrentes da implementação desta Lei, serão financiadas com recursos do orçamento da Seguridade Social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme regulamento. No que se refere à rede de atenção do SUS, há a criação de Serviços de Assistência Especializada (SAE), a referencialização de Hospitais-Dia para o tratamento, Centro de Testagens e Atendimento domiciliar de cunho terapêutico, e de aconselhamento (MORAES, 2008).

Segundo Veteriano et al (2016), a Lei que garante a distribuição dos antirretrovirais (ARVs) adveio da pressão dos movimentos sociais, da articulação do governo e possibilitou uma redução nas taxas de mortalidade. No entanto, essa conquista foi perpassada por muitas lutas, no que diz respeito à produção e patente dos medicamentos, os primeiros anos da doença coincidentes com a luta pela democratização e os avanços da Constituição Federal de 1988, que traz o SUS como um “direito de todos e dever do Estado” abriram caminho para a legalização de forma judicial da compra dos ARVs.

De início, as iniciativas se deram em algumas localidades, como é o exemplo de São Paulo que tinha um quantitativo expressivo de HIV em relação aos demais Estados, e a universalização dos medicamentos só foi possível com o fortalecimento do Programa Nacional da Aids e a aprovação da Lei Federal 9.313 96.

Antes de 1996, uma vez que a legislação de propriedade intelectual então vigente proibia que medicamentos tivessem patentes, os antirretrovirais registrados no Brasil não estavam protegidos por este mecanismo, o que permitiu ao país produzi-los como genéricos. Era o caso de medicamentos como zidovudina (AZT), didanosina (DDI), nevirapina (NVP), lamivudina (3TC), ritonavir (RTV), entre outros. (VETERIANO et al, 2016, p.41).

As lutas continuaram no final da década de 1990 e início dos anos 2000, sob forte pressão das empresas farmacêuticas internacionais, na questão das patentes dos novos medicamentos que surgiam. Desse modo, o Brasil teve um significativo ganho na Declaração de Doha em 2001, que permite a licença compulsória e a produção de medicamentos genéricos por outros laboratórios, tendo em vista a defesa da saúde pública e dos direitos humanos, em especial, o direito à saúde. Nessa mesma perspectiva, surgem tratamentos menos tóxicos que possibilitam uma melhor qualidade de vida, mas que estão “sob a nova lei de propriedade intelectual promulgada em 1996, ou seja, apropriados por patentes e mantidos sob monopólio.” (VETERIANO et al, 2016, p.44).

Segundo as contribuições de Brandão (2014), outros direitos assegurados aos indivíduos que vivem com HIV □ AIDS estão na realização do atendimento em saúde na alta complexidade, no sentido de garantir que não haja discriminação, nesse sentido, está a obrigatoriedade das escolas e creches receberem crianças e adolescentes com HIV/AIDS, mantendo sigilo sobre seu diagnóstico. Há também direitos também no campo da previdência e assistência, por meio de benefícios destinados às pessoas que perdem a sua capacidade laborativa, através da retirada integral do fundo de garantia do tempo de serviço (FGTS) para questões de saúde, garantida através do Art. 20, XIII, da Lei nº 8.036, de 11 de maio de 1990. Outro direito das PVHA está em algumas legislações municipais e estaduais que garantem transporte gratuito, sendo preciso a luta pela nacionalização desse direito, como também na isenção de impostos do recebimento de benefício social ou aposentadoria.

O Auxílio Doença é cedido pela previdência e pago aqueles que estiverem incapacitados para o trabalho em razão de doença ou acidente por mais de 15 dias consecutivos, nesse caso, é necessária a contribuição ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), portanto o portador de HIV tem direito, mas deve cumprir o prazo mínimo de contribuição, ou seja, deve cumprir carência de no mínimo 12 meses, para estar na condição de assegurado. (BRASIL, 2018).

Em casos mais graves da doença, que incapacitem o indivíduo definitivamente para o trabalho e que o mesmo não possa ser reabilitado em outra profissão, este poderá requerer a aposentadoria por invalidez, a qual os portadores devem passar por perícia médica a cada dois anos, mas inicialmente é dada entrada no auxílio-doença e a partir da constatação de incapacidade permanente é indicada,

desse modo, também deve atender aos critérios de filiação e contribuição para a Previdência Social. (BRASIL,2018).

No tocante à Assistência Social, vale salientar o período de 1990, em que é sancionada a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), de nº 8.742 □ 93, sendo que a Política de Assistência é prevista desde a Constituição Federal de 1988 (SPOSATI, 2011). Por meio da LOAS se institui benefícios, serviços, programas e projetos destinados ao enfrentamento da exclusão social dos segmentos mais vulnerabilizados. Um desses benefícios assistenciais é o Benefício de Prestação Continuada (BPC) que é um auxílio ofertado pela Política de Assistência, mas é gerido pela Previdência Social.

O Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC), direito garantido pela Constituição Federal de 1988, regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), Lei nº 8.742 □ 93 e pelas Leis nº 12.435 □ 2011 e nº 12.470 □ 2011, que alteram dispositivos da LOAS; e pelos Decretos nº 6.214 □ 2007, nº 6.564 □ 2008 e nº 7.617 □ 2011, assegura 1 (um) salário mínimo mensal aos idosos, com idade de 65 anos ou mais, e à pessoa com deficiência, de qualquer idade, com impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, que comprove não possuir meios de garantir o próprio sustento, nem tê-lo provido por sua família. Em ambos os casos, é necessário que a renda mensal bruta familiar per capita seja inferior a  $\frac{1}{4}$  (um quarto) do salário mínimo vigente (BRASIL, 2017).

O BPC pode ser destinado aos portadores de HIV por se tratar de uma deficiência imunológica que incapacita as condições para o trabalho. Essa comprovação pode ser feita com apresentação de Laudo de Avaliação (perícia médica do INSS ou equipe multiprofissional do Sistema Único de Saúde). Sendo que só são considerados incapacitados “aqueles que possuem uma alta carga viral e uma baixa taxa de CD4, um dos conjuntos de células responsáveis pela imunidade do corpo humano, o qual é atacado pelo vírus HIV.” (MORAES, 2008, p.12).

Apesar dos avanços jurídicos na garantia dos direitos sociais de cidadania voltados as pessoas vivendo com HIV/AIDS, é importante destacar que são muitos os desafios e entraves impossibilitando a efetividade de tais direitos, principalmente se considerarmos a atual conjuntura social e política do país, caracterizada por um cenário de retrocessos, avanço do conservadorismo e a agressiva perda de direitos, conforme discutiremos a seguir.

## **5. DESAFIOS PARA EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS DA PESSOA VIVENDO COM HIV/AIDS NO ÂMBITO DO SUS.**

A “reforma” do Estado implantada no início da década de 1990, vem se materializando no âmbito da seguridade social através de um verdadeiro processo de desmonte, desestabilização, desresponsabilização do Estado e ataques aos direitos sociais garantidos constitucionalmente. No que se refere particularmente à Política de Saúde, os rebatimentos da contrarreforma do Estado têm se colocado como um impedimento para a efetividade dos princípios do SUS, pois subordina a política social à política macroeconômica, favorecendo o crescimento do setor privado com uma concepção de direito bem distinta da racionalidade do projeto de Reforma Sanitária, vinculada aos interesses dos trabalhadores.

O cenário atual e os vários desdobramentos políticos dos últimos anos têm sinalizado uma luz vermelha, chamando atenção para o enfraquecimento da Política de Saúde e para as ações de enfrentamento do HIV/AIDS, através da desestruturação dos serviços voltados a esses usuários, desde as campanhas de prevenção até a política de distribuição de medicamentos. Portanto, após mais de 20 anos da conquista do acesso aos ARVs é importante analisar a partir do contexto de avanço do ideário neoliberal, os desafios enfrentados pelas pessoas vivendo com HIV/AIDS, no que se refere a efetividade de seus direitos conquistados historicamente, como também, em que medida as estratégias de enfrentamento ao HIV são permeadas por ataques às políticas sociais e fortalecimento da iniciativa privada, o que atinge diretamente toda a população e, de maneira particular, os direitos das PVHA.

Cabe destacar que a partir dos anos 2000, Luís Inácio Lula da Silva (Lula), inicia seu mandato em 2003 dando sequência a contrarreforma do Estado, iniciada na gestão de Fernando Henrique Cardoso (FHC), seguindo a política econômica conservadora e ao subfinanciamento da seguridade social, e promovendo o que Silva (2013) chama de “a segunda contrarreforma da Seguridade Social”, implementando várias mudanças, das quais, a segunda etapa da reforma da previdência social.

Desse modo, vemos que, desde o primeiro mandato, o governo Lula aceitou sem maiores contestações as políticas neoliberais. Esperava-se o fortalecimento das políticas sociais e do SUS, no entanto, observa-se nos dois mandatos do referido

presidente que ora este assume a proposta da Reforma Sanitária, ora a proposta privatista. (BRAVO, 2009).

No que se refere às ações de enfrentamento do HIV/ AIDS, em 2005, foram tomadas algumas medidas pelo ministério da saúde, dentre elas, a iniciativa da quebra da patente dos antirretrovirais pelo governo brasileiro, que se deu em decorrência do aumento do número de pacientes em tratamento e, conseqüentemente, dos gastos do governo com a medicação. Mediante isso, cresce a mobilização de técnicos do Ministério da Saúde e também do PN-DST/AIDS, defendendo a fabricação dos medicamentos no Brasil através de laboratórios públicos. (PEREIRA; NICHATA, 2011).

Apesar da importância dessa iniciativa, no tocante a política de enfrentamento do HIV/AIDS no âmbito do SUS, Soares (2010) chama atenção para o fato que ocorre no governo Lula a legitimação do projeto que a referida autora denomina de “SUS possível”<sup>7</sup>, acirrando, ainda mais, a polarização entre o projeto da Reforma Sanitária e o projeto privatista.

É nesse contexto de avanço do processo de privatização da saúde que, no tocante a questão do HIV/AIDS, ocorre o que Parker e Seffner (2016) denominam de neoliberalização da prevenção da AIDS no Brasil. De acordo com os referidos autores, a estratégia de tratamento como prevenção, em suas diferentes modalidades que foi adotada no Brasil, se conjuga com certo raciocínio de ordem liberal, numa pauta de ontologia individualizante.

As iniciativas do governo em resposta à epidemia se deram na estratégia do crescimento da testagem e tratamento imediato, sendo que o aumento no número de testagens não foi acompanhado de novos casos diagnosticados, desse modo, houve uma desresponsabilização por parte do governo, no que se refere à outras estratégias de enfrentamento, alegando que a doença está controlada, levando em consideração apenas o caráter biomédico individualizante.

[...] entre 2003 e 2013, observou que 65% apresentaram história de perda de seguimento em algum momento do tratamento e que a probabilidade de perda de seguimento após cinco anos de início da terapia foi de 37,3%. A consequência, segundo o estudo, foi uma

---

<sup>7</sup> SUS Possível seria a junção dos objetivos dos dois projetos societários em disputa, legitimados por figuras que anteriormente defendiam o SUS do Projeto de Reforma Sanitária. Para maior abordagem do tema, ver Soares (2010).

substantiva perda de efetividade do tratamento. (GRANJEIRO, 2016, p.22).

A análise desses fatores é fundamental para acompanhar o crescimento da taxa de mortalidade, evidenciando que somente a distribuição gratuita dos ARVs não é suficiente, por não dar conta das questões estruturais do preconceito e também do funcionamento dos serviços de saúde, tendo como pilar principal de resposta à doença, o Sistema Único de Saúde (SUS) que viabiliza o tratamento das PVHA, principalmente no âmbito da atenção básica, por meio da realização de testagens, exames de carga viral e dispensação de medicamentos.

Assim, conforme destaca Parker e Seffner (2016), no Governo Lula já se delineava o enfraquecimento da participação da sociedade civil, a perda de autonomia das ONGs e com a continuidade do partido de esquerda, com o mandato de Dilma Roussef, houveram:

[...] claros sinais de recuo nas políticas públicas de gênero e sexualidade. Três acontecimentos são exemplares: em 2011, a suspensão da divulgação de material educativo para as escolas no âmbito do Programa Brasil Sem Homofobia (o chamado kit anti-homofobia ou kit gay pela imprensa); em 2012, foram as polêmicas quando do cancelamento da campanha de prevenção de carnaval voltada ao público de jovens gays; e em 2013, o veto à campanha dirigida a profissionais do sexo, que conjugava prevenção com autoestima na prostituição, e que redundou também na demissão sumária do coordenador do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. (PARKER; SEFFNER, 2016, p.29).

Corrêa (2016) destaca os desafios do sistema público de saúde, em especial no que trata do financiamento e da abertura ao setor privado por meio das organizações sociais, para a prestação de serviços de saúde que obtiveram grande força nos governos do Partido de Trabalhadores (PT). Portanto, a discussão do HIV passa a ser desvinculada da perspectiva dos direitos humanos, e sendo duramente atacada pelas forças conservadoras, o que tem causado impacto direto nas estratégias de promoção e prevenção da doença.

É importante notar que os atores e as visões conservadores não estavam ausentes dos cenários dos anos 1980 e 1990. Por exemplo, durante a reforma constitucional, a pequena bancada evangélica, já atuante no Congresso e aliada a outras forças conservadoras, conseguiu impedir a inclusão de menção sobre orientação sexual no texto final. Mais tarde, em diversas ocasiões a hierarquia da Igreja

Católica atacou abertamente a distribuição ampla e gratuita de preservativos pelo Ministério da Saúde. (CORRÊA, 2016, p.14).

No âmbito político, cabe destacar a dificuldade de aprovação de leis nesse caso, devido a fragmentação dos partidos políticos e a presença cada vez mais expressiva de representantes conservadores, vale salientar que essa força não atinge somente as políticas do HIV/AIDS ou da diversidade sexual, mas culminaram no processo de Impeachment da Presidente Dilma Rouseff, sendo utilizados argumentos religiosos conservadores em prol de “Deus e da Família”, e o agravo moral da situação se deu na infame declaração por parte do deputado Jair Bolsonaro “uma das vozes mais virulentas no ataque a temas relacionados à sexualidade e aos direitos, dedicou seu voto a um infame torturador da ditadura ao declarar seu apoio ao impeachment de uma presidente que foi ela mesma torturada.” (CORRÊA, 2016, p.16).

Conforme já era de se esperar, a presidente foi afastada, sendo votado o Impeachment que se conformou em um golpe político para que então seu vice, Michel Temer, assumisse a presidência, iniciando-se os tempos “temerosos” de redução das políticas públicas, e valorização do capital, eliminando diversos ministérios e, dentre eles, o dos Direitos Humanos, atacando os direitos conquistados na Constituição Federal de 1988, e o ministro da saúde informando que o financiamento, especialmente em relação ao HIV é insustentável, também “propôs que fosse suspenso o decreto da Presidência, assinado por Dilma Rouseff no início de maio, que assegura o direito ao nome social de travestis e pessoas trans em todas as instituições públicas federais.”(CORRÊA, 2016, p.17).

É importante enfatizar que as ações do atual governo indicam um profundo retrocesso dos direitos sociais garantidos constitucionalmente, com implicações nas várias áreas de políticas públicas e principalmente a Saúde. O governo Temer anunciou um pacote de medidas que visam o congelamento de despesas em segmentos como educação e saúde, que impactam diretamente no enfrentamento do HIV/AIDS. A Proposta de Emenda Constitucional, conhecida como PEC dos gastos públicos 55/2016 foi aprovada e promulgada, congelando por 20 anos os gastos públicos em detrimento do equilíbrio fiscal. (BRASIL,2018). Tal medida se constitui em um retrocesso das políticas públicas que funcionam de forma precária, e necessitam de incentivos para o seu desenvolvimento, e para o atendimento digno à toda sociedade.

Nemes e Scheffer (2016) chamam atenção para o fato que, em meio à crise política e econômica agravada no Brasil a partir de 2016, o SUS, do qual dependem a manutenção da assistência e o tratamento em AIDS, enfrenta a diminuição de recursos e investimentos públicos, a baixa eficiência de gestão, deficiências e fragmentação na rede assistencial, precárias condições de vínculos de trabalho e de remuneração, resultado do avanço da ofensiva neoliberal e da contrarreforma do Estado na saúde que promoveu, e continua promovendo, um verdadeiro desmonte das políticas públicas no país.

Nesse sentido as respostas por parte dos governos são fragmentadas e visam à redução de gastos em nome da “crise”, afetando os direitos sociais básicos conquistados na CF/88, principalmente na área da seguridade social que envolve a retração de direitos das PVHA em todos os sentidos. A fragilidade em novas estratégias de enfrentamento, apontam uma reemergência da epidemia. Dados do Boletim epidemiológico HIV/AIDS apontam que, “de 1980 a junho de 2017, foram identificados no país 882.810 casos de aids no Brasil. O país tem registrado, anualmente, uma média de 40 mil novos casos de aids nos últimos cinco anos.” (BRASIL, 2017).

A Paraíba em 2017, teve o maior número de casos de HIV relacionados aos anos anteriores, foram 557 diagnósticos, sendo que em 2016 foram 493, e em 2015, 356, revelando um fator positivo na agilidade de início ao tratamento, correspondendo a uma diminuição nos casos de Aids, sendo em 2016, 390 casos, em 2017 o número caiu para 296, assim como a redução de suas complicações, no que se refere à outras doenças oportunistas, e também de morte. (PB...2018). Cabe destacar que o crescimento do número de casos que vem ocorrendo no país, e particularmente a nível local, demonstram a necessidade de se aprofundar o debate e a discussão da AIDS e a necessidade de estratégias mais firmes por parte do governo, na afirmação dos direitos de toda a população, e em especial os mais vulnerabilizados, como as pessoas que vivem com o HIV.

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo, teve dentre seus objetivos, refletir sobre os direitos das pessoas vivendo com HIV/AIDS no âmbito do SUS e os desafios enfrentados para efetivação de tais direitos. Conforme chama atenção Brandão (2014), apesar de



todas as garantias jurídicas-formais no que se refere aos direitos das pessoas vivendo com HIV/AIDS, ainda são muitas e diversificadas as formas de negação de direitos aos indivíduos que convivem com o vírus, constituindo-se praticamente uma morte em vida.

Apesar do avanço que significou a criação e implementação do SUS no contexto dos anos 1980, e da formação de uma rede de atendimento especializada, oferecendo acesso universal aos medicamentos na rede pública de saúde, criando os Hospitais-dia (HD), Centros de Testagens e Aconselhamento (CTAs), Atendimento Domiciliar Terapêutico (ADTs), além da criação dos Serviços de Atendimento Especializado em HIV/AIDS (SAEs), são muitas as fragilidades no acesso aos serviços oferecidos, principalmente a partir do avanço da ofensiva neoliberal que ocorre a partir da década de 1990, materializada através da contrarreforma proposta pelo Estado, visando a redução de gastos na área social, atingindo diretamente a política de enfrentamento da doença e a efetivação dos direitos sociais das pessoas acometidas pela doença.

Diante desses desafios encontra-se o processo de contrarreforma do Estado, que atinge todas as políticas sociais, conformando-se em uma retração dos direitos socialmente conquistados, interferindo diretamente nas práticas dos diversos profissionais da saúde, bem como na qualidade dos serviços prestados aos usuários do SUS, dentre estes das pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Portanto, o desmonte das políticas, e em especial a saúde, no sucateamento do bem público que é o SUS, atinge diretamente os usuários com HIV, pois conforme afirmam Nemes & Scheffer (2016), p.34, o SUS “é o pilar de sustentação do programa brasileiro de AIDS”, os dois contemplam os princípios de universalidade e equidade, nesse sentido, não se pode desarticular um sem que o outro também não sofra as consequências, nesse caso, milhões de brasileiros que dependem dos serviços públicos de saúde para realizarem seu tratamento.

As respostas governamentais em torno do HIV/AIDS construídas nos últimos anos, foram de extrema importância para o enfrentamento da doença, no entanto com avanço da contrarreforma do estado que vem se refletindo diretamente no campo da saúde, e com a aprovação da PEC 55/2016, que prevê cortes de gastos nas políticas públicas, congelando os investimentos na área social, poderão causar resultados devastadores, desconstruindo todas as conquistas sociais obtidas até hoje.

Tais estratégias rebatem nas condições de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS, bem como na continuação do seu tratamento, pois a fragilidade do sistema público de saúde implica no enfraquecimento dos serviços voltados a tal segmento, tendo como principal canal de atendimento à atenção básica, que funciona de modo precário, confluindo na demora de marcação de consultas, a falta de médicos especialistas, e falta de estrutura física adequada, desrespeitando inclusive o direito ao sigilo no atendimento.

Cabe destacar ainda o enfraquecimento dos movimentos de luta por respostas mais efetivas em relação às melhorias para o enfrentamento da doença, e a presença política da ala conservadora, dificultando campanhas educativas mais expressivas, e do entrave aos projetos de lei por meio da bancada evangélica, constituindo-se em um grave retrocesso.

Particularmente no município de Campina Grande/PB, os resultados da contrarreforma se expressam em todos os espaços que formam a rede de atendimento e de tratamento ao HIV/AIDS. No que se refere especificamente ao HUAC, instituição de alta complexidade que atende as pessoas vivendo com a doença, cabe mencionar que a instituição teve o repasse da sua gestão para a EBSEH, conformando-se em um desmonte da política de saúde, através da precarização dos serviços, bem como dos vínculos empregatícios, o que vem comprometendo a qualidade dos serviços prestados aos usuários do SUS e nesse âmbito das Pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Tal cenário, reflete o desmonte da política de saúde no país, tornando-se necessário ampliar o protagonismo dos movimentos sociais com a participação ativa de todos os cidadãos, na busca do desenvolvimento efetivo das políticas, sem a redução de nenhum direito, ir além da perspectiva de testagem e tratamento, investindo mais em ações socioeducativas para o enfrentamento da doença.

Portanto, é preciso incentivar as práticas políticas, através do protagonismo social da população, como forma de enfrentamento aos ataques do capital, em busca da conquista de investimentos nessa área, pois apesar de se tratar de uma epidemia controlada, os dados dos últimos boletins epidemiológicos sinalizam um crescimento do número de casos, principalmente nas regiões mais vulnerabilizadas.

É necessário, nesse sentido, a viabilização mais efetiva de campanhas envolvendo a temática do HIV, principalmente com a população jovem, apresentando suas implicações, formas de tratamento, atuando na perspectiva de

prevenção da doença e no âmbito do tratamento buscando fortalecer as iniciativas para a efetivação dos direitos sociais desses indivíduos.

## **THE RIGHTS OF PEOPLE LIVING WITH HIV / AIDS IN UNDER THE SUS: A QUESTION IN ANALYSIS**

RAFAELA BORGES RAMOS

### **ABSTRACT**

Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), disease caused by the through the Human Immunodeficiency Virus (HIV) constitutes an evolving epidemic and a serious health problem worldwide. Its occurrence occurs in 1981 in the United States, rapidly spreading and arriving in Brazil as a new foreign disease that, through the growth of reported cases, has become a challenge for public health, and for professionals working in politics of coping with the disease. This study was motivated by the experience of a compulsory supervised internship in social service, at the University Hospital Alcides Carneiro - HUAC, located in the city of Campina Grande / PB, which is a reference unit in the treatment of the disease. From the insertion in such an institution, it was possible to identify the daily challenges faced by people living with the disease, in terms of guaranteeing their basic rights of citizenship. In this sense, the present study of a qualitative nature and of a documentary and bibliographic character, in which stand out authors such as: Parker (1997; 2016); Bravo (2008); Coutinho (1999), among others, had as main objective to reflect on the rights of people living with HIV / AIDS within the scope of SUS and the challenges faced by such segment, in order to realize these rights. The results of this study point to the need to strengthen the policy of coping with the disease, in view of the retreat of the rights of people living with HIV / AIDS, in view of the neoliberal attack on social policies, especially in the area of health.

**Keywords:** Social Rights. HIV □ AIDS. SUS

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA-F. N.; PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira em Perspectiva e o SUS**. In: Saúde Coletiva: Teoria e Prática. 1 ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

BRASIL, **Auxílio Doença**. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/servicos-ao-cidadao/todos-os-servicos/auxilio-doenca/>. Acesso em 22 de maio de 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. **Boletim epidemiológico aids/DST**. Brasília Jul./ set. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS e DST**, Brasília, 2017.

\_\_\_\_\_. **Aposentadoria por Invalidez**. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/servicos-ao-cidadao/todos-os-servicos/aposentadoria-por-invalidez/>. Acesso em 22 de maio de 2018.

\_\_\_\_\_. **Benefício de Prestação Continuada- BPC**. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/relcrys/bpc/indice.htm>. Acesso em 22 de maio de 2018.

\_\_\_\_\_. **Direitos das PVHA**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/direitos-das-pvha>. Acesso em 22 de maio de 2018.

\_\_\_\_\_. **O que é HIV**, 2017. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv>. Acesso em 26 de julho de 2017.

\_\_\_\_\_. **O Que São IST**, 2017. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-sao-ist>. Acesso em 26 de julho de 2017.

\_\_\_\_\_. **Promulgada Emenda Constitucional dos Gastos Públicos**. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2016/12/15/promulgada-emenda-constitucional-do-teto-de-gastos>. Acesso em: 13 de julho de 2018.

\_\_\_\_\_. **Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV □ AIDS e das Hepatites Virais**, 2017. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv/sintomas-e-fases-da-aids>. Acesso em 20 de maio de 2018.

BENEVIDES, M.V. Cidadania e Direitos Humanos. In: Instituto de estudos avançados da Universidade de São Paulo. Disponível em: <http://www.iea.usp.br/publicacoes/textos/benevidescidadaniaedireitoshumanos.pdf/>. Acesso em: 22 de Maio de 2018.

BRAVO, M, I, S. Política de Saúde no Brasil. In: **Serviço Social e Saúde**. 3 ed. São Paulo: Cortez. Brasília<DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.

BRANDÃO.J.C. **Os desafios enfrentados pelas pessoas vivendo com HIV/AIDS para efetivação dos Direitos de cidadania**: Um estudo junto ao serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS e Hepatites Virais (SAE) no Município de Campina Grande/PB. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2014. [Monografia]

BEHRING. E. R. **Brasil em Contrarreforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. 2ª edição. São Paulo. Editora Cortez, 2009

BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. In: **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical** 34,2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v34n2/a10v34n2.pdf>. Acesso em 26 de Julho de 2017.

BORUCHOVITCH, E. et al. Conceito de doença e preservação da saúde de população de professores e escolares de Primeiro Grau. In: **Rev. Saúde pública** S. Paulo, 25: 418-25, 1991. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/1991.v25n6/418-425/pt>. Acesso em 31 de março de 2018.

CFESS, **Resolução N.º 383/99 de 29 de março de 1999**. Caracteriza o assistente social como profissional da saúde,1999.

COUTINHO, C. N. **Cidadania e Modernidade**. São Paulo, 1999. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/perspectivas/article/view/2087/1709>. Acesso em: 19 de Maio de 2018.

CORRÊA, S. A resposta brasileira ao HIV e à AIDS em tempos tormentosos e incertos. In: **Rev. Mitos vs realidade**: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016. ABIA. 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: 28 de Maio de 2018.

FERREIRA, A. P. S. et al. Hospital Universitário Alcides Carneiro: **Caracterização socioinstitucional**. Campina Grande, Mimeo, 2017.

GALVÃO, J. As respostas das organizações não-governamentais brasileiras frente à epidemia de HIV □ AIDS. In: **Políticas, Instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil** □ Richard Parker (org). Rio De Janeiro: Jorge Zahar: ABIA, 1997.

\_\_\_\_\_. **1980-2001: uma cronologia da epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no mundo.** Rio de Janeiro: ABIA, 2002.

GAMBARRA, R. **Número de Diagnósticos de AIDS aumenta na PB; estado passará a receber profilaxia esse semestre.** *Jornal da Paraíba*, Paraíba, 19 de abril de 2018. Disponível em: <[http://www.jornaldaparaiba.com.br/vida\\_urbana/numero-de-diagnosticos-de-aids-aumenta-na-pb-estado-passara-receber-profilaxia-este-semester.html](http://www.jornaldaparaiba.com.br/vida_urbana/numero-de-diagnosticos-de-aids-aumenta-na-pb-estado-passara-receber-profilaxia-este-semester.html)>. Acesso em: 13 de julho de 2018.

GRANGEIRO A.; SILVA L.; TEIXEIRA, P.R. Resposta à aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. In: **Rev Panam Salud Publica.** 2009;26(1): 87–94.

GRANJEIRO, A. Da estabilização à reemergência: os desafios para o enfrentamento da epidemia de hiv/aids no brasil. In: Rev. **Mitos vs realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de hiv e aids em 2016.** ABIA. Disponível em: <[http://abi aids.org.br/wp-content/uploads/2016/07/Mito-vs-Realidade\\_HIV-e-AIDS\\_BRASIL2016.pdf](http://abi aids.org.br/wp-content/uploads/2016/07/Mito-vs-Realidade_HIV-e-AIDS_BRASIL2016.pdf)> Acesso em: 28 de Maio de 2018.

JUNQUEIRA, J. S. **Os direitos fundamentais do homem.** 2014. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/29503/os-direitos-fundamentais-do-homem>. Acesso em: 19 de Maio de 2018.

MORAES, S. S. **Os entraves na concessão de Benefício de Prestação Continuada aos portadores de HIV □ AIDS: Um estudo junto à rede Nacional de pessoas vivendo e convivendo com HIV □ AIDS- Núcleo de Campina Grande-PB.** 2008. Trabalho de Conclusão de Curso-Universidade Estadual da Paraíba-UEPB.

NEMES. M. I. B.; SCHEFFER. F. Desafios da assistência às pessoas que vivem com HIV e AIDS no Brasil. In: **Rev. Mitos vs Realidade: Sobre a resposta Brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016.** Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), Rio de Janeiro, Julho 2016.

OLIVEIRA, J. F. de. **Os rebatimentos da contrarreforma do estado na saúde**: um estudo da política de enfrentamento do HIV/AIDS no serviço de assistência especializada em HIV/AIDS e hepatites virais (SAE) no município de Campina Grande - PB. 2016. 105f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2016. [Monografia] Disponível em: <http://dspace.bc.uepb.edu.br:8080/xmlui/handle/123456789/14967>. Acesso em: 20 de Maio de 2018.

OLIVEIRA, S. A. **Norberto Bobbio**: teoria política e direitos humanos. In: **Rev. Filos.**, v. 19, n. 25, p. 361-372, jul./dez. 2007. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/aurora/article/view/1201/1132>>. Acesso em 23 de Maio de 2018.

PAIM, J.S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PARKER, R. (org). **Políticas, Instituições e Aids no Brasil**: Enfrentando a epidemia no Brasil. Rio De Janeiro: Jorge Zahar Ed. ABIA, 1997.

PARKER, R.; SEFFNER, F. A neoliberalização da prevenção do hiv e a resposta brasileira à aids. In: **Rev. Mitos vs realidade**: sobre a resposta brasileira à epidemia de hiv e aids em 2016. ABIA. 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: 28 de Maio de 2018.

PATRIOTA, L. M.; AMORIM, J. de A.; SCHULZE, M. B. **AIDS: Transformações Sociais, Políticas e Culturais produzidas pela epidemia**. 2002 5f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual Da Paraíba, PB.

**PB tem maior número de Diagnóstico de HIV da História em 2017**, diz saúde. Disponível em: <https://g1.globo.com/pb/paraiba/noticia/pb-tem-maior-numero-de-diagnosticos-de-hiv-da-historia-em-2017-diz-saude.ghtml>. Acesso em 14/07/2018.

PEREIRA, A. J.; NICHATA, L. Y. I. A sociedade civil contra a AIDS: demandas coletivas e políticas pública. In: **Ciência de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro v. 16, n. 7, p. 3249-3257, Julho 2011. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/24.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2018.

SANTOS, R. M. **O serviço Social e a exclusão □ Inclusão social dos portadores de HIV □ AIDS: demandas e desafios nos hospitais públicos.** 2005.169f. Dissertação (Pós-Graduação em Serviço Social) Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal □ RN.22 de julho de 2005.

Disponível em: <ftp://ftp.ufrn.br/pub/biblioteca/ext/bdtd/ReginaMS.pdf>. Acesso em 15.Mai.2018.

SANTOS, M.de S. **A AIDS e a Juvenilização da epidemia: Uma questão em debate.** 2016.28f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Serviço Social) Universidade Estadual da Paraíba. [artigo] Campina Grande-PB. Disponível em: <http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/13869/1/PDF%20-%20Ishesiley%20Micaelle%20de%20Sousa%20Santos.pdf>. Acesso em 20 de Maio. 2018.

SOARES, R. C. **As particularidades da Contrarreforma na Política de Saúde Brasileira.** In: XIX SEMINÁRIO LATINO AMERICANO DE ESCUELAS DE TRABAJO SOCIAL. Universidad Catolica Santiago de Guayaquil, Ecuador. 4-8 de octubre 2009.

SPOSATI, A. **Assistência Social em Debate: Direito ou Assistencialização? O trabalho do/a Assistente Social no Suas:** seminário nacional / Conselho Federal de Serviço Social - Gestão Atitude Crítica para Avançar na Luta. – Brasília: CFESS, 2011. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/SEMINARIO\\_SS\\_no\\_SUAS\(2009\).pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/SEMINARIO_SS_no_SUAS(2009).pdf). Acesso em 01 julho. 2017

SILVA, A. X. **Lutas sociais e contradições dos sujeitos políticos coletivos no processo da Reforma sanitária Brasileira.** Tese (Doutorado em serviço social) Universidade Federal de Pernambuco- UFPE, Recife, PE, 2013.

UNAIDS, **Legislação Brasileira e o HIV.** 2017. Disponível em: <https://unaids.org.br/conheca-seus-direitos/>. Acesso em 23 de maio de 2018.

\_\_\_\_\_, **Organização Mundial da Saúde,** 2016. Disponível em: <[http: □ □ □ www.unaids.org.br](http://www.unaids.org.br)> Acesso em 20 de abril de 2017.

VETERIANO, T. JR et al. A luta continua: Avanços e retrocessos no acesso aos antirretrovirais no Brasil. In: **Rev. Mitos vs realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de hiv e aids em 2016.** ABIA. Disponível em:< [http://abiadays.org.br/wp-content/uploads/2016/07/Mito-vs-Realidade\\_HIV-e-AIDS\\_BRASIL2016.pdf](http://abiadays.org.br/wp-content/uploads/2016/07/Mito-vs-Realidade_HIV-e-AIDS_BRASIL2016.pdf)> Acesso em: 28 de Maio de 2018.