

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

A PERSPECTIVA DA SAÚDE MENTAL NO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA
ESPECIALIZADA PARA PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

Leonardo Giusti Romano

Porto Alegre

2016

Leonardo Giusti Romano

A PERSPECTIVA DA SAÚDE MENTAL NO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA
ESPECIALIZADA PARA PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Psicologia – Habilitação Psicólogo – do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, referente às disciplinas de TCC-I e TCC-II, como requisito parcial à obtenção do grau, sob orientação da Prof. Dra. Rosemarie Gartner Tschiedel

Profa. Dra. Rosemarie Gartner Tschiedel

Debatadora: Profa. Dra. Cleci Maraschin

Porto Alegre

2016

ABREVIATURAS E SIGLAS

AGHOS – Sistema de Administração Geral dos Hospitais

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (sigla em inglês para Acquired Immunodeficiency Syndrome)

ARV – Antirretrovirais

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana (sigla em inglês para Human Immunodeficiency Virus)

CD4+ - Linfócitos T CD4+

CD8+ - Linfócitos T CD8+

DST – Doença Sexualmente Transmissível

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização Não-Governamental

PAM – Plano de Ações e Metas

SICLOM – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SISCEL – Sistema de Controle de Exames Laboratoriais

SUS – Sistema Único de Saúde

TARV – Terapia Antirretroviral

Resumo: O presente trabalho de conclusão de curso se propõe a demonstrar a importância das políticas públicas como forma de enfrentamento à epidemia do HIV/AIDS, para a organização e funcionamento da rede de atenção pública do SUS e para promover o compartilhamento de informações sobre o vírus HIV/Aids. Na experiência de estágio em Psicologia Social e Políticas Públicas, estas políticas puderam ser observadas, na prática, através da equipe multiprofissional e interdisciplinar, assim como nos atendimentos aos usuários. O efeito que trazem na vida das pessoas pela abertura ao diálogo, a busca de um melhor entrosamento, a qualidade de atendimento e de vida, são objetivos estipulados pelas políticas. Desta forma o psicólogo encontra um lugar neste tensionamento do fazer multiprofissional e o seu olhar, intervenções e manejos de situações são realizadas em conjunto com a pessoa atendida. Esta construção deve ser elaborada com a participação ativa do usuário buscando um efeito terapêutico e a prática pautada pela ética e qualidade de vida do usuário.

Palavras-chave: Hiv/Aids; Tarv; Saúde Mental; Políticas Públicas; Humanização

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO.....	6
II. JUSTIFICATIVA PARA TRABALHAR O TEMA SOBRE HIV/AIDS.....	9
III. HISTÓRICO DO SURGIMENTO DO HIV/AIDS.....	11
3.1 Diferença entre ser Portador do Vírus Hiv e Viver com Aids.....	13
3.2 Estigmas e Preconceitos em relação a Pessoas Vivendo com o Vírus Hiv/Aids.....	15
3.3 Mitos sobre Hiv/Aids.....	17
IV. DADOS EPIDEMIOLÓGICOS ESTATÍSTICOS DA INFECÇÃO DE HIV NO BRASIL, REGIÕES DO BRASIL E CAPITAIS BRASILEIRAS.....	19
V. POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONAIS EM RELAÇÃO AO HIV/AIDS.....	22
VI. PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DO HIV/AIDS.....	25
6.1 A Importância da Atenção em Saúde Mental para Pessoas Vivendo com Hiv/Aids.....	27
6.2 Adesão à Terapia Antirretroviral.....	29
VII. A EXPERIÊNCIA DE ESTAGIAR NO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA DO CENTRO DE SAÚDE SANTA MARTA.....	34
VIII. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
IX. Referências.....	41

I. INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso de Psicologia Noturno da UFRGS consiste numa reflexão sobre minha experiência de estágio de Políticas Públicas, no SAE - Serviço de Assistência Especializada, do Centro de Saúde Santa Marta, que está incluído no Programa do Ministério da Saúde e do SUS - Sistema Único de Saúde, denominado de Plano Estratégico – Programa Nacional de DST e Aids, o qual estabeleceu diretrizes para o enfrentamento da epidemia de HIV/Aids. O SAE faz parte da rede pública de saúde e o trabalho é exercido por uma equipe multiprofissional de forma interdisciplinar. Os princípios que regem o SUS são observados no funcionamento geral dos serviços.

O estágio foi fundamental para fornecer uma noção do funcionamento da rede de saúde pública que deve funcionar de forma integrada e, especificamente, no SAE, foi trabalhado o acolhimento das pessoas que lá chegam com o diagnóstico positivo de HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana ou que já fecham critério para Aids – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, devido a ocorrência de doenças oportunistas pela atuação do vírus, ou seja, na elevação da carga viral e diminuição dos linfócitos responsáveis pela defesa imunológica orgânica. Os usuários chegam ao SAE do Centro de Saúde Santa Marta do Município de Porto Alegre/RS, provenientes do Sistema de Administração Geral dos Hospitais – Aghos, do Ambulatório de Dermatologia Sanitária, do Teste Rápido, o qual é realizado pelos profissionais de Serviços de Assistência Especializada, Postos de Atendimento Médico, outros Centros de Saúde ou de laboratórios, com exame positivo de HIV. Como é previsto no programa nacional, há o aconselhamento pré-teste e o pós-teste, com as pessoas que comparecem para fazer o teste rápido, geralmente, após passarem por uma situação de risco de contaminação.

Na condição de estagiário pude transitar pelos espaços de atuação e me apropriar das tarefas que eram postas em prática. Assim como, posteriormente, ir me integrando na equipe e realizando as tarefas pré-estabelecidas e, principalmente, os trabalhos no TR – teste rápido, no que tange o aconselhamento e acolhimento dos usuários, com o preenchimento dos formulários e do SINAM, para depois marcar atendimento psicossocial, que poderia ser de uma a três sessões, dependendo da situação do usuário, da forma como lida com a doença e dos prejuízos que sofre, em função da sorologia positiva, poderiam ser realizados outros atendimentos.

Os usuários que chegam ao SAE precisam ser bem acolhidos e ser feita a adesão dos que tem diagnóstico positivo para HIV, na rede pública de saúde e no SUS, para início de tratamento e prescrição de exames médicos necessários no intuito de verificar a situação do usuário e dos marcadores: carga viral e linfócitos T CD4/CD8. Muitos são encaminhados para fazer o cartão do SUS, que é o primeiro passo da ligação com a rede de saúde e o SAE. É observada a autonomia dos municípios, no atendimento dos usuários, dependendo do endereço residencial dos mesmos e a autonomia territorial estabelecida por Lei, referente aos distritos territoriais de abrangência dos Centros de Saúde do Município de Porto Alegre/RS. O que significa que alguns usuários sejam reencaminhados.

O HIV/Aids é considerada hoje uma pandemia mundial que continua se alastrando, principalmente em países subdesenvolvidos. Como o vírus HIV foi transmitido ao ser humano? Qual a sua origem? O HIV já existia há muito tempo ou surgiu na sociedade contemporânea? O seu surgimento foi restrito a algumas regiões ou foi concomitante em várias partes do mundo? Como de transmissões locais e esporádicas na África se transformou numa pandemia mundial? Estas são perguntas que ainda não têm respostas definitivas. Porém, no que se refere à atuação do vírus no organismo humano, foram inventados os antirretrovirais, nos anos 90, os quais revolucionaram o tratamento dos acometidos pelo vírus HIV/Aids, que antes estava ligado com a mortalidade/letalidade e, com a TARV – Terapia Antirretroviral, passou a ser vista como uma doença crônica.

No Brasil, os antirretrovirais passaram a ser disponibilizados para distribuição na rede pública de saúde, a partir de 1996, a todos os usuários contaminados pelo vírus HIV e que aderiram ao tratamento. A quebra da patente e a disponibilização gratuita dos medicamentos passaram a ser parte das políticas públicas nacionais de enfrentamento da doença. Políticas públicas como essa tornaram o Brasil referência mundial na forma de lidar com a epidemia do HIV/Aids. Essas políticas, contidas no plano nacional estratégico, foram descentralizadas para as regiões e municípios brasileiros – secretarias estaduais e municipais de saúde, como forma de facilitar a gerencia e as práticas dos planos estabelecidos com a delegação de atribuições e trabalhos.

O presente trabalho tem o intuito de promover o compartilhamento de informações sobre a epidemia mundial desencadeada pelo vírus HIV/Aids, o histórico e evolução da doença no Brasil, as políticas públicas de enfrentamento da doença, os efeitos do contágio nas pessoas, de um ponto de vista geral e, especificamente, sobre o preconceito e estigma que o indivíduo que vive com HIV/Aids sofre na sociedade. Além disso, será abordada a adesão à terapia antirretroviral, fatores de proteção, prevenção e de vulnerabilidade em

relação ao contágio, o funcionamento da rede pública municipal de saúde, observada no SAE/Santa Marta, a importância do trabalho do profissional da psicologia no apoio aos usuários e, finalmente, sobre a minha experiência no estágio percorrido durante o período de um ano.

Há muitas pesquisas, realizadas em todo o mundo, sobre a busca de uma cura do HIV/Aids, inclusive, porque é uma epidemia nos países desenvolvidos, os quais têm pesquisas avançadas sobre os vários fatores que envolvem o contágio do vírus e a sua atuação no organismo humano. Porém, até o presente momento, não surgiu nenhuma vacina imunizadora do vírus ou cura para as pessoas contaminadas; assim como não há previsão disso acontecer. Portanto, a melhor forma de lidar com os riscos de contágio, é a prevenção, pois há poucas formas de se pegar a doença e esse fato facilita os meios de proteção.

O sexo seguro sempre é enfatizado, porque o vírus está presente, além de no sangue, nas secreções sexuais e no leite materno. A utilização de preservativos masculinos ou femininos é importante para prevenir o contágio do HIV. Outro ponto a ser destacado é o risco da contaminação pelo uso compartilhado de instrumentos de uso de drogas como seringas, o cachimbo do crack ou canudos para usar cocaína em pó. Os outros meios de contágio são o vertical, ou seja, da mãe para o filho e dos profissionais da área de saúde com manutenção de instrumentos perfuro-cortantes com sangue contaminado. Com os exames atualmente realizados, praticamente deixou de existir o risco de contaminação nas transfusões de sangue, porque o doador passa por teste antes de doar sangue aos estabelecimentos hospitalares ou vinculados.

II. JUSTIFICATIVA PARA TRABALHAR O TEMA SOBRE HIV/AIDS

A vida das pessoas que foram contaminadas com o vírus HIV/Aids sofre uma profunda transformação biopsicossocial e em todas as áreas. O abalo psicológico, muitas vezes, é intenso e o sofrimento também. Algumas pessoas, em decorrência da doença, podem vir a sofrer algum transtorno psicológico transitório ou que permanecerá. Não há cura conhecida para esta doença, mas há um tratamento muito eficaz, que é denominado terapia antirretroviral. Ocorre que muitas pessoas contaminadas não aderem a esse tratamento, em função da negação da sua sorologia, devido a fatores psicológicos, dentre outros. Nesses casos, faz-se necessário e fundamental, o acesso a um atendimento multiprofissional e que possa contar com um apoio ou tratamento psicológico.

O trabalho do psicólogo tem um amplo campo de atuação, com o objetivo de minimizar o sofrimento destes pacientes e, ao mesmo tempo, trabalhar a adesão dos usuários à terapia antirretroviral e aos demais serviços da rede de saúde, necessários ao tratamento. No estágio de Psicologia Social e Políticas Públicas que fiz no SAE – Serviço de Assistência Especializada – Centro de Saúde Santa Marta do Distrito Centro do Município de Porto Alegre RS, para pessoas vivendo com HIV/Aids, passei pela experiência de trabalhar com uma equipe multiprofissional e pude compreender a importância do trabalho do psicólogo nestes casos. A tarefa desse profissional, em contato com os usuários, é desenvolvida desde a entrega dos resultados positivos de HIV do teste rápido, no denominado acolhimento/aconselhamento pós-teste das pessoas que sofreram o contágio do vírus. E continua, em posteriores atendimentos agendados com os usuários. Entrei em contato com o desespero de várias pessoas que, devido ao choque inicial, queriam abandonar todas as suas atividades e a vida, que para elas estava arrasada e sem esperança.

Também presenciei e participei do acolhimento e atendimentos onde a nossa intervenção produzia alívio do sofrimento psíquico e, com o tempo, uma gradativa recuperação e organização, em relação à realidade que teriam de enfrentar. Ou seja, os usuários, aos poucos, vão se adaptando a essa realidade e os sentimentos negativos de culpa, medo da morte, raiva, tristeza e angústia; vão diminuindo de intensidade. Com a elaboração desses sentimentos, eles conseguem retomar as suas vidas e seguir com os seus projetos e objetivos, apesar da realidade do contágio e dos cuidados permanentes que deverão observar em suas vidas.

Foi muito gratificante participar deste trabalho, além de ter propiciado um grande aprendizado. O HIV/Aids é uma pandemia e o psicólogo tem um rico campo de atuação em relação às pessoas vivendo com HIV/Aids. Muitas formas de manejo da situação podem ser construídas, por estes usuários, com a intervenção do psicólogo. O desespero e desorganização provenientes do trauma inicial da notícia da detecção do vírus HIV, que muitas pessoas sentem, pode dar lugar a um novo modo de viver e valorizar cada momento da vida. A atuação, em conjunto, da equipe multiprofissional é importante, para que o usuário possa suportar o seu problema, aderir à terapia antirretroviral e demais atendimentos oportunos. O usuário que é bem acolhido pela equipe percebe que os serviços prestados são diferenciados para o seu caso e que encontrará o apoio necessário.

Um atendimento eficaz envolve o entrosamento da equipe, com um trabalho interdisciplinar, onde os conhecimentos profissionais se complementam e se cruzam, sem ter uma hierarquia entre si. Os profissionais tendo liberdade de diálogo e percebendo a sua importância na equipe têm muito mais condições de prestar um atendimento especializado aos usuários que tanto precisam dos seus serviços.

O psicólogo, com o seu olhar/fazer psi, também encontra um lugar de atuação na equipe exercendo funções de responsabilidade e significância. O profissional da psicologia poderá e deverá contribuir com a dinâmica da equipe nos atendimentos, fomentando o diálogo e ideias, visando o aperfeiçoamento dos serviços, como também observar os pontos que precisam ser melhorados. Junto aos usuários, o psicólogo terá como uma das suas funções, estimular a elaboração de tudo o que a pessoa sente em relação ao seu problema, possibilitar a construção, em conjunto, de um modo novo de ver a sua vida e retomá-la. Assim como dinamizar a noção da importância do usuário como sujeito de decisões e da sua saúde, porque, sem a sua boa vontade, nada poderá ser estabelecido ou realizado no tratamento.

A capacidade do usuário de refazer a sua vida e retornar as suas atividades, ter metas e objetivos, ao mesmo tempo, em que tem a consciência da importância do tratamento que precisa e dos cuidados com a sua saúde, são objetivos do psicólogo, no contato com os usuários do SAE. Isso tudo me motivou a desenvolver um trabalho com esse tema e baseado na minha experiência pessoal durante minha trajetória no estágio. Também, porque não há muitos trabalhos a respeito desse assunto, que é muito interessante e impossível de ser ignorado. Além disso, entram as políticas públicas nacionais que foram sendo modificadas, desde o início da epidemia, e os interesses das transnacionais,

especialmente, as indústrias farmacêuticas. Tudo isso me motivou a escolher esse tema para fazer o meu trabalho de conclusão de curso.

III. HISTÓRICO DO SURGIMENTO DO HIV/AIDS

A síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids) foi detectada, no ano de 1981, na Cidade de São Francisco, nos Estados Unidos. Quando foram notificados muitos casos de pacientes do sexo masculino e homossexuais, que apresentavam o “sarcoma de Kaposi”, pneumonia e baixo sistema imunológico, os quais vieram a se confirmar como sintomas da Aids.

As autoras Pinto, Pinheiro, Vieira e Alves (2007) relatam o crescimento do número de pessoas infectadas pelo vírus e a tendência de crescimento da epidemia a nível mundial afirmando que:

Para podermos fazer uma reflexão sobre a situação da aids no mundo, vamos ressaltar alguns dados: diariamente 14 mil pessoas são infectadas pelo HIV e desde o início da epidemia 20 milhões de pessoas faleceram e até 2010 a doença terá deixado na orfandade 25 milhões de crianças. Segundo a projeção da Organização Mundial da Saúde (OMS), 70 milhões de vidas estarão afetadas nos próximos 20 anos, caso não sejam implantadas ações eficazes em todo o mundo. (p. 45)

No Brasil, os primeiros casos de Aids ocorreram em São Paulo/SP no ano de 1982. Nas regiões Sudeste e Sul concentram-se a maioria dos casos notificados de contágio de Aids: cerca de 80% dos casos. A região Sudeste é a que mais teve casos diagnosticados, desde o surgimento da epidemia, mas atualmente há uma tendência de estabilidade e não crescimento. Ao contrário da Região Sul onde se verifica o aumento do número de pessoas infectadas pelo vírus HIV ou vivendo com Aids (Pinto et al., 2007).

Portanto, no início dos anos 80, os casos de Aids eram constatados em homens homossexuais e indivíduos que usavam drogas, compartilhando instrumentos, principalmente agulhas, com transmissão do vírus pelo sangue. O que envolvia além da doença, o comportamento sexual, no caso dos homossexuais e o vício em drogas. Em seu início, a doença era chamada de “câncer gay”, devido ao grupo de risco estar restrito aos homossexuais, além de usuários de drogas e profissionais do sexo. Foi o início do estigma em relação às pessoas contagiadas. O preconceito e o olhar discriminatório emergiam, quando se falava na doença. Tanto que, em seu início, no Brasil, a doença não articulou as

autoridades, para tomarem medidas que considerassem as pessoas acometidas pela doença ou a prevenção da mesma. Somente surgiram alguns movimentos sociais e ONG's interessadas no assunto (Pinto et al., 2007).

Com o passar do tempo, o contágio do HIV/Aids emergiu como uma pandemia que não estava restrita à orientação sexual, classe social, sexo, raça ou faixa etária. Então, o pensamento inicial dos chamados “grupos de risco” teve que ser abandonado. Porém, permaneceu o preconceito em relação aos contagiados e o olhar moralista da sociedade. Isso fez com que a doença ultrapassasse os limites da saúde e abrangesse questões sociais, de comportamento sexual, éticas e psicológicas (Pinto et al., 2007).

O agente desencadeador da Aids foi descoberto somente em 1983 e se tratava de um retrovírus com atividade de transcriptase reversa, que manifesta no organismo um desequilíbrio imunológico permanente.

De acordo com Grmek (1995) o HIV é dividido em dois tipos: o HIV-1 e o HIV-2, que apresentam entre si algumas diferenças biológicas. Uma das principais diferenças é quanto ao período de tempo, desde a infecção, até o surgimento de doença(s) que caracterizem critério para Aids. Nas pessoas contaminadas pelo HIV-1 este período é em geral de 10 anos e nas pessoas portadoras do HIV-2 é de 20 anos ou mais. O HIV-2 é muito mais diagnosticado em algumas regiões da África Ocidental, com pequeno número de casos nos países de outros continentes. O HIV-2 tem origem indubitavelmente africana, mas a origem do HIV-1, que é o responsável pela pandemia vista no mundo e se encontra em todos os continentes e países, ainda está indefinida. Não há comprovação irrefutável de que o HIV-1 também tenha origem africana.

A origem da Aids é presumidamente africana e já tinha sido observada, na metade do século XX, na África Central. Não há certeza se a sua origem é de uma espécie de símio e, nesse caso, como passou para o ser humano e se alastrou tão intensamente? O fato é que o HIV/Aids, não é uma doença nova e havia contágios esporádicos, com casos em várias partes do mundo, bem antes de se tornar uma pandemia (Grmek, 1995).

Atualmente, a epidemia de HIV/Aids, no Brasil, segue uma tendência de feminização, pois está atingindo mais mulheres do que homens, como consequência houve uma heterossexualização na forma de transmissão sexual. A mulher pelas suas condições biológicas e sociais é mais vulnerável e, muitas vezes, fica em desvantagem na negociação de sexo seguro, com utilização de preservativo, pois o parceiro não aceita utilizá-lo. A maior vulnerabilidade biológica da mulher decorre do fato do sêmen conter o vírus HIV e

permanecer mais tempo no interior do aparelho sexual feminino, através das relações sexuais desprotegidas (Pinto et. al., 2007).

Também foi observado o crescimento dos casos de HIV/Aids em municípios do interior, ou seja, a epidemia começou nos grandes centros e está se alastrando para o interior do país; portanto está ocorrendo uma interiorização da epidemia. É constatado também que um maior número de pessoas acometidas pelo vírus HIV/Aids têm baixa escolaridade e pertencem a camada sócio-econômica mais desfavorecida; portanto há uma tendência de pauperização de indivíduos vivendo com a enfermidade. Destaca-se que, historicamente, as pessoas com menor nível de esclarecimento e condições econômicas, em decorrência da desigualdade social, são mais vulneráveis a epidemias (Pinto et. al., 2007).

3.1. Diferença entre ser Portador do Vírus Hiv e Viver com Aids

Conforme anotações colhidas, em diário de campo, feitas em reuniões de equipe, no Serviço de Assistência Especializada (SAE) Santa Marta, durante o percurso do meu estágio, foi afirmado que a contaminação com o vírus HIV é atualmente uma preocupação de todas as pessoas. É comum nos meios de comunicação a denominação de “pessoas com Aids”; não se fala sobre a diferença entre um indivíduo ser portador do vírus HIV e estar em estado de Aids. Mas existem diferenças significativas entre as duas condições. Salienta-se que uma pessoa que está com Aids foi contaminada com o vírus HIV, porém os médicos infectologistas consideram que uma pessoa está com Aids, quando adquire outras patologias, em função da ação do vírus HIV no organismo.

A ação desse vírus é destruir as células de defesa, linfócitos brancos, CD4+ e CD8+, os quais são responsáveis pela defesa do sistema imunológico, principalmente o CD4+ que é gerenciador do sistema imunológico humano. E, nesta ação do vírus, os referidos linfócitos de defesa são destruídos e assim as defesas imunológicas enfraquecem, até chegar num ponto em que começam a surgir as doenças oportunistas e, ao mesmo tempo, sobe a carga viral (cópias/ml). Os medicamentos antirretrovirais impedem que o vírus se multiplique no interior das células.

Neste contexto de redução do CD4, o sistema imunológico não consegue evitar que a pessoa fique doente. Portanto, um indivíduo contaminado com o vírus HIV pode, por exemplo, contrair tuberculose pulmonar ou apresentar sarcoma de Kaposi que são sintomas

da Aids. Assim como, pode vir a apresentar vários outros tipos de patologias, pelo funcionamento do vírus. Por outro lado, uma pessoa pode estar contaminada com o vírus HIV e não ter Aids, porque, apesar do contágio, não ficou doente pela ação do vírus. Neste caso denomina-se que o indivíduo está assintomático. Há critérios para o diagnóstico de Aids, tais como: contagem de linfócitos T CD4+ abaixo de 350 células/mm³ e/ou diagnóstico de pelo menos uma das enfermidades indicativas de Aids, as quais eclodem em decorrência do enfraquecimento das defesas imunológicas orgânicas. Algumas destas doenças são: o câncer cervical invasivo, candidose do esôfago, herpes simples mucocutâneo, histoplasmose disseminada, reativação da doença de Chagas, toxoplasmose cerebral e pneumonia por pneumocystis carinii, dentre outras.

O médico infectologista, após interpretar os exames necessários poderá indicar aos pacientes a terapia antirretroviral, que tem a função de baixar a carga viral e assim promover a recuperação das células de defesa, principalmente o CD4. Isso impede que a pessoa fique doente em função da dinâmica do vírus HIV. Quando o usuário está com Aids, o tratamento antirretroviral se faz necessário. Na situação em que o exame clínico do usuário revelar nível de CD4 de 500 células/mm³ ou mais, o mesmo está somente contaminado com o vírus HIV e pode optar em iniciar imediatamente a terapia antirretroviral (Tarv) ou ainda não. Porém, a pessoa deverá fazer o exame de CD4+/carga viral periodicamente, para o médico infectologista verificar a sua situação.

Porém, caso o usuário esteja com a referida quantidade de CD4, mas fizer tratamento crônico para doenças, tais como: insuficiência renal, cardiopatias, pressão alta, diabetes, hepatite, câncer, etc, deverá iniciar a terapia antirretroviral, porque o tratamento crônico aumenta a sua vulnerabilidade ao vírus HIV. Também, no caso de mulher soropositiva, em início de gestação, mesmo assintomática, com o objetivo de impedir a transmissão vertical do vírus, deverá fazer a Tarv e quando o exame clínico indicar carga viral muito alta, ou seja, acima de 100 mil cópias/ml.

A terapia antirretroviral, com o decorrer do tratamento, torna a carga viral indetectável e, nessa condição, há uma diminuição de aproximadamente 97% de risco de transmissão do vírus HIV. É considerada carga indetectável, quando está abaixo de 400 cópias/ml. A carga viral é verificada através de exame de sangue.

Importante salientar que nas campanhas de uso de preservativo nas relações sexuais e prevenção, nos veículos de comunicações, principalmente na televisão, não é diferenciado a pessoa contagiada pelo vírus HIV ou que está vivendo com Aids, em função do agravamento da infecção. As propagandas denominam: A Aids, pessoas com Aids e que

a contraíram. Essa falta de distinção e informação, entre o vírus causador e a enfermidade decorrente, fomenta um maior medo entre a população e, conseqüentemente, maior preconceito em relação às pessoas vivendo com HIV/Aids.

3.2. Estigmas e Preconceitos em relação a Pessoas Vivendo com o Vírus Hiv/Aids

O estigma e a discriminação são problemas enfrentados por pessoas que vivem com o HIV/Aids. O temor do estigma e o preconceito inerente a ele influi em várias questões, por exemplo, na decisão de fazer um exame ou teste rápido, da pessoa infectada falar sobre os seus medos e angústias aos seus familiares, amigos ou colegas e na própria revelação da soropositividade. O estigma em relação ao HIV/Aids também atinge o acesso aos serviços de saúde, as relações de trabalho e a maneira como a pessoa é vista e tratada na sua comunidade e sociedade.

Garbin, Garbin, Moimaz e Carmo (2009) observam que o HIV/Aids não se transmite nas relações de trabalho e por isso a Organização Internacional do Trabalho (OIT) estipulou que o empregador não pode exigir, em nenhuma hipótese, exame de sorologia para admissão em um emprego, assim como a pessoa que procura a vaga de trabalho não é obrigada a prestar informação sobre a sua sorologia. Além disso, é vedado o ato de demitir uma pessoa, devido ao diagnóstico positivo de HIV.

O estigma significa, no sentido literal, uma marca em alguém ou em um grupo de pessoas. As pessoas também podem internalizar o estigma, passando a ter a crença de que merecem ser vítimas de maus tratos, rejeições e discriminações. A sociedade ainda tem um “olhar moralista” em relação às pessoas soropositivas. Tal fato dificulta aceitação da infecção do HIV, estimula a culpabilização e a negação do diagnóstico positivo para HIV. Esse comportamento tem conseqüências na saúde dos acometidos pelo vírus, porque, muitas vezes, os mesmos deixam de fazer os exames necessários e o tratamento em momento oportuno, que poderia evitar o desenvolvimento de doenças oportunistas, pela ação do aumento da carga viral (Garbin et al., 2009).

As autoras Carvalho e Paes (2011) referem que:

A revelação da soropositividade é um evento crucial tanto na vida do portador, quanto na vida familiar e dos amigos. A percepção negativa, a discriminação e a

falta de conhecimento semeiam o sofrimento. O medo do abandono e de julgamento, a revelação da identidade social, a quebra no padrão de vida, a ‘culpabilização’ individual por ter se infectado, a impotência diante da nova realidade, o isolamento, a não adesão ao tratamento, a revolta e o consumo exagerado de bebida alcoólica são alguns dos aspectos relacionados a uma doença estigmatizada, oriunda de concepção de uma sociedade preconceituosa. (p.158)

O estigma e os preconceitos em relação às pessoas vivendo com HIV e Aids ocorreram com o aparecimento dos primeiros casos da doença e com os denominados grupos de risco. A eclosão da Aids foi um acontecimento social e histórico, o qual desencadeou muitas dúvidas, envolvendo sentimentos e preconceitos que induziram o imaginário social, fazendo surgir entendimentos preconceituosos sobre a doença que a estigmatizaram. Além do estereótipo produzido, no início da epidemia, onde os indivíduos soropositivos eram vistos com o rosto cadavérico e hospitalizados, com várias doenças. Tal fato pode prejudicar a qualidade de vida e a saúde das pessoas soropositivas (Carvalho & Paes, 2011).

A estigmatização social origina prejuízos na saúde física e mental das pessoas que vivem com HIV/Aids, visto que o estresse propicia a redução da imunidade orgânica causando o desenvolvimento da infecção e o surgimento de doenças oportunistas (Carvalho & Paes, 2011).

Segundo Maliska, Padilha, Vieira e Bastiani (2009) a detecção do vírus HIV causa sentimentos desconfortáveis na vida das pessoas, tais como: o temor do preconceito e do julgamento que a situação do contágio pode acarretar, o medo da rejeição dos entes queridos, entre outros. O enfrentamento do diagnóstico da soropositividade e o processo de viver com o HIV/Aids, geralmente, ocasionam estresse e sofrimento. Por isso, o HIV/Aids tem sido muito mais significativo nos aspectos psíquico, social, cultural, político e econômico do que no biológico, pois o trauma inicial é o reconhecimento do indivíduo como sendo mais um agente desse drama social.

Apesar das formas de contágio ser, nos dias atuais, bem conhecidas pelos grupos de pesquisadores e cientistas. Muitos indivíduos relatam suas experiências passadas e presentes, junto aos familiares, onde foram determinadas “regras de convivência” pautadas pelo distanciamento e evitação do contato físico com a pessoa HIV positiva. Situações que, evidenciadas pela ciência, não trariam nenhum perigo de contágio, estiveram ou estão presentes na vida destes sujeitos, demonstrando que ainda, para o senso comum, ações como compartilhamento de talheres, utilização do mesmo banheiro, troca de beijos ou até

uma proximidade física constante representam alguma ameaça. Isso pode levar à finalização de relacionamentos e ao isolamento social (Maliska et al., 2009).

Mesmo com o avanço em relação ao controle da enfermidade, vivemos muitas das “lembranças” deixadas na época inicial da Aids, que caracterizou o começo da epidemia, trazendo a esta doença características próprias ainda nos dias atuais. Por isso, apesar das iniciativas para desconstruir esta imagem estigmatizada, a causa da contaminação da Aids é seguidamente ligada à manifestação de comportamentos discriminados na sociedade, tais como: a utilização de drogas, promiscuidade e homossexualidade (Maliska et al., 2009).

Carvalho e Paes (2011) salientam que a saúde coletiva tem uma importância fundamental no cuidado deste cliente, colocando em prática iniciativas com o intuito de quebrar o estigma social, trazendo informações sobre a doença e o tratamento, explicando a ação do Tarv e o aumento da longevidade, além de prestar um atendimento de qualidade ao usuário, como um todo, considerando a sua singularidade numa amplitude biopsicossocial-cultural.

Os autores Zucchi, Paiva e França (2013) observam que:

O reconhecimento do poderoso impacto negativo do estigma associado à Aids nos campos da prevenção e assistência, bem como nos direitos humanos, mobiliza a maioria dos estados e organizações internacionais para uma agenda de combate ao estigma como uma forma de controlar a epidemia. Tal compromisso se expressa na proposição de estratégias para identificação de estigma ou mensuração de discriminação, assim como na formulação de diretrizes de desenho, avaliação e monitoramento de intervenções voltadas a populações mais vulneráveis. (p. 1068)

3.3. Mitos sobre Hiv/Aids

Conforme os autores Marques, Gomes e Nascimento (2012), no contexto, a palavra mito indica valores, crenças e dogmas consideradas como sendo fato verdadeiro. Desde o surgimento dos primeiros casos de pessoas contaminadas com HIV/Aids surgiram falsas crenças em relação às formas de contágio e às pessoas infectadas. A trajetória do HIV/Aids sofreu transformações, com o transcurso do tempo, e o tratamento que impede o adoecimento do indivíduo, em função da ação do vírus HIV, é uma realidade difundida e conhecida. Esse fato, deslocou o foco do HIV/Aids estar ligado com terminalidade ou

doença letal. Mas, ainda nos dias atuais, há mitos sobre o HIV/Aids que geralmente são do senso comum e persistem no imaginário de muitas pessoas.

O exame sorológico de HIV ou teste rápido pode acarretar um mito de segurança para a prática sexual desprotegida, ou seja, sem utilização de preservativo, porque devido ao resultado negativo o casal acredita que estão saudáveis e não podem contagiar o(a) parceiro(a). Porém, é importante ressaltar que há a janela imunológica do teste rápido para HIV que é de trinta dias. A janela imunológica é o intervalo de tempo decorrido entre a infecção pelo vírus HIV e a produção de anticorpos, anti-HIV, no sangue. Esses anticorpos são produzidos pelo sistema de defesa imunológica em resposta ao contágio do HIV e os exames irão detectar a presença dos anticorpos, o que confirmará a detecção do vírus HIV (Marques et al., 2012).

O teste rápido indica o contágio do HIV, porém se o usuário teve uma relação desprotegida ou situação de risco de contágio até vinte e nove dias passados, o referido teste não irá detectar o contágio com quase 100% de certeza, como acontece no caso do período de tempo a partir de trinta dias passados de tal situação. Portanto, o indivíduo deverá esperar pelo menos trinta dias após a situação de risco para fazer o teste rápido ou exame laboratorial. Neste período de tempo ocorre a soroconversão que é a positividade da sorologia para o HIV.

Importante destacar uma falsa crença de que o homem hererossexual não pega a doença. Isso é um mito e coloca as pessoas em situação de vulnerabilidade, pois se consideram invulneráveis ao contágio e não se previnem. Esse mito surgiu do chamado “grupo de risco”, o qual remete ao início da epidemia em que era conhecida como “uma doença dos homossexuais”, pois foi muito difundido, no início dos anos 80, pela mídia, que os primeiros casos de Aids foram observados em pacientes homossexuais. O que ocorreu, com o decorrer do tempo, foi que o vírus se alastrou e não respeitou ou respeita sexo, orientação sexual, faixa etária, escolaridade, raça ou condição socioeconômica. Então todas as pessoas podem ser contagiadas e o atual crescimento de detecção do vírus HIV em mulheres indica uma heterossexualização do contágio sexual (Marques et al., 2012).

Em pesquisa on line – Instituto Humanitas Unicap – Mitos e verdades sobre as Aids (<http://www.unicap.br/ihu/?tag=mitos-e-verdade-sobre-a-aids>) entre outros sites, há exemplos de alguns mitos, baseados em ideias preconceituosas e equivocadas, sobre o HIV/Aids, que trago para discussão, tais como:

HIV e Aids são a mesma coisa. É mito, como já foi ressaltado no presente trabalho, não são a mesma coisa. Não é preciso se preocupar com Aids, porque já existe tratamento.

É mito, porque apesar do HIV/Aids ter mudado seu status para doença crônica, devido à terapia antirretroviral, todas as pessoas devem utilizar práticas de prevenção, pois o contágio requer tratamento crônico, exames rotineiros e mudança de rotina.

Quem é HIV positivo não precisa fazer sexo seguro. É mito, pois as pessoas infectadas devem sempre se prevenir, porque o vírus HIV é mutante e se recombina com outros vírus HIV adquirindo resistência aos antirretrovirais. Sexo oral não transmite o HIV. É mito, porque há uma probabilidade de transmissão do vírus HIV na prática do sexo oral, no caso da pessoa ter feridas na boca ou fissuras no órgão sexual. E a probabilidade de contágio aumenta se o indivíduo tiver alguma doença sexualmente transmissível. Deve-se lembrar de que o vírus HIV está presente no sangue e na secreção sexual.

Um casal virgem não corre o risco de pegar HIV. É mito porque não há como precisar se o casal é “virgem” e não tiveram nunca nenhum contato sexual. Como também, não é possível saber a conduta do casal após a união. Quem tem parceiro fixo não precisa utilizar camisinha. Ideia falsa pelo mesmo motivo supracitado. Quem tem HIV não pode ter filhos. Não é verdade. No caso de casal com HIV ou sorodiscordantes (um membro do casal é soropositivo e o outro não é) é possível ter filhos, mas é necessária a orientação de médicos infectologista e ginecologista a respeito.

A Aids pode ser transmitida por abraço, aperto de mão ou beijo. Isso não é verídico, pois como já foi mencionado, o vírus HIV se encontra no sangue, na secreção sexual e no leite materno. O teste rápido deve ser feito somente quando há suspeita de Aids. Na verdade, o teste deve ser realizado após uma situação de exposição, por sexo sem preservativo ou outro meio de transmissão como utilizar instrumento de compartilhamento de droga.

Quem tem HIV desenvolverá Aids. É mito, devido à terapia antirretroviral, a qual impede a ação do vírus no organismo, promovendo o aumento do nível do CD4 e a redução da carga viral e, dessa forma, a ocorrência das doenças oportunistas, que se desenvolvem em função da redução das defesas imunológicas.

IV. DADOS EPIDEMIOLÓGICOS ESTATÍSTICOS DA INFECÇÃO DE HIV NO BRASIL, REGIÕES DO BRASIL E CAPITAIS BRASILEIRAS

O Boletim Epidemiológico contém informações a respeito dos casos de HIV/Aids no Brasil, regiões do país, estados e capitais, bem como análises relevantes sobre a trajetória desta epidemia no país.

De acordo com Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV/Aids. Brasília – 2015:

As fontes utilizadas para a obtenção dos dados são as notificações compulsórias dos casos de HIV/Aids no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), além de dados obtidos no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (Siscel) e no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom). (p. 3)

Conforme consta no Boletim Epidemiológico HIV/Aids (2015), no Brasil, considerando-se as regiões, há uma concentração dos casos de pessoas infectadas pelo HIV/Aids, nas regiões Sudeste e Sul, correspondendo cada qual a 53,8% e 20,0% do total de casos identificados de 1980 até junho de 2015; as regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte apresentam a percentagem de 14,6%, 5,9% e 5,7% do total, respectivamente.

Salienta-se que de acordo com dados do Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV/Aids. Brasília (2015):

Desde o início da epidemia de Aids no Brasil, até junho de 2015, foram registrados no país 798.366 casos de aids, sendo 615.022 (77,0%) notificados no Sinan, 45.306 (5,7%) e 138.038 (17,3%) no SIM e Siscel/Siclom, respectivamente, identificados pelo relacionamento probabilístico dos dados como subnotificação do Sinan. Além disso, observam-se importantes diferenças nas proporções dos dados segundo sua origem em relação às regiões do país. As regiões Sul e Centro-Oeste possuem maior proporção de casos oriundos do Sinan do que o Norte, o Nordeste e o Sudeste. (pp. 9-10)

Consoante às informações constantes no Boletim Epidemiológico HIV/Aids (2015), verificou-se que nos últimos cinco anos, foram detectados no país, uma média de 40,6 mil casos de aids. A região Norte apresenta uma média de 3,8 mil casos ao ano; o Nordeste, 8,2 mil; o Sudeste, 17,0 mil; o Sul 8,6 mil; e o Centro-Oeste, 2,7 mil.

Salienta-se que não houve crescimento do número de casos de detecção da HIV/Aids no Brasil, mas sim uma estabilização nos últimos dez anos, com uma média de 20,5 casos para cada 100 mil habitantes; também se observa que não ocorreu alteração,

referente ao número de casos registrados na região Sul, com uma média de 31,1 casos para cada 100 mil habitantes. As regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentam uma disposição linear de crescimento expressivo; em 2005 a taxa registrada foi de 14,3 (N), 11,7 (NE) e 17,3 (CO) casos para cada 100 mil habitantes, enquanto que no último ano a taxa foi de 25,7 (N), 15,2 (NE) e 18,4 (CO), apresentando um crescimento de 79,7% (N), 30,0 (NE) e 6,4 (CO). A região Sudeste é a única que ostenta tendência de redução de casos nos últimos dez anos; em 2005, a taxa de detecção foi de 25,3, alternando para 18,6 casos a cada 100 mil habitantes em 2014, equivalendo a uma queda de 26,5%.

Em 2014, o ranking das Unidades da Federação indica que os estados do Amazonas e do Rio Grande do Sul apresentam as maiores taxas de detecção de Aids, com estimativas de 39,2 e 38,3 casos para cada 100 mil habitantes. Além disso, constata-se que, entre as Unidades da Federação, catorze manifestam taxa abaixo da nacional, que é de 19,7, sendo o Acre o estado com a menor taxa – 9,2 casos para cada 100 mil habitantes. Enquanto isso, entre as capitais, somente Rio Branco tem número inferior à taxa nacional – de 15,7 casos para cada 100 mil habitantes. Porto Alegre é a capital com a maior taxa em 2014, mais que o dobro da taxa do seu estado e quase cinco vezes maior do que a taxa do Brasil – de 94,2 casos para cada 100 mil habitantes.

Desde o início da epidemia de HIV/Aids, no Brasil, até o mês de junho de 2015 foram constatados 519.183 (65,0%) casos de Aids em homens e 278.960 (35%) casos, em mulheres. Está ocorrendo um aumento de casos de infecção de HIV/Aids em mulheres. No período de 2004 a 2008 a razão de casos de HIV entre homens e mulheres foi de 15 casos em homens e 10 em mulheres. A partir de 2009, verificou-se uma diminuição de casos soropositivos em mulheres e o aumento em homens e a razão entre o número de casos ficou de 19 casos de homens infectados para 10 mulheres em 2014.

A maior taxa de concentração de casos de HIV/Aids, no Brasil, está entre indivíduos na faixa etária dos 25 a 39 anos de idade, abarcando 56,3% dos homens e 49,8% das mulheres contaminadas, na referida faixa etária. Mas também houve um significativo aumento de casos compreendidos na faixa etária entre 15 a 19 anos e de 20 a 24 anos.

No Brasil, desde o início da epidemia do HIV/Aids, até o mês de dezembro de 2014, foram registrados 290.929 óbitos, em decorrência da aids.. A maioria do referido número de óbitos ocorreu na região Sudeste (61%), seguido do Sul (17,4%), Nordeste (12,3%), Centro-Oeste (5,0%) e Norte (4,2%).

No país, verificou-se que no ano de 2005, houve 6 óbitos, devido à aids, a cada 100 mil habitantes e, no ano de 2014, foram 5,7 mortes, para o mesmo número de habitantes, o

que representou uma queda de 5%, considerando o coeficiente de mortalidade padronizado. Entretanto, essa redução é observada nas regiões Sul e Sudeste, nas demais regiões a tendência é de crescimento, analisando os últimos dez anos.

O estado do Rio Grande do Sul teve o maior coeficiente de mortalidade padronizado do ano de 2014, entre todos os outros estados da federação (10,6 óbitos para cada 100 mil habitantes), quase o dobro do coeficiente brasileiro no mesmo ano. Entretanto, o estado do Rio Grande do Sul tem mostrado uma tendência de redução no coeficiente verificado nos últimos dez anos. Os estados do Rio de Janeiro e Amazonas têm o segundo e o terceiro maior coeficiente de mortalidade padronizado do país.

No ano de 2014, 17 Unidades da Federação, entre o total de 27, tiveram coeficiente menor que o do país, sendo que o estado do Rio Grande do Norte apresentou o menor coeficiente (2,5 óbitos para cada 100 mil habitantes).

As capitais: Rio Branco, João Pessoa, Natal, Brasília, Belo Horizonte, Aracaju, Palmas e Goiânia apresentam coeficiente inferior ao do país. Porto Alegre é a capital com maior coeficiente de mortalidade (28,3); porém, com uma tendência de diminuição, considerando-se os últimos dez anos.

V. POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONAIS EM RELAÇÃO AO HIV/AIDS

A epidemia do HIV/Aids surgiu em uma época em que as autoridades sanitárias em todo o mundo tinham a crença de que as doenças infecciosas estavam controladas pela moderna tecnologia e ciência médica. O fato desencadeou respostas coletivas, sociais e políticas públicas oficiais dos governos (Pinto et al., 2007).

De acordo com Villarinho, Padilha, Berardinelli, Borenstein, Meirelles e Andrade (2013), a evolução das políticas de saúde em resposta ao HIV/Aids tiveram fases distintas, levando em consideração o conhecimento científico a respeito do vírus e sua atuação, a resposta dos segmentos sociais e institucionais, a atuação direta dos mesmos e a abrangência do espaço de ação das políticas públicas formuladas para enfrentar a situação.

A primeira fase remete ao começo da década de 1980, quando foram notificados os primeiros casos de Aids no Brasil. Foi um período marcado pela negligência das autoridades governamentais, principalmente na entidade federal, acompanhada por

demasiado pavor, estigma e discriminação. Diante da ausência de liderança nacional, as respostas à epidemia começaram a surgir de uma articulação entre indivíduos de comunidades mais afetadas, na ocasião, (homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis), assim como de setores progressistas da sociedade e ONG's. Não obstante, houve um reconhecimento oficial da Aids, com a criação do Programa Nacional de DST e Aids, no ano de 1985, como também, o conhecimento público através da mídia (Villarinho et al., 2013).

Com o aparecimento de uma reação federal, desencadeada pela pressão de um número cada vez maior de programas estaduais e municipais em relação à Aids, a segunda fase da resposta política à epidemia no país ocorreu no período de 1986 até o começo de 1990, quando a autoridade do Programa Nacional de DST/Aids (PNDST/Aids) trocou, pela primeira vez, os seus dirigentes, seguindo a tendência das modificações políticas que aconteciam no Brasil. É importante, entretanto, salientar que a abordagem estava cada vez mais burocrática, o que não satisfiz às organizações não governamentais, que desejavam uma ação acelerada e intensa (Villarinho et al., 2013).

A terceira fase na sucessão das políticas públicas em resposta à epidemia do HIV/Aids aconteceu no espaço de tempo decorrido de 1990 a 1992, caracterizada por uma total ausência de diálogo entre a sociedade civil e o governo federal, evidenciando a dificuldade de manter uma resposta, durante um longo período de tempo, à epidemia (Villarinho et al., 2013).

A quarta fase corresponde ao período de 1993 até os dias atuais é destacada pela reorganização do PNDST/Aids, no Ministério da Saúde, e pelo funcionamento da política de controle da epidemia, originada dos empréstimos do Banco Mundial ao governo brasileiro. Os acordos internacionais estabelecidos com o Banco Mundial, iniciados no ano de 1993, passaram a sustentar, em grande parte, as ações programáticas, sobressaindo-se àquelas específicas aos Programas Assistenciais aos usuários vivendo com HIV/Aids (Villarinho et al., 2013).

É preciso reconhecer que os empréstimos disponibilizados pelo Banco Mundial ao Brasil foram fundamentais para o desenvolvimento das políticas públicas nacionais relacionadas à epidemia do HIV/Aids. Os investimentos possibilitaram a construção de uma rede assistencial em várias regiões do Brasil, sobressaindo-se os Serviços de Assistência Especializada (SAE), Hospitais-dia (HD) e os Serviços de Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT), além dos hospitais comuns. Outro tipo de serviço, o qual possui ação na assistência e na prevenção são os denominados Centros de Testagem e

Aconselhamento, os quais têm por objetivo proceder a identificação do usuário HIV positivo e o seu encaminhamento à rede de assistência, além de participar de iniciativas de prevenção do HIV/Aids (Villarinho et al., 2013).

Em relação às polícias públicas, um grande avanço ocorreu com a distribuição gratuita dos antirretrovirais a todas as pessoas infectadas. As autoras Villarinho, Padilha, Berardinelli, Borenstein, Meirelles e Andrade (2013) destacam que:

Em 1996, o Brasil promulgou a Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996, que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos para todas as pessoas acometidas pelo HIV/Aids, mesmo contra as recomendações e as advertências do Banco Mundial. Tal proposta terapêutica veio proporcionar grande aumento na sobrevivência dos pacientes soropositivos. A disponibilidade dessa terapia antirretroviral de alta potência, gratuitamente, para todas as pessoas com HIV positivo causou impacto notável na realidade da epidemia no Brasil, com redução da morbimortalidade, diminuição das internações hospitalares e progressiva mudança na maneira da sociedade e dos profissionais da saúde no cuidado aos pacientes. (p. 274)

Devido à adoção desta política pública, na atualidade, são distribuídos 16 antirretrovirais diferentes, pelo Ministério da Saúde, tendo como resultado uma redução acentuada de infecções oportunistas em pessoas soropositivas (Villarinho et al., 2013).

Conforme consta no Programa Nacional de DST e Aids (2005), o combate ao HIV/Aids e outras DST's é uma prioridade da política de saúde e com este objetivo foi criado o Programa Nacional de DST e HIV/Aids em cuja gestão foi prevista uma política de descentralização, ou seja, a participação das três esferas governamentais: União, Estados e Municípios, que atuam através das Secretarias Estaduais e Municipais de forma entrosada e em parceria, para pôr em prática as ações planejadas e as metas estipuladas.

As metas do plano orientam e ratificam o que foi salientado no plano de ação dos estados e municípios brasileiros, com o objetivo de alcançar a prevenção e o controle da epidemia do HIV/Aids, nas três esferas governamentais e respectivos territórios. Os objetivos gerais do programa nacional de combate a epidemia do HIV/Aids são: torná-lo sustentável a médio e longo prazo, aumentar a sua efetividade e eficiência de forma cada vez mais abrangente, controlar e reduzir o número de pessoas infectadas e atuar para melhorar a qualidade de vida das pessoas que contraíram HIV/Aids.

Foi estabelecido o Plano de ações e metas em prevenção, cujos resultados são incontestáveis, devido ao incentivo da utilização de preservativos nas relações sexuais, ou seja, de intervenções direcionadas para a promoção de práticas sexuais seguras. Houve

uma crescente mudança de comportamento da população sexualmente ativa e mesmo em caso de relações sexuais casuais, boa parte de jovens que foram entrevistados, assumiram o uso de preservativos com o objetivo de prevenir o contágio do vírus HIV. Essa medida também teve eficácia, no controle da epidemia, em relação à população mais vulnerável ao contágio.

Também é importante salientar os progressos relevantes no acesso da população ao teste anti-HIV, notabilizando-se o teste rápido, como forma de diagnóstico. As ações abrangem percentagem cada vez maior da população sexualmente ativa para que tenham acesso ao teste rápido e há esforços no intuito de abranger pessoas que vivem em difíceis locais de acesso à rede básica.

A integração do setor público e privado e de outras organizações da sociedade, juntamente com intervenção precoce, possibilitada pelo teste rápido, trouxe benefícios para todos e evidenciaram o sucesso das ações planejadas, com seus altos investimentos.

De acordo com o Ministério da Saúde - Programa Nacional de DST e Aids (2005):

Mulheres soropositivas podem transmitir o HIV para seu filho durante a gestação, parto ou aleitamento materno. A transmissão intra-uterina (segundo alguns estudos situadas em torno de 35%) é possível em qualquer fase da gravidez, porém, é menos frequente no primeiro trimestre. Vários outros estudos evidenciaram que a maioria dos casos de transmissão vertical do HIV (cerca de 65%) ocorrem no final da gestação, durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito, e que o aleitamento materno representa um risco adicional de transmissão de 7 a 22%. É importante ressaltar que quanto mais tempo uma criança mamar em mulher infectada, maior será o risco de transmissão por essa via. (pp. 49-50)

A utilização da TARV associada ao parto cesáreo contribui para a diminuição da transmissão da mãe para o filho. Quanto antes a mulher conhecer a sua soropositividade, maiores as chances de redução dos riscos de transmissão vertical.

VI. PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DO HIV/AIDS

A promoção da saúde envolve uma nova compreensão de saúde, não mais associado à mera ausência de enfermidade, mas conforme estipulado pela OMS, a promoção de saúde é identificada como bem-estar e qualidade de vida, o que demanda uma abordagem mais ampla, pois a saúde não é mais compreendida como um estado estático e

indicado biologicamente, passando a ser entendido como um estado dinâmico e construído socialmente (Carvalho & Paes, 2011).

Os alicerces teóricos da prevenção estão sujeitos, em maior parte, ao conceito de risco ou da probabilidade de ser acometido por uma doença em um futuro preciso. A diminuição do perigo é o ingrediente principal da maior parte dos programas que visam à prevenção. Entretanto a promoção de saúde é um conceito com maior amplitude, pois é um processo de habilitação de indivíduos e comunidades com o intuito de aumentar o controle acerca dos determinantes de saúde e, desta maneira, aprimorar a própria saúde (Carvalho & Paes, 2011).

As autoras Carvalho e Paes (2011) relatam que:

Nesse cenário complexo de interação dos fatores sociais e a saúde dos soropositivos, é fundamental para a promoção da saúde a desmistificação desse evento, seja no planejamento de ações de educação em saúde, visando o rompimento de tabus por meio do esclarecimento e informações, ou no suporte, apoio e assistência ao indivíduo e sua família. (p. 159)

Torna-se significativo que o profissional da saúde, ao desenvolver sua atribuição de educador, planejando e colocando em prática iniciativas junto aos usuários, mantenha-se flexível ao diálogo e aberto à percepção do que é indispensável ao grupo, de maneira que os conteúdos desenvolvidos satisfaçam as esperanças individuais e coletivas (Carvalho & Paes, 2011).

Verifica-se que é de máxima importância a intervenção dos profissionais que atuam no processo de educação em saúde, contemplando orientação não somente aos infectados pelo HIV, mas a toda a população, seja no processo de prevenção, promoção e recuperação da saúde, como no suporte psicológico e outros apoios imprescindíveis, enfatizando o trabalho de desmistificar o tema HIV/Aids (Carvalho & Paes, 2011).

Para as pessoas que contraíram o vírus HIV e se encontram em situação assintomática, a melhor maneira de evitar o progresso da infecção e, a posterior condição de estar com Aids, é aderir aos exames médicos necessários e a terapia antirretroviral oportuna. Para que isso ocorra o usuário deve aceitar o seu diagnóstico e procurar ajuda de profissionais habilitados (Carvalho & Paes, 2011).

Os avanços da enfermidade não estão evidenciados no momento do conhecimento do diagnóstico, à medida que a vida continua, é possível perceber que a finitude já não é tão imediata, e que é acessível viver o conviver com o HIV/Aids, observando-se alguns

cuidados. A sustentação da saúde e da integridade física torna possível que o indivíduo viva em condições praticamente normais. Paulatinamente, o HIV/Aids passa a incorporar características de enfermidade crônica e alguns mitos vão sendo mitigados e alterados, o que indica que a experiência de viver com HIV/Aids vem modificando-se continuamente, desde o surgimento da epidemia (Maliska et al., 2009).

Em relação aos esclarecimentos sobre as maneiras que podem desencadear o contágio pelo vírus HIV, o seu potencial de transmissibilidade, assim como acerca das normas de biossegurança com o objetivo de evitar o contágio, os autores Marques, Gomes e Nascimento (2012) referem que:

Consoante a isso se faz necessário rediscutir os mitos e os preconceitos que ainda envolvem a contração do vírus HIV. Neste sentido, as estratégias de prevenção precisam contribuir para uma reflexão acerca de como são experienciadas diariamente as informações acerca do HIV/Aids. Acreditamos que isso só é possível a partir da superação da lógica mecânica da mensagem acerca do uso do preservativo e que se incorpore a discussão acerca das dimensões que atravessam a decisão acerca desse uso. (pp. 519-519)

6.1. A Importância da Atenção em Saúde Mental para Pessoas Vivendo com Hiv/Aids

A atenção em saúde mental, no caso de pessoas com diagnóstico de HIV positivo, é de uma importância ímpar, devido ao “choque” que o diagnóstico traz, em muitos casos, como também no que tange várias outras questões, tais como: projetos pessoais, qualidade de vida, relacionamentos, família, tratamento medicamentoso crônico, necessidade de fazer exames médicos, além do como falar sobre o contágio? Quando falar sobre o fato? Para quem pode ou não comentar? É certo que muitas pessoas ficam profundamente afetadas quando tem conhecimento da infecção e, por causa do antigo estereótipo do início da enfermidade, que até os dias atuais persiste, há pessoas que se imaginam doentes em um hospital. Os sentimentos de medo, angústia, depressão, desespero, entre outros, diante da notícia, são relatados por muitos usuários ao receberem o diagnóstico positivo de HIV.

Quando os usuários, por exemplo, fazem o teste rápido que resulta positivo para HIV e são encaminhados para a rede de assistência, os mesmos são atendidos por vários profissionais da rede pública, esta atenção é denominada atenção primária que é o

atendimento geral. Todo o usuário dispõe da atenção primária do SUS. No caso de pessoas com HIV/Aids, quando têm consulta com um médico infectologista e são encaminhados para realizar exames de linfócitos CD4+/CD8+ e carga viral estão utilizando a atenção secundária que é especializada. Porém, ao mesmo tempo, continuam com o atendimento geral da rede pública, por exemplo, quando recebem orientações da assistente social sobre os seus direitos quanto à passagem gratuita de ônibus e junto a órgãos como o INSS. Também é relevante mencionar a atenção terciária que é referente a atendimento especializado e hospitalar, denominada de alta complexidade.

O atendimento dos usuários, preconizado pelo SUS, com os seus princípios de universalidade, equidade e integralidade, deve ser humanizado e interdisciplinar. Esse atendimento visa dar um suporte aos usuários e os considera dentro de um contexto social singular. Ou seja, o acolhimento do usuário será realizado observando os princípios da humanização e através da prática de uma clínica compartilhada, pois os profissionais da equipe terão acesso aos diagnósticos emitidos, fato que facilita um trabalho em conjunto.

De acordo com o Ministério da Saúde – Clínica Ampliada e Compartilhada (2009), a clínica ampliada não subestima nenhuma abordagem disciplinar. Ao invés disso, tem como objetivo, integrar diversas abordagens, para fazer um manejo eficiente da complexidade do trabalho em saúde, o qual é fundamentalmente transdisciplinar e, por conseguinte, multiprofissional. Trata-se de discutir a fragmentação do processo de labor, por isso, é preciso estimular um contexto conveniente para que seja possível dialogar sobre os sentimentos diante de proposições e atividades não reduzidas à enfermidade ou ao núcleo profissional, visto que muitos profissionais têm a inclinação de julgar tudo o que não se refere às doenças uma demanda que passa dos limites do seu trabalho profissional.

Quanto mais extenso for o percurso do tratamento e mais urgente a necessidade de participação e adesão do sujeito no seu plano terapêutico, mais intensa será a tarefa de lidar com o usuário na sua condição de sujeito.

A clínica ampliada implica que o profissional da saúde aprimore a habilidade de auxiliar cada usuário a transformar-se, de maneira que a enfermidade, apesar de limitante, não o impossibilite de viver outras coisas em sua vida.

Nas doenças crônicas ou de relevante gravidade isso é fundamental, porque o desfecho sempre é resultado da participação do indivíduo acometido e tal participação não deve ser compreendida como uma dedicação total à doença, mas sim como uma habilidade de “inventar-se” apesar da presença da mesma.

Conforme o Ministério da Saúde – Clínica Ampliada e Compartilhada (2009):

A escuta significa, num primeiro momento, acolher toda a queixa ou relato do usuário mesmo quando aparentemente não interessar diretamente para o diagnóstico e tratamento. Mais do que isto, é preciso ajudá-lo a reconstruir e respeitar os motivos que ocasionaram o seu adoecimento e as correlações que o usuário estabelece entre o que sente e a vida – as relações com os seus convivas e desafetos. Ou seja, perguntar por que ele acredita que adoeceu e como ele se sente quando tem este ou aquele sintoma. (p. 24)

Quanto mais a enfermidade for entendida e relacionada com a vida, menor a possibilidade de transformar-se num problema apenas do serviço de saúde. Dessa maneira, o usuário poderá se dar conta de que, senão na origem, pelo menos nos seus desdobramentos, o fato de ter adoecido não é um acontecimento separado em sua vida. E, por isso, não pode ser curado de forma unilateral, somente pelo serviço de saúde. Assim, fica mais acessível impedir a infantilização e uma postura passiva frente ao tratamento. Pode ser inviável proceder uma escuta completa o tempo inteiro para todos, mas pode-se verificar quais as pessoas que precisam mais, sendo possível tornar essa escuta parte dos encontros clínicos.

Além do acolhimento, o aconselhamento é uma prática importante na atenção à saúde de pessoas com HIV positivo.

Os autores Zucchi, Paiva e França (2013) relatam que:

O aconselhamento é uma estratégia utilizada para veicular informação sobre HIV/Aids em situações com maior proteção para discussões privadas, assim como proporciona suporte social para mudança ou manutenção de comportamentos que trazem maior segurança. Grupos de apoio a pessoas vivendo com HIV/Aids são um exemplo dessa abordagem uma vez que é oferecido um ambiente seguro para que se possa discutir dificuldades relacionadas à revelação diagnóstica. O aconselhamento também pode incluir técnicas para desenvolvimento de habilidades. (p. 1074)

6.2. Adesão à Terapia Antirretroviral

A adesão ao tratamento médico e farmacológico de pessoas acometidas pelo HIV/Aids é de grande relevância, pois a terapia antirretroviral possibilita a redução da

carga viral e recuperação gradativa das defesas imunológicas dos pacientes. Essa ação farmacológica impede o adoecimento e a morte dos infectados. Portanto, o tratamento antirretroviral revolucionou os aspectos intrínsecos ao HIV/Aids, principalmente a sua ligação com a terminalidade/morte, a qual era o grande drama e sofrimento que vinha com o contágio do vírus: o adoecimento, hospitalização e morte. E, melhor ainda, com a recuperação do organismo, essas pessoas podem retomar as suas atividades normais, do dia-a-dia, que desempenhavam antes do contágio e fazer planos para o futuro. Esse efeito da recuperação orgânica, possibilitado pelo tratamento, sempre é explicado aos pacientes soropositivos na devolução do teste rápido no SAE/Santa Marta, no denominado aconselhamento pós-teste. Tudo isso é exposto às pessoas, assim como os benefícios do tratamento, o qual também pode ser uma opção do indivíduo, caso os exames clínicos mostrarem que os linfócitos de defesa ainda estão num bom nível e a carga viral baixa (Villarinho et al., 2013).

Sempre é importante mencionar que HIV/Aids não está ligado com a morte, como esteve na década de 80, que o choque emocional que a pessoa vivencia vai ceder com o tempo, que poderá levar uma vida normal e produtiva. Também, é abordado que existem muitas pesquisas em andamento e a cura poderá surgir, mas ainda não há previsão de quando.

Pude ter uma noção, durante a prática de estagiário no SAE/Santa Marta, sobre como pode ser traumático esse diagnóstico, para considerável parte dos usuários e de suas consequências psicológicas, ao ponto de uma médica dizer que muitos pacientes sofrerão, em algum momento, de um moderado ou agudo transtorno mental, que pode ser temporário ou permanente dependendo do caso. Observa-se que o modo de reação de cada um, frente ao diagnóstico, vai depender, em grande parte, da sua personalidade e de outras condições, como suporte familiar, social, espiritualidade e forma como lida com situações difíceis.

O desempenho do psicólogo que deu o resultado do teste rápido e que faz a tarefa do aconselhamento, para verificar a situação geral do usuário, o que está sentindo e como vai conseguir “tocar” a sua vida ou ressignificá-la é fundamental na construção da adesão. O profissional da psicologia pode e deve realizar um trabalho, para buscar vincular o indivíduo aos serviços disponíveis e à terapia antirretroviral, que exigirá do mesmo que faça exames periódicos e tenha contato com toda a equipe multiprofissional.

As consultas com os médicos e enfermeiros, entre outras utilidades, servirão para os usuários saberem dos possíveis efeitos colaterais orgânicos decorrentes do uso de

antirretrovirais e receberem as orientações devidas. O trabalho é realizado por todo o grupo e cada profissional é muito importante, assim como a sua área de saber. Deverá ser construído um vínculo com a equipe multiprofissional e esse vínculo, a sua qualidade e manutenção são fundamentais para as pessoas soropositivas suportarem o impacto do diagnóstico. Aderir ao tratamento é fundamental, pois o mesmo vai trazer qualidade de vida e suporte biopsicosocial para enfrentar a realidade de estar vivendo com HIV/Aids.

Os autores Calvetti, Giovelli e Gauer (2012) referem que a adaptação à nova realidade e tudo que ela envolve, como o fato do HIV/Aids ser uma doença crônica e incurável, os preconceitos envolvidos a respeito do contágio e de supostas características dos soropositivos. Assim como, a própria constância no tratamento são realidades nada fáceis de serem absorvidas. O tratamento psicológico se faz útil e necessário para tais pessoas. Muitos não iniciam o tratamento antirretroviral, ou o abandonam, havendo fatores biopsicosociais implicados nesse fato.

As emoções como o medo, a angústia, a fuga e a negação da realidade do diagnóstico. Tudo isso e outros fatores estão por trás da recusa do indivíduo, com resultado soropositivo, em aderir ao tratamento, ou seja, do fracasso na adesão. Cada pessoa tem um modo de reagir frente a situações de dificuldades e isso virá à tona nessa realidade do diagnóstico de HIV/Aids.

Importante salientar que a Tarv evoluiu muito e traz resultados relativamente rápidos, mas no caso de abandono do tratamento, o vírus HIV faz mutações e adquire resistência aos medicamentos. Isso exige uma nova combinação dos fármacos com dosagens mais fortes que a anterior para haver resultados. E, para ser procedida tal verificação, o usuário deverá fazer a chamada genotipagem que detecta as mutações do HIV, tornando possível um redirecionamento da terapia antirretroviral e a seleção de antirretrovirais necessários para o resgate do tratamento. Também que a Tarv é específica para baixar a carga viral e recuperar os linfócitos T- CD4+, que são os principais linfócitos responsáveis pela defesa imunológica do organismo.

Com a redução da carga viral, a pessoa não vai estar sujeita às doenças oportunistas, que surgem em decorrência das reduzidas defesas imunológicas. Caso adoença, não será devido à ação do HIV e deverá ser tratada como os indivíduos soronegativos. Caso o usuário esteja com Aids a terapia antirretroviral terá sempre o objetivo de baixar a sua carga viral e o usuário, concomitante a utilização dos antirretrovirais, deverá fazer um tratamento paralelo, em relação à doença que estiver apresentando.

O Serviço de Assistência Especializada está aberto para todos os usuários e a equipe entende que o mesmo tem direito à saúde. Este serviço é uma referência a todos que precisam recorrer a ele. A adesão não depende somente do usuário se submeter à terapia antirretroviral, fazer os exames necessários prescritos pelo médico infectologista e receber os benefícios de alguns direitos indicados ao usuário pela assistente social do local. A adesão é em conjunto com a equipe multiprofissional, a qual prioriza a humanização da assistência que é oferecer um atendimento de qualidade, juntamente com os avanços tecnológicos e farmacêuticos disponíveis, acolhimento, aprimoramento dos ambientes locais e das condições de trabalho dos profissionais. Tudo com o objetivo de melhorar a qualidade de vida do usuário.

A equipe que está apta a oferecer o melhor, em termos de assistência especializada, é uma equipe multiprofissional que trabalha integrada com uma visão interdisciplinar, onde os saberes somam-se. Há um cuidado em relação às condições de trabalho, onde todos os envolvidos são importantes e ouvidos. Dessa forma, é possível construir políticas de saúde, mais adequadas e benéficas para todos e oferecer um melhor atendimento para o usuário. Portanto, a pessoa que é acolhida por uma equipe que tem uma política de humanização em seu funcionamento se sentirá melhor acolhida e compreendida nas suas dificuldades.

De acordo com o Ministério da Saúde – Clínica Ampliada e Compartilhada (2009):

Por humanização compreendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde. (p. 6)

A equipe considera que cada pessoa vai trazer consigo uma experiência de vida e tem uma dimensão subjetiva e social. Tudo isso faz diferença, para que o usuário se integre nos serviços de saúde prestados pelo SAE, em relação a usuários vivendo com HIV/Aids.

A adesão não fica restrita ao usuário ou a eficiência da equipe, mas perpassa ambas as partes. É uma relação que deve ser construída com cada usuário e em conjunto. É uma responsabilidade compartilhada e vivida entre o usuário, a equipe de saúde e a rede social. As decisões são estabelecidas em conjunto e não do profissional da equipe em relação ao usuário, como uma imposição. O usuário tem o seu espaço e é escutado pela equipe, ele deve ter a percepção de que as suas escolhas e atitudes são fundamentais em relação a adesão e a sua saúde. Ou seja, o usuário poderá escolher não aderir à terapia antirretroviral ou a outros serviços da equipe de saúde, mas mesmo nesse caso, deve ter conhecimento

que todos os serviços prestados estão a sua disposição e em qualquer momento que decidir utilizá-los (Calvetti et al., 2012).

Com a revolução dos ARV (antirretrovirais) o HIV/Aids passou a ser visto como uma doença crônica, assim como muitas outras que são bem conhecidas. Portanto, é necessário esclarecer ao usuário a importância da utilização dos antirretrovirais e a sua função orgânica. E, ao mesmo tempo, mencionar que o tratamento é crônico, pelo menos, a princípio, até a descoberta da cura, o usuário vai ter que usar os medicamentos durante toda a sua vida, numa rotina diária e com horários pré-estabelecidos. Além disso, a adesão implica mudanças de comportamentos e hábitos, com o objetivo de melhorar a saúde da pessoa.

Desse modo, a adesão não é apenas em relação à terapia antirretroviral, mas também a integração do usuário com a equipe multiprofissional de saúde com todos os seus serviços à sua disposição. Existe uma responsabilidade conjunta entre o usuário e a equipe, no que tange ao acesso do usuário aos serviços clínicos-laboratoriais, ao conhecimento em relação a tudo que há ou que poderá surgir de novo sobre HIV/Aids, o respeito a individualidade do usuário, diálogo e construção em relação à comportamentos adequados para a sua condição, visando sua saúde. A adesão não é somente das pessoas vivendo com o vírus HIV/Aids, que iniciam a terapia antirretroviral, mas também dos indivíduos que não têm indicação para iniciar o tratamento, porque são assintomáticos, ou seja, não preenchem critério(s) para Aids. Ocorre que estas pessoas deverão fazer exames clínicos em laboratórios para verificação da carga viral e células de defesa indicados por médico infectologista da equipe, os quais devem ser realizados de tempos em tempos. Este usuário vai estar vinculado com a equipe de saúde que disponibilizará todos os seus serviços ao mesmo, o qual poderá ou não utilizar (Zucchi et., al 2013).

Este mesmo usuário, em algum momento, do acompanhamento clínico, poderá ter a indicação para iniciar a terapia antirretroviral, que será necessária por alteração indicada nos exames clínicos ou devido ao surgimento de alguma doença oportunista. Ou ainda, por decisão do usuário que mesmo não precisando aderir à Tarv e, em combinação compartilhada com os profissionais da equipe, decide iniciar a terapia antirretroviral pensando em cuidar da sua saúde e por prevenção.

O entrosamento do usuário com a equipe de profissionais de saúde é fundamental para a manutenção da adesão e do vínculo entre ambos. Há casos em que o indivíduo soropositivo estava sintomático e depois de algum tempo de terapia antirretroviral fica bem melhor de saúde e decide, por este motivo, abandonar o tratamento. Essa atitude também

pode ser motivada, devido aos remédios lembrarem a soropositividade do indivíduo. A sua atitude poderá ter consequências nocivas, porque o vírus vai adquirindo resistência aos antirretrovirais depois de abandono do tratamento. Também há casos de abandono do tratamento, quando, no decorrer da terapia antirretroviral, aparecem efeitos colaterais indesejados e visíveis. E por outros motivos, dependendo da individualidade de cada pessoa. Mas em todos os casos, a humanização dos serviços de saúde, a boa relação estabelecida com o usuário e o respeito a sua autonomia fazem a diferença para que ele não abandone o tratamento ou os serviços de saúde que lhe são importantes (Zucchi et., al 2013).

Numa parte desse todo, que são os serviços de saúde disponibilizados aos usuários, pela equipe multiprofissional, há o trabalho do psicólogo, que disponibilizará uma escuta ao usuário, o qual poderá escolher utilizar ou não. Mas que estará sempre a sua disposição, caso não queira no momento e depois mude de ideia. O trabalho do psicólogo é humanizador nas relações dos profissionais entre si, porque traz questões para melhorar as relações entre os integrantes da equipe e, em decorrência, aprimora os serviços prestados por ela. Como também, da equipe em relação ao usuário. Então o psicólogo é um elo importante na adesão, na sua manutenção e no Serviço de Assistência Especializada, pois realiza o aconselhamento pré-teste rápido, pós-teste rápido e o acolhimento das pessoas acometidas pelo HIV/Aids, realizando um trabalho de vinculação do usuário com a rede de saúde e a equipe do SAE.

Para estabelecer a adesão, o usuário deve ser considerado o sujeito do seu autocuidado e não apenas considerar os critérios biomédicos, mas também os aspectos psicossociais. Assim, os critérios são bem abrangentes, tudo deve ser observado e valorizado. O usuário deve perceber a sua importância na adesão e o seu vínculo com a equipe de saúde. A equipe deve estar atenta, pois muitas pessoas nestas condições têm medo do olhar preconceituoso da sociedade, de serem estigmatizadas e discriminadas, devido a sua condição. Em decorrência disso e da condição crônica da doença, a qual exige cuidados permanentes, o olhar da equipe deve ser abrangente e o acolhimento bem manejado, para iniciar o vínculo entre ambos, usuário/equipe. Estabelecendo uma relação de confiança e respeito com um olhar sobre o usuário, como o de alguém com direito à saúde e capaz de tomar decisões importantes (Carvalho & Paes 2011).

VII. A EXPERIÊNCIA DE ESTAGIAR NO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA DO CENTRO DE SAÚDE SANTA MARTA

O estágio de Psicologia Social e Políticas Públicas que realizei no Serviço de Assistência Especializada do Centro de Saúde Santa Marta do Distrito Centro do Município de Porto Alegre/RS mostrou uma realidade complexa que as teorias estudadas em aula, durante o curso, não lograram abarcar na sua totalidade. Foi um estágio muito dinâmico, com o desempenho de várias tarefas, e desafiador.

Participei do aconselhamento pré-teste rápido, aconselhamento pós-teste rápido, do acolhimento dos usuários com o diagnóstico de HIV/Aids, da busca ativa, via contato telefônico, referente a usuários em situação de Aids e que, conforme constante no prontuário, não tinham consultado nenhum profissional do SAE, a partir dos últimos seis meses, com o objetivo de marcar atendimento. Acompanhei os procedimentos do teste rápido, os atendimentos realizados pelos profissionais da enfermagem, no auxílio à adesão dos usuários à terapia antirretroviral e verificação dos sintomas apresentados, assim como no teste rápido. O trabalho da assistente social orientando os usuários sobre os seus direitos. Assim como, das supervisões em grupo, com os colegas estagiários de psicologia, onde eram discutidos os casos clínicos atendidos, assuntos gerais do estágio, tarefas executadas, dúvidas e elaboração de estratégias de intervenções. Também das supervisões individuais, reuniões da equipe multiprofissional, onde os membros da equipe apresentavam projetos de atuação em conjunto, conhecimentos profissionais específicos e abordavam questões pertinentes ao desempenho profissional da equipe.

Realizei os denominados atendimentos psicossociais, anotando a evolução nos prontuários de cada usuário. Auxiliei na coleta de dados, contidas nos prontuários médicos, para elaboração de planilhas com dados dos usuários, como também, em função burocrática, durante o acolhimento dos usuários, preenchendo os dados pessoais nas fichas individuais, notificação de HIV/Aids, escrevendo o parecer e juntando as cópias dos documentos necessários, inclusive da confirmação da infecção do HIV e exame imunológico se tivesse, para a abertura de prontuário médico. Além de ir me apropriando dos locais onde eram realizadas as tarefas dos profissionais do SAE. Por fim, no final do estágio, tive a rica experiência do teste rápido itinerante, que foi feito no Centro de Porto Alegre/RS, com a participação de vários profissionais da rede de saúde municipal, no atendimento das pessoas, que passavam pelo local, em via pública, e que aceitaram fazer o teste rápido.

A equipe do SAE era formada por profissionais da área médica (infectologistas, ginecologista, homeopata) enfermeira, assistente social, psicóloga, técnicas de enfermagem, funcionários administrativos, residentes, estagiários acadêmicos e estagiários auxiliares.

No acolhimento do usuário já era feito o primeiro atendimento psicossocial que deveriam ser de um a três, dependendo da situação apresentada pelo usuário. Na consulta psicossocial se trabalhava questões e demandas relativas ao HIV/Aids. Questões de

preconceito e estigma em relação à enfermidade e às pessoas soropositivas. Explanava-se informações sobre o HIV/Aids, como: a diferença entre as duas condições, terapia antirretroviral e seus benefícios, a importância da utilização de preservativo e cuidados com a saúde, marcadores biológicos CD4/CD8, carga viral, funcionamento do vírus HIV no organismo, defesa imunológica, tratamento crônico até surgir a cura, a situação de epidemia do HIV/Aids na Cidade de Porto Alegre/RS, carga viral indetectável, recontaminação e poder de mutação do vírus HIV, utilização de preservativos e necessidade de proceder exames clínicos periódicos. Além de outras demandas que surgiam de acordo com as peculiaridades dos casos.

Não obstante, a parte burocrática do atendimento, para o cadastro do prontuário médico. O objetivo, mais importante, para o estagiário de psicologia, era o acolhimento de um ser humano, o qual está passando por uma situação difícil e que exigirá cuidados permanentes e tratamento crônico. Acolher um ser humano e ter consciência de que para muitos, a sorologia positiva de HIV/Aids, é uma situação traumática, causando um grande abalo na estrutura mental e um processo de luto.

A supervisora local sempre pontuava que nos atendimentos deveríamos perguntar o que sente? mas não como se sente? Porque poderia soar mal, para algumas pessoas, devido ao mal-estar provocado pela notícia da soropositividade. E que as emoções negativas eram normais de sentir e iriam ceder com o passar do tempo. Para isso, deveriam ser elaboradas, na confrontação da aceitação da realidade do diagnóstico. E para elaborar é necessário processar a dor psicológica sentida. Também falava sobre o “segredo” do diagnóstico, e para ser abordado com o usuário que não deve encarar o seu diagnóstico como um segredo, porque tem a liberdade de falar sobre o fato, para quem quiser e quando desejar.

A supervisora local relatou que trabalhava a questão do luto e da crise através de uma mescla de abordagens psicológicas, tais como: terapia cognitivo comportamental, questionário dos esquemas cognitivos de Jeffrey Young, terapia do luto de Worden William, algo da escuta usada na psicanálise e pelo método de briefing. As mencionadas questões do luto e crise foram trabalhadas, pelos estagiários, junto aos usuários atendidos. Com o intuito de promover o processamento do luto e a readaptação das pessoas HIV positivas com a sua atual realidade. Auxiliando-as a seguirem com suas vidas e continuarem fazendo as atividades que tinham antes do diagnóstico.

Nos atendimentos psicossociais era preenchida uma ficha denominada de ficha psicossocial que continha questões elaboradas pelo pessoal da psicologia do SAE, inclusive com a participação dos estagiários, que continha as seguintes perguntas: quando e onde descobriu o diagnóstico? Por que fez o teste rápido ou exame clínico? O que sentiu quando recebeu o diagnóstico positivo para HIV/Aids? O que está sentindo atualmente? Como está a aceitação do diagnóstico? Vai aderir à terapia antirretroviral se for preciso? Com quem reside? Tem amigos? O que mudou em sua vida depois do diagnóstico? O que

faz diante de uma situação difícil? Como tentava resolver uma situação complicada, antes de saber sobre a sua sorologia? Sobre a questão do “segredo”, contou para alguém sobre o contágio? Para quem contou? Como pretende levar a sua vida?

Nas consultas com os usuários, pude verificar que muitos relataram, diante da condição do contágio, sentirem angústia, medo de morrer, raiva, tristeza, depressão, desânimo, ansiedade, inapetência sexual, medo de contar sobre o fato, medo de conseguir um relacionamento amoroso, dificuldade para dormir, angústia em relação à terapia antirretroviral e culpa. Alguns referiram que já pensaram em se matar. Enfim, mencionaram mudanças radicais na vida como: abandono de emprego, rompimento de relacionamentos e desorganizações diversas. Porém, houve pessoas que pareciam lidar muito bem com a situação, no sentido de continuarem desempenhando suas atividades, superarem emoções negativas gradualmente, assim como o choque inicial da notícia. Alguns relataram que iriam fazer o que fosse necessário, inclusive a Tarv. Estas pessoas que pareciam estar organizadas, em geral, vieram em um ou dois atendimentos, demonstraram consciência do diagnóstico e responsabilidade em relação a si próprios.

Somente dois usuários que atendi, não tinham contado a ninguém sobre o diagnóstico de HIV positivo, ou seja, a grande maioria relatou o fato para outras pessoas. Também é importante destacar que alguns poucos usuários optaram por começar a Tarv, alegando se sentirem mais seguros com a medicação antirretroviral.

Em um caso que atendi, o usuário tinha abandonado o tratamento psiquiátrico e os psicofármacos, por conta própria. O mesmo referiu que via pessoas falecidas e, inclusive, seu pai, que lhe disse que deveria se matar e que o estava esperando no além. Como o usuário tinha falado que tinha pensado em se matar solicitei na administração uma indicação de consulta com um médico psiquiatra e soube que há consultas psiquiátricas no Centro de Saúde IAPI e no Posto de Atendimento Médico 3, da Vila dos Comerciários, para onde o usuário foi encaminhado. Pude observar o funcionamento da rede de saúde municipal, com o referido caso. Assim como em outros encaminhamentos de usuários do SAE e para o SAE. Esta articulação na rede de saúde é fundamental para tornar os atendimentos mais eficazes e ampliá-los, conforme as necessidades.

O acolhimento dos usuários que apresentavam sofrimento psicológico foi uma função gratificante, pois diante dessa situação comecei a explicar que o mundo deles não iria acabar, devido ao diagnóstico, e fornecia as informações sobre o HIV/Aids. Observei que as informações iam aliviando a angústia das pessoas que, várias vezes, afirmavam o seu desconhecimento sobre as questões pertinentes ao HIV/Aids. E que pensavam que era “O fim da linha”, já se viam acamadas num hospital, doentes e em estado terminal. Essa simples atitude de trazer informações sobre a enfermidade causou um alívio no sofrimento psicológico de várias pessoas. Esse fato trouxe para mim um sentimento de felicidade, ao mesmo tempo, fez perceber o poder da palavra e da relevante função do profissional da

psicologia. Pois, como foi enfatizado numa supervisão: “o maior sofrimento da maioria dos usuários com HIV/Aids é o psicológico, mais do que o físico”. Percebi a veracidade dessa afirmação na atividade do acolhimento.

Outro serviço, à disposição dos usuários, e de fundamental importância, é o do teste rápido do SAE Santa Marta. Através de pulsões de algumas gotas de sangue extraídas de um dos dedos das pessoas, procede-se o teste para verificar o contágio de HIV/Aids, sífilis e hepatites B e C. As pessoas que comparecem para realizar o teste rápido aguardam para serem chamadas e atendidas pela equipe de enfermagem, na chamada sala de espera, onde é realizado o aconselhamento pré-teste, o qual é informativo e tem por objetivo amenizar a ansiedade das pessoas.

O aconselhamento pré-teste segue um roteiro de informações que são as seguintes: coleta de sangue dos usuários para fazer os referidos quatro testes, janela imunológica de HIV/Aids e sífilis que é de 30 dias, de hepatite B é 60 dias e de hepatite C é de 90 dias, tempo de 30 minutos para receber o laudo com os resultados do teste, contados do momento da coleta de sangue dos usuários, formas de contágio de HIV, inclusive sobre a transmissão vertical e das outras três citadas Dst's, tratamento e cura da sífilis e maioria dos casos de hepatites, sintomas despercebidos da sífilis, diferença entre HIV e Aids, portador de HIV também se recontamina com vírus, a importância do uso de preservativo nas relações sexuais, tratamento crônico para HIV/Aids, pois ainda não há cura, situação de epidemia de HIV/Aids em Porto Alegre/RS com o maior número de casos no Brasil e qualidade de vida. Após a dissertação informativa sobre os tópicos elencados, as técnicas de enfermagem começam a chamar os usuários pelo nome e procedem a coleta de sangue e o teste rápido.

Na situação de resultado positivo de HIV é procedido um novo teste confirmatório que é diagnóstico de HIV/Aids. Os testes de sífilis e hepatites B e C são triagens e, em caso positivo, o usuário será encaminhado para fazer exame confirmatório.

Também, há o aconselhamento pós-teste que é realizado na entrega do laudo da testagem com resultados positivos ou negativos das Dst's verificadas. Nos resultados negativos é de praxe instruir as pessoas sobre a importância do sexo seguro e nos resultados positivos para HIV/Aids são abertos prontuários, no SAE Santa Marta. Ao mesmo tempo em que é feito o acolhimento da pessoa. No caso do usuário residir em outra cidade, o mesmo é encaminhado para o Posto/Centro de Saúde da sua cidade.

Os usuários que fazem o teste rápido, frequentemente, mencionam que foi devido a uma situação de risco, por prescrição médica ou devido a sentirem sintomas persistentes, geralmente, de enjoo, diarreia, fraqueza ou emagrecimento acentuado.

Na minha experiência de estágio no SAE do Centro de Saúde Santa Marta ficou evidente a noção de equipe multiprofissional e interdisciplinar, pela dinâmica do trabalho

exercido em equipe e devido ao fato de não haver uma prevalência dos saberes, mas sim, uma união dos conhecimentos, os quais se integram para fazer um atendimento melhor.

Pode-se enfatizar o impacto da importância da saúde mental no atendimento de pessoas vivendo com HIV/Aids, pois a construção e manutenção de aspectos referentes à saúde mental são relevantes para adesão à Tarv, promoção e prevenção da saúde. Isso remete ao princípio do SUS denominado de integralidade, o qual diz respeito a uma gama de iniciativas acessíveis para a promoção da saúde e prevenção de riscos.

Neste contexto, a função do profissional da psicologia é de relevância fundamental, pois é o indivíduo responsável por pensar e construir junto com a equipe multiprofissional e com os usuários um suporte e a melhora das condições mentais, promovendo a saúde mental dos usuários.

VIII. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema HIV/Aids é muito complexo e com vários aspectos relevantes, inclusive os preconceitos quanto a sua transmissão e, principalmente, quanto às pessoas contagiadas. Como é uma doença crônica, a mesma obriga o indivíduo soropositivo a lidar com ela por tempo indeterminado e pela sua ação redutora das defesas imunológicas requer, mais cedo ou mais tarde, o tratamento medicamentoso, com os chamados antirretrovirais.

O início da epidemia de HIV/Aids deixou marcas profundas na construção de estereótipos, “grupos de risco” e o estigma na vida das pessoas com HIV positivo que, até os dias atuais, ainda persistem, apesar de mudanças significativas na trajetória da epidemia.

O HIV/Aids é uma epidemia em expansão, pois está atingindo pessoas mais vulneráveis tanto no contexto social, no caso das mulheres, como do sócio-econômico, por exemplo, pessoas com baixa renda e escolaridade.

O HIV/Aids não pode ser visto através de uma supremacia biomédica, porque trouxe mudanças muito significativas nos setores político, social, comportamental e econômico.

É impossível ignorar o HIV/Aids e não se sensibilizar com o drama de muitas pessoas acometidas pelo vírus e vivendo com Aids.

Acredito que a informação seja um modo eficiente de reduzir os preconceitos, o estigma em relação ao HIV/Aids e promover a prevenção do contágio.

Quanto ao estágio que fiz no SAE do Centro de Saúde Santa Marta, posso afirmar que me propiciou um aprendizado pessoal e profissional inestimável. Evidenciou a importância do psicólogo na rede de saúde e as políticas públicas que norteiam as linhas de ação e funcionamento da rede de saúde pública.

No contato com a equipe observei a desnaturalização (desconstrução) da ideia de “grupos de risco” e tive a noção prática do funcionamento de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar.

Percebi no trabalho exercido pelo psicólogo(a) um campo de múltiplas possibilidades de atuação e construções conjuntas, assim como um meio de democratizar o acesso à saúde pela participação de todos os envolvidos.

Destaco o comportamento profissional e solidário dos profissionais da equipe do SAE que receberam muito bem os estagiários e sempre ficaram à disposição para transmitir conhecimentos necessários ao bom desempenho das atividades propostas. Fiquei muito grato pela paciência e simpatia da equipe.

Espero que o presente Trabalho de Conclusão de Curso sirva de inspiração para outras pessoas fazerem trabalhos a respeito do mesmo tema que é tão interessante e multifacetado.

IX. REFERÊNCIAS

- Ayres, J. R. C. M. (2002). Práticas educativas e prevenção de hiv/aids: lições aprendidas e desafios atuais. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*, 6(11), 11-24.
- Barros, N. B., Guimarães, C. M., & Borges, O. S. de (2012). Políticas de saúde e prevenção ao hiv/aids no Brasil. *Estudos*, 39(4), 537-546.
- Brito, A. M. de, Castilho, E. A. de, & Szwarcwald, C. L. (2000). Aids e infecção pelo hiv no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 34(2), 207-217.
- Calvetti, P. U., Giovelli, G. M., & Gauer, G. C. (2012). Contribuições da psicologia da saúde para a adesão ao tratamento e qualidade de vida de pessoas que vivem com hiv/aids. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 20(1-2), 75-80.
- Carvalho, C. M. L., Braga, V. A. B., & Galvão, M. T. G. (2004). Aids e saúde mental: revisão bibliográfica. *DST – J bras Doenças Sex Transm*, 16(4), 50-55.
- Carvalho, F. T. de, Morais, N. A. de, Koller, S. H., & Piccinini, C. A. (2007). Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com hiv/aids. *Cad Saúde Pública*, 23(9), 2023-2033.
- Carvalho, S. M., & Paes, G.O. (2011). A influência da estigmatização social em pessoas vivendo com hiv/aids. *Cad. Saúde Coletiva*, 19(2), 157-163.
- Faustino, Q. de, M., & Seidl, E. M. F. (2010). Intervenção cognitivo-comportamental e adesão ao tratamento em pessoas com hiv/aids. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(1), 121-130.
- Figueiredo, R. M. de, Sinkoc, V. M., Tomazim, C. C., Gallani, M. C. B. J., & Colombrini, M. R. C. (2001). Adesão de pacientes com aids ao tratamento com antirretrovirais: dificuldades relatadas e proposição de medidas atenuantes em um hospital escola. *Ver Latino-am Enfermagem*, 9(4), 50-55.
- Fisch, P. (2012). Diagnóstico de hiv/aids e o uso de antirretrovirais em mulheres usuárias dos serviços especializados em hiv/aids de Porto Alegre. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Fonseca, E. M. da, Nunn, A., Souza, P. B. Jr., Bastos, F. I., & Ribeiro, J. M. (2007). Descentralização, aids e redução de danos: a implementação de políticas públicas no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*, 23(9), 2134-2144.

- Franco, T. B., Bueno, W. S., & Merhy, E. E. (1999). O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*, 15(2), 345-353.
- Galvão, J. (2002). A política brasileira de distribuição e produção de medicamentos antirretrovirais: privilégio ou um direito? *Cad Saúde Pública*, 18(1), 213-219.
- Garbin, C. A., Garbin, A. J. I., Moimaz, S. A. S., & Carmo, M. P. do (2009). Bioética e hiv/aids: discriminação no atendimento aos portadores. *Revista Bioética*, 17(3), 511-522.
- Grmek, M. (1995). O enigma do aparecimento da aids. *Estudos Avançados*, 9(24), 229-239.
- Instituto Humanitas Unicap - Mitos e Verdade sobre a AIDS. Recuperado em 01 de dezembro, 2010, de <http://www.unicap.br/ihu/?tag=mitos-e-verdade-sobre-a-aids>
- Instituto Humanitas Unicap - Mitos e Verdade sobre a AIDS. Base de Dados [Blog IHU]. Recife: Instituto Humanitas Unicap.
- Maliska, I. C. A., Padilha, M. I., Vieira, M., & Bastiani, J. (2009). Percepções e significados do diagnóstico e convívio com o hiv/aids. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 50(1), 85-91.
- Marques, J. S. Jr., Gomes, R., & Nascimento, E. F. do (2012). Masculinidade hegemônica, vulnerabilidade prevenção ao hiv/aids. *Ciência e Saúde Coletiva*, 17(2), 511-520.
- Ministério da Saúde – MS. (2004). Humanizadasus. Política nacional de humanização. A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS [Manual]. Brasília-DF: Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.
- Ministério da Saúde – MS. (2005). Plano estratégico. Programa nacional de dst e aids [Manual]. Brasília-DF: Secretaria de Vigilância em Saúde.
- Ministério da Saúde – MS. (2008). Programa nacional de dst e aids. Momentos do tratamento: início, manutenção, troca e abandono do tarv [Manual]. Brasília-DF: Secretaria de Vigilância em Saúde.
- Ministério da Saúde – MS. (2008). Programa nacional de dst e aids. Atenção integral e adesão em hiv/aids [Manual]. Brasília-DF: Secretaria de Vigilância em Saúde.
- Ministério da Saúde – MS. (2008). Programa nacional de dst e aids. Momentos do tratamento: início, manutenção, troca e abandono do tarv [Manual]. Brasília-DF: Secretaria de Vigilância em Saúde.

- Ministério da Saúde – MS. (2009). Humanizadas. Política nacional de humanização da atenção e gestão do sus. Clínica ampliada e compartilhada [Manual]. Brasília-DF: Secretaria de Atenção à Saúde.
- Ministério da Saúde – MS. (2015). Boletim epidemiológico – aids e dst [Manual]. Brasília-DF: Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.
- Oliveira, L. A., Landroni, M. A. S., Silva, N. E. K., & Ayres, J. R. C. M. de (2005). Humanização e cuidado: a experiência da equipe de um serviço de dst/aids no município de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 689-698.
- Pinto, A. C. S., Pinheiro, P. N. C., Vieira, N. F. C., & Alves, M. D. S. (2007). Compreensão da pandemia da aids nos últimos 25 anos. *DST - J bras Doenças Sex Transm*, 19(1), 45-50.
- Reiners, A. A. O., Azevedo, R. C. S. de, Vieira, M. A., & Arruda, A. L. G. de (2008). Produção bibliográfica sobre adesão/não adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13(2), 2299-2306.
- Villarinho, M. V., Padilha, M. I., Berardinelli, L. M. M., Borenstein, M. S., Meirelles, B. H. S., & Andrade, S. R. (2013). Políticas públicas de saúde face à epidemia da aids e a assistência às pessoas com a doença. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(2), 271-277.
- Zucchi, E. M., Paiva, V. S. F., & França, I. Jr. (2013). Intervenções para reduzir o estigma da aids no Brasil: uma revisão crítica. *Temas em Psicologia*, 21(3), 1067-1087.