



**VENI CREATOR CHRISTIAN UNIVERSITY
MASTER IN HEALTH SCIENCE**

ANDERSON SCHERER

**ATENDIMENTO A PESSOAS COM HIV NO SUS: ANÁLISE DO ACOLHIMENTO
CONFORME LEIS 8080 E 12.984**

*CARE FOR PEOPLE WITH HIV IN THE SUS: ANALYSIS OF RECEPTION
ACCORDING TO LAWS 8080 AND 12,984*

FLÓRIDA-FL-USA

2023

ANDERSON SCHERER

**ATENDIMENTO A PESSOAS COM HIV NO SUS: ANÁLISE DO ACOLHIMENTO
CONFORME LEIS 8080 E 12.984**

*CARE FOR PEOPLE WITH HIV IN THE SUS: ANALYSIS OF RECEPTION
ACCORDING TO LAWS 8080 AND 12,984*

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu da Veni Creator Christian University, na área de Saúde, como requisito para obtenção do título de **Master** in Health Science.

Orientador: Prof. Dr. Shslayder Lira dos Santos.

FLÓRIDA-FL-USA

2023

**International Cataloging-in-Publication Data
Library - VCCU**

A549c Scherer, Anderson

Care for people with hiv in the sus: analysis of reception according to laws 8080 and 12,984 / Anderson Scherer. – Flórida-USA: Veni Creator Christian University - VCCU, 2023.

111f.

Master in Education Sciences - Veni Creator Christian University - VCCU, Florida-USA, 2023.

Advisor: Shslayder Lira dos Santos, PhD

1. Public Health. 2. Reception. 3. Public Policies. 4. People with HIV. I. Title.

CDU 370=(134.3)

ANDERSON SCHERER

**ATENDIMENTO A PESSOAS COM HIV NO SUS: ANÁLISE DO ACOLHIMENTO
CONFORME LEIS 8080 E 12.984**

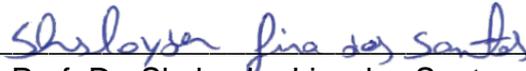
*CARE FOR PEOPLE WITH HIV IN THE SUS: ANALYSIS OF RECEPTION
ACCORDING TO LAWS 8080 AND 12,984.*

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu da Veni Creator Christian University, na área de Saúde, como requisito para obtenção do título de **Master** in Health Science.

Orientador (a): Shslayder Lira dos Santos.

Aprovada em: 22/09/2023.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Shslayder Lira dos Santos
Orientador



Prof. Dr. Anderson Lins Rodrigues
Professor Examinador 1



Profa. Dra. Gabriela Marcolino Alves Machado
Professora Examinadora 2

Dedico esta dissertação a Deus, criador do nosso Universo. Senti sua presença ao meu lado durante todo o projeto de pesquisa.

Agradeço a minha mãe e irmã pelo apoio incondicional em todos os momentos difíceis da minha trajetória acadêmica. Este trabalho é dedicado a elas. Quero dedicar ao meu orientador Shslayder Lira dos Santos cuja dedicação e paciência serviram como pilares de sustentação para a conclusão deste trabalho. Grato por tudo.

O mais importante é a mudança, o movimento, o dinamismo, a energia. Só o que está morto não muda! Clarice Lispector

RESUMO

A saúde pública é um campo vasto e complexo que se dedica ao bem-estar da população em geral. Ela desempenha um papel crucial na promoção de estratégias de prevenção, no fornecimento de serviços de saúde acessíveis e de qualidade, e na condução de pesquisas para melhorar o tratamento e a qualidade de vida da sociedade. No contexto do HIV, que ataca o sistema imunológico do corpo, o cuidado e tratamento de indivíduos portadores do HIV são áreas desafiadoras dentro da saúde pública. Apesar dos avanços significativos na medicina que permitiram que o HIV se tornasse uma condição crônica gerenciável, ainda existem muitos desafios a serem superados, incluindo o estigma social, a discriminação e as barreiras ao acesso aos cuidados de saúde. A melhoria do atendimento às pessoas vivendo com HIV/AIDS é uma questão de grande importância. Como objetivo geral, este trabalho busca compreender as percepções das pessoas que vivem com HIV/AIDS no Brasil sobre o acolhimento dado pelos profissionais do SUS, de acordo com os princípios das leis 8080 e 12.984. Quanto a metodologia, para a coleta de dados, foi realizado um estudo exploratório, com abordagem qualitativa, no período de novembro de 2023 a janeiro de 2024. Para a coleta de dados a pesquisa foi divulgada em redes sociais como *Instagram*, *facebook* e *X*. Para análise de dados foi utilizado a técnica de coleta de dados através de um questionário eletrônico desenvolvidos no *Google forms*, composto por 24 questões objetivas e uma questão aberta (dissertativa), sendo dividido a primeira parte em questões sociodemográfica e econômicas e a segunda parte por questões específicas para o público PHIV/AIDS Os resultados foram organizados em informações que indicam que os dentistas estavam mais hesitantes em tratar estes indivíduos do que os médicos ou outros profissionais de saúde, e que foram implementadas medidas adicionais de biossegurança ao cuidar destes indivíduos. O medo das pessoas que vivem com HIV a exposição de sua sorologia reduz a busca por informações sobre o seu estado de saúde, o que leva a pessoa preferir pelo silêncio sobre o diagnóstico, isso dificulta a busca pelos tratamentos disponíveis nas redes de saúde. Contudo, vários estudos, relataram que os profissionais de saúde discriminam as pessoas que vivem com HIV/AIDS. Isto deve-se a uma série de razões, incluindo o medo da infecção devido ao conhecimento limitado sobre a transmissão do HIV, a associação da doença com comportamentos considerados inadequados e imorais, o estigma existente e a falta de consciência das suas consequências. A epidemia do HIV/AIDS teve um impacto profundo nas práticas das instituições e dos profissionais de saúde, levando a desigualdades na distribuição dos serviços de saúde. O estudo constatou que a maioria dos entrevistados relatou ter sido discriminada no acesso aos cuidados nos serviços de saúde, principalmente no setor público, nas atenções primárias e secundárias, por médicos e psicólogos. Além disso, os cuidados prestados muitas vezes não atendiam aos requisitos propostos na Lei orgânica 8080 e 12.984, é importante encorajar novos estudos relacionados a programas educativos e reforçar e a análise de divulgação dos programas existentes para promover e aumentar a sensibilização entre os profissionais de saúde em todo o país sobre abordagens apropriadas e mais humanas para o tratamento de pacientes com HIV/AIDS.

Palavras-chave: Saúde Pública; Acolhimento; Políticas Públicas, Pessoas HIV.

ABSTRACT

Public health is a vast and complex field dedicated to the well-being of the general population. It plays a crucial role in promoting prevention strategies, providing accessible and quality healthcare services, and conducting research to enhance treatment and overall quality of life for society. Within the context of HIV, which attacks the body's immune system, caring for and treating individuals with HIV presents challenging areas within public health. Despite significant medical advancements that have transformed HIV into a manageable chronic condition, there remain several obstacles to overcome, including social stigma, discrimination, and barriers to healthcare access. Improving care for people living with HIV/AIDS is of paramount importance. As a general objective, this study aims to understand the perceptions of people living with HIV/AIDS in Brazil regarding the reception provided by professionals in the Unified Health System (SUS), in accordance with the principles outlined in Laws 8080 and 12.984. The methodology involved an exploratory study with a qualitative approach conducted from November 2023 to January 2024. Data collection was carried out through surveys distributed on social media platforms such as Instagram, Facebook, and X. The data analysis utilized an electronic questionnaire developed on Google Forms, consisting of 24 objective questions and one open-ended (dissertative) question. The survey was divided into two parts: sociodemographic and economic questions in the first part, and specific questions related to the PHIV/AIDS population in the second part. The results indicated that dentists were more hesitant to treat these individuals compared to physicians or other healthcare professionals, leading to the implementation of additional biosafety measures when caring for them. Fear of HIV-positive status exposure leads individuals to avoid seeking information about their health status, often resulting in silence regarding their diagnosis. This reluctance complicates access to available treatments within healthcare networks. However, several studies have reported that healthcare professionals discriminate against people living with HIV/AIDS. This discrimination arises from various factors, including limited knowledge about HIV transmission, associating the disease with behaviors deemed inappropriate or immoral, existing stigma, and a lack of awareness about its consequences. The HIV/AIDS epidemic has significantly impacted institutional practices and healthcare professionals, leading to disparities in healthcare service distribution. The study found that most respondents reported experiencing discrimination when accessing care, particularly in the public sector, primary care, and secondary care settings, by both physicians and psychologists. Additionally, the care provided often did not meet the requirements outlined in Laws 8080 and 12.984. Encouraging further research related to educational programs and enhancing the dissemination and analysis of existing programs is crucial to promoting greater awareness among healthcare professionals nationwide regarding appropriate and compassionate approaches to treating patients with HIV/AIDS.

Keywords: Public Health; Reception; Public Policies; People with HIV.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Gênero biologicamente.....	73
Tabela 02 – Orientação sexual.....	74
Tabela 03 – Região em que vive.....	75
Tabela 04 – Faixa etária.....	75
Tabela 05 – Como se identifica em relação a cor da pele.....	75
Tabela 06 – Escolaridade.....	77
Tabela 07 – Estado Civil.....	78
Tabela 08 – Trabalha atualmente.....	79
Tabela 09 – Renda.....	79
Tabela 10 – Origem da renda.....	80
Tabela 11 – Viver com HIV: Informou a sorologia.....	81
Tabela 12 – Dados dos serviços de atendimento de saúde.....	83
Tabela 13 – 1ª. Consulta após resultado do teste.....	83
Tabela 14 – Sobre o local que realizou o teste, aponte a unidade de saúde que teve um tratamento diferente (negativo) por ser Pessoa que vive com HIV.....	83
Tabela 15 – Tratamento negativo nas atenções.....	86
Tabela 16 - Qual seu sentimento em relação ao tratamento que teve.....	87
Tabela 17 - Acha que os estigmas em relação a discriminação a pessoas que vivem com HIV, mudaram desde a década de 80 aos dias atuais.....	88

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Ciclo de vida do HIV.....	17
Figura 2 – Incidência de cuidado contínuo do HIV, Brasil 2022.....	29
Figura 3 - Números anuais de novas infecções por HIV e mortes relacionadas à AIDS, América Latina, 2000–2022.....	31
Figura 4 - Prevalência do HIV entre as populações-chave em comparação com os adultos (15-49 anos), países declarantes na América Latina, 2018–2022.....	32
Figura 5 - Dados globais do HIV.....	34

LISTA DE ABREVIATURAS

HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
PHIV /	Pessoas Vivendo Com HIV/AIDS
PVHA	
SUS	Sistema Único de Saúde
SIDA	Acquired Immune Deficiency Syndrome
TARV	Terapia Antirretroviral
HTLV	Vírus Linfotrópico Da Célula Humana
SIV	Vírus Da Imunodeficiência Símia
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
RNA	Ácido Ribonucleico
PrEP	Profilaxia pré-Exposição
LGBT+	Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais e outros mais
ART	Antirretrovirais
T CD4	Molécula que se expressa na superfície de algumas células t, macrófagos, monócitos, célula dendrítica e nos neutrófilos.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	OBJETIVOS.....	15
1.1.1	Objetivo Geral.....	15
1.1.2	Objetivos Específicos	15
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
2.1	HIV (HUMAN IMMUNO DEFICIENCY VIRUS).....	16
2.1.1	HIV – Transmissão e Infecção.....	18
2.1.2	Epidemiologia.....	18
2.2	MARCOS HISTÓRICO DO HIV/AIDS.....	22
2.2.1	História do HIV/AIDS no mundo.....	22
2.2.2	Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.....	25
2.2.3	HIV/AIDS no Brasil.....	27
2.2.4	A situação atual da epidemia de HIV no mundo.....	29
2.2.5	Impactos na Vida dos Portadores de HIV/AIDS no Brasil.....	35
2.3	O FUTURO DA RESPOSTA GLOBAL AO HIV/AIDS.....	37
2.3.1	Educação e Comportamento.....	38
2.3.2	Adesão ao tratamento.....	39
2.3.3	Apoio psicossocial.....	44
2.3.4	Testagem e aconselhamento do HIV.....	46
2.3.5	Direitos dos portadores de HIV no combate ao estigma e à discriminação.....	51
2.4	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A LEI Nº 8080.....	54
2.4.1	A perspectiva do direito à saúde na constituição federal de 1988 – arts. 6 e 196.....	55
2.4.2	Uma análise geral da lei orgânica da saúde.....	58
2.5	LEGISLAÇÃO DO HIV NO BRASIL.....	62
2.5.1.	LEI Nº 12.984, Define o crime de discriminação dos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e AIDS.....	62
3	PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS.....	67
3.1	TIPO DE PESQUISA.....	67
3.2	CARACTERIZANDO O CAMPO DA PESQUISA.....	69
3.2.1	Participantes.....	69

3.2.2	Instrumentos.....	69
3.2.3	Procedimentos de coleta de dados.....	70
3.2.4	Aspectos éticos.....	71
3.2.5	Procedimentos de análise dos dados.....	71
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	73
4.1	Dados Sociodemográficos.....	73
4.2	Dados sobre pessoas que vivem com HIV.....	81
4.3	Dados sobre os locais de saúde que prestam atendimento a PHIV.....	81
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
	REFERÊNCIAS.....	93
	APÊNDICE A – Modelo de Tabela de Medicamento.....	101
	APÊNDICE B – Modelo de Questionário aplicado.....	102
	ANEXO A – Carta de anuência Institucional	107
	ANEXO B - Termo de autorização de uso de imagem institucional.....	108
	ANEXO C – Termo de Consentimento Livre Esclarecido.....	109
	ANEXO D – Declaração de inexistência de plágio.....	111

1 INTRODUÇÃO

A Saúde Pública é um campo vasto e complexo que lida com o bem-estar da população em geral e se dedica ao estudo e à melhoria da saúde das comunidades, um papel crucial na promoção de estratégias de prevenção, no fornecimento de serviços de saúde acessíveis e de qualidade, e na condução de pesquisas para melhorar o tratamento e a qualidade de vida da sociedade. Uma das áreas mais desafiadora dentro da saúde pública é o cuidado e o tratamento as pessoas que vivem com HIV (PHIV).

O HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) é um vírus que ataca o sistema imunológico do corpo, tornando o indivíduo mais suscetível a outras infecções e doenças. É uma das áreas mais desafiadoras dentro da saúde pública é o cuidado e tratamento de indivíduos portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Apesar dos avanços significativos na medicina que permitiram que o HIV se tornasse uma condição crônica gerenciável, ainda existem muitos desafios a serem superados, incluindo o estigma social, a discriminação e as barreiras ao acesso aos cuidados de saúde.

A melhoria do atendimento as pessoas vivendo com HIV/AIDS (PHIV) é uma questão de grande importância. Isso envolve não apenas o acesso a medicamentos antirretrovirais eficazes, mas também a prestação de cuidados de saúde mental, apoio social e programas de prevenção para limitar a propagação do vírus.

Estratégias eficazes são necessárias para otimizar os cuidados e tratamentos oferecidos aos portadores de HIV. Isso pode incluir a implementação de programas de educação em saúde, aprimoramento dos serviços de aconselhamento e teste do HIV, e promoção do acesso a terapias antirretrovirais.

Além disso, é crucial abordar as disparidades no atendimento à saúde que podem afetar os indivíduos pessoas vivendo com HIV/AIDS (PHIV). Isso inclui barreiras socioeconômicas, estigma e discriminação, que podem impedir esses indivíduos de buscar e receber o cuidado necessário.

Em suma, a melhoria da saúde pública para as pessoas vivendo com HIV/AIDS (PHIV) é uma tarefa multifacetada que requer uma abordagem abrangente e integrada. Com as estratégias corretas, pode-se esperar melhorar significativamente a qualidade de vida desses indivíduos e limitar a propagação do

HIV na população em geral. Diante dos pontos aqui apresentado, serão apresentados a seguir os objetivos do trabalho.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Buscar compreender as percepções das pessoas que vivem com HIV/AIDS no Brasil sobre o acolhimento dado pelos profissionais do SUS (Sistema Único de Saúde) público e privado em acordo com os princípios da Lei nº 8080, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e a Lei nº 12.984, de 2 de junho de 2014, que define o crime de discriminação aos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV).

1.1.2 Objetivos Específicos

- Analisar se estão sendo cumpridas as diretrizes do Art. 7º da Lei 8080 e o artigo 197 da Constituição Federal sobre as ações dos serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS);
- Verificar se os serviços de saúde estão obedecendo aos princípios descritos da lei Lei 8080, Universalização, Equidade e Integralidade;
- Verificar se as pessoas que vivem com HIV/AIDS estão tendo seus direitos assegurados pela Lei nº 12.984, de 2 de junho de 2014.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 HIV (HUMAN IMMUNO DEFICIENCY VIRUS)

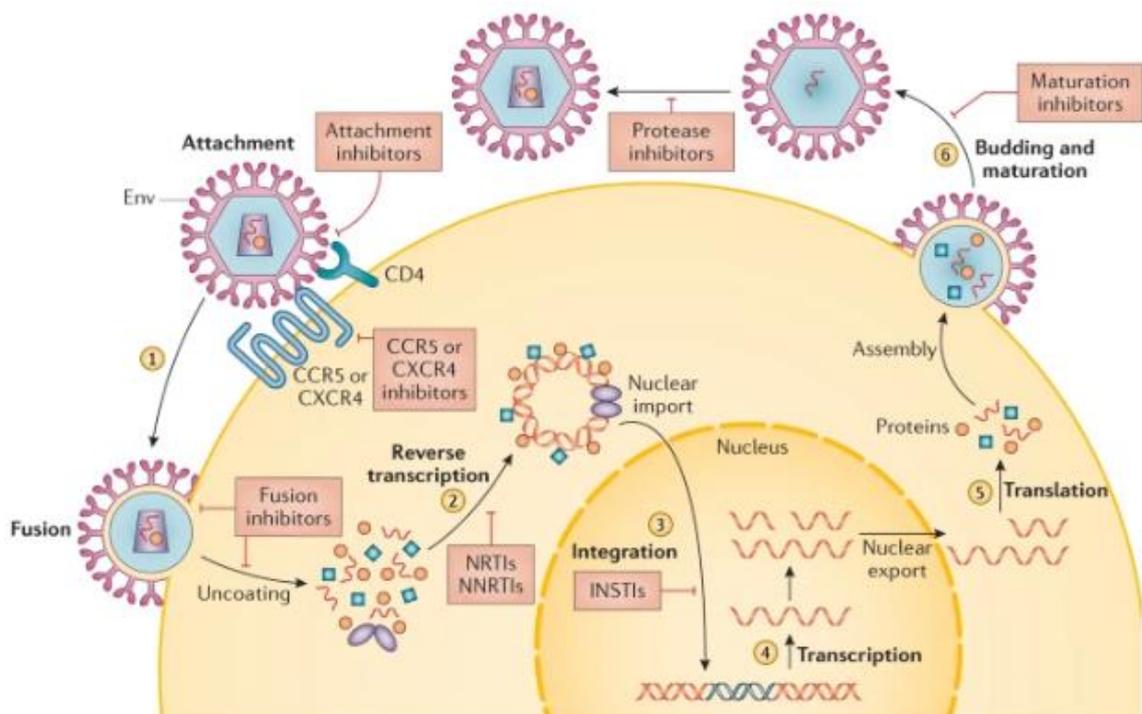
O vírus da imunodeficiência humana, que causa a Aids, é chamado de HIV (Human Immunodeficiency Virus) em inglês. O HIV é um retrovírus da subfamília Lentiviridae e do gênero Lentivirus, que armazenam seus dados genéticos em RNA, ele ataca e destrói as células do sistema imunológico, principalmente os linfócitos CD4+. O sistema imunológico do corpo humano, é uma complexa rede composta por milhões de células de diferentes tipos e funções, responde diariamente aos ataques de bactérias, vírus e outros microrganismos. Esta barreira imunológica é responsável por manter o organismo livre de doenças. Dentre as células de defesa, os linfócitos T-CD4+ desempenham um papel crucial. Estes são os principais alvos do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), causador da SIDA (Acquired immune deficiency syndrome) ou em português AIDS (Síndrome de imunodeficiência adquirida) e do Vírus Linfotrópico de Células T Humanas (HTLV), que causa outro tipo de doença sexualmente transmissível (Keele, *et al*, 2008).

Os linfócitos T-CD4+, produzidos na glândula do timo, desempenham um papel crucial no sistema imunológico. Essas células são capazes de memorizar, reconhecer e destruir microrganismos invasores, tornando o organismo mais vulnerável a vírus, bactérias e até mesmo ao câncer. A redução dessas células de defesa pode comprometer a imunidade. Quando o vírus do HIV infecta um linfócito T-CD4+, ele libera seu RNA para produzir o DNA viral. Esse RNA é incorporado ao DNA da célula hospedeira. O linfócito então replica o HIV, gerando várias cópias que infectam outros linfócitos, resultando na redução das células imunológicas. Em resumo, os linfócitos T-CD4+ são essenciais para a resposta imunológica e sua infecção pelo HIV compromete a capacidade do organismo de combater infecções e doenças (Lima, *et al*, 2011).

O HIV tem a capacidade de se replicar lentamente dentro do organismo por aproximadamente uma década, afetando progressivamente os linfócitos T CD4+, que são células cruciais para a defesa do organismo. Como resultado, o sistema imunológico perde gradualmente a capacidade de responder a infecções, tornando o indivíduo mais suscetível a desenvolver infecções graves. O HIV entra nas células

CD4 alvo através do receptor CC5 (CCR5) de quimocina ou do receptor 4 CXC (CXCR4) de quimocina, através da interação com a glicoproteína do envelope (Env) (etapa 1). Após fusão e encapsulamento, o RNA viral é transcrito reversamente em DNA (etapa 2). O complexo de pré-integração é então importado para o núcleo e o DNA viral é integrado ao genoma do hospedeiro (etapa 3). O DNA do HIV é transcrito pelas enzimas do hospedeiro em mRNA viral (etapa 4). Este mRNA é então exportado para o citoplasma onde ocorre a tradução (etapa 5), produzindo proteínas virais e, finalmente, produzindo vírions maduros (etapa 6). Cada fase do ciclo de vida do HIV (entrada do HIV, transcrição reversa, integração proteica e maturação) é um alvo potencial para medicamentos antirretrovirais. Como resultado desse ciclo o organismo perde a capacidade de combater esses agentes externos, a pessoa se torna mais propensa a adoecer e é então considerada portadora da AIDS, como pode ser observado na figura 1 (Deeks; Overbaugh; Phillips, *et al.*, 2015).

Figura 1 – Ciclo de vida do HIV



Fonte: Deeks, S., Overbaugh, J., Phillips, A. *et al.* 2015

A AIDS é diagnosticada quando o sistema imunológico perde sua capacidade de defesa e surgem os primeiros sinais e sintomas da doença (Lima, *et al.*, 2011). A

transmissão do HIV ocorre através do contato com sangue e/ou fluidos corporais de um indivíduo infectado. Uma vez que o vírus entra no corpo, o indivíduo é classificado como HIV positivo ou “soropositivo”, e tem a capacidade de transmitir o vírus para outros através do contato com seu sangue e/ou fluidos corporais, independentemente da presença de sinais ou sintomas específicos.

2.1.1 HIV – Transmissão e Infecção

O risco de transmissão do HIV-1 durante o ato sexual é influenciado principalmente pelo número de cópias de RNA plasmático por mL, também conhecido como carga viral. A cada aumento de 1 log₁₀, o risco de transmissão sexual aumenta 2,4 vezes (Quinn; Wawer, *et al.*, 2020).

A infecção aguda causada pelo HIV resulta em níveis elevados de carga viral plasmática nos primeiros meses, é um fator epidemiológico significativo. Uma diminuição de aproximadamente 0,7 log₁₀ na carga viral plasmática pode resultar em uma redução de 50% na transmissão do HIV-1 (Lingappa, *et al.*, 2010).

Existem outros fatores associados ao aumento do risco de transmissão sexual do HIV. Estes incluem infecções sexualmente transmissíveis, principalmente úlceras genitais, infecção por herpes simplex tipo 2 e infecção bacteriana (vaginose), gravidez e relação anal receptiva (Baeten *et al.*, 2011). A circuncisão masculina tem sido associada a um risco reduzido de transmissão sexual do HIV (Weiss; Quigley; Hayes, 2000).

Fatores comportamentais, como ter múltiplos parceiros sexuais, também aumentam o risco de transmissão do HIV-1 (Tanser, 2011). O uso de drogas, tanto injetáveis quanto não injetáveis, incluindo o álcool, está associado a um aumento no comportamento de risco. Especificamente, o uso de drogas injetáveis aumenta o risco de transmissão do HIV devido à prática de compartilhamento de agulhas e seringas (Crawford; Vlahov, 2010).

2.1.2 Epidemiologia

Desde o início da pandemia do HIV/AIDS no início da década de 1980, 74,9 milhões de pessoas foram infectadas pelo HIV e 32 milhões de pessoas morreram de doenças relacionadas com a AIDS em todo o mundo. De acordo com o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS (UNAIDS), em 2021 havia 38,4

milhões de pessoas vivendo com o HIV em todo o mundo, incluindo 36,7 milhões de adultos e 1,7 milhões de crianças com menos de 15 anos.

O número de mortes anuais por doenças relacionadas com a AIDS entre pessoas infectadas com HIV viral transmitido por via parentérica e/ou sexual, considerando todas as idades, em todo o mundo, caiu de 1,7 milhão em 2004 para 650 mil em 2021. O declínio global de óbitos relacionados ao HIV/aids tem sido amplamente causado por progressos alcançados na África do Sul e na África Oriental, que abrigam 54% da população mundial vivendo com HIV. A mortalidade relacionada à AIDS nessas regiões diminuiu 58% de 2010 a 2021, em decorrência, principalmente, do crescente acesso à terapia antirretroviral (TARV). O número de pessoas em uso da terapia alcançou 28,7 milhões em 2021, o equivalente a 74,7% dos indivíduos infectados pelo vírus linfotrópico da célula humana HIV, constituindo um grande passo para a redução das taxas de mortalidade e transmissão (UNAIDS, 2022).

Na América Latina, 2,2 milhões de pessoas viviam com HIV em 2021, sendo a quase totalidade de casos estimados em adultos; desse total, haviam 33 mil crianças de 0 a 14 anos acometidas. Estima-se que 110.000 novas infecções foram registradas naquele ano. O número de mortes, no continente em 2021, atingiu 29 mil, uma diminuição de 28% em relação a 2010 (“HIV/aids - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde”, [s.d.]).

O HTLV, um vírus linfotrópico da célula humana, é amplamente distribuído internacionalmente, com regiões mais comuns no Japão, África, Ilhas do Caribe, América do Sul e América Central. O HTLV-1 é o mais prevalente, com sete subtipos diferentes. O HTLV-1a é o mais difundido em várias regiões, incluindo Japão e América Central. Outros subtipos, como o HTLV-1b, estão presentes na África Central. Já o HTLV-2 infecta aproximadamente 800 mil pessoas no mundo. (Romanelli; Caramelli; Proietti, 2010).

Portanto, o HTLV-2 é um teste que inclui um sistema baseado em uma tira contendo um antígeno específico para detectar anticorpos na amostra biológica testada. Os vírus transmitidos por via parenteral e/ou sexual são menos comuns que o HTLV-1. Os Estados Unidos são responsáveis pela maioria das infecções por HTLV-2 (400.000 a 500.000 pessoas), e o HTLV-2 é encontrado principalmente em nativos americanos e usuários de drogas intravenosas (Menezes, 2018).

Um padrão epidemiológico semelhante é observado no Brasil, a região com o segundo maior número de infecções por HTLV-2 (200.000 a 250.000 pessoas). O HTLV-2 é classificado em quatro subtipos (a, b, c e d), sendo HTLV-2a e HTLV-2b comuns nas Américas e na Europa, e HTLV-2c e HTLV-2d comuns no Brasil e região central predominante na África. O Brasil iniciou a triagem sorológica de todo o sangue doado de acordo com o Regulamento nº. Essa decisão possibilitou estudar a prevalência do HTLV-1 em doadores de todo o Brasil. O HTLV-1 está presente em todas as regiões do Brasil, com prevalência variando por estado. Porém, estudos mostram que a prevalência é maior nos estados da Bahia, Pernambuco, Maranhão e Pará, com prevalência de até 1,35%. O HTLV-2 ocorre principalmente em populações indígenas da região amazônica (Menezes, 2018).

No Brasil, entre 1980 e 2022, ocorreram 1.088.536 casos confirmados de AIDS, com incidência de 0,24% em todas as faixas etárias e prevalência de 0,6% entre adultos. Em 2022 o Ministério da Saúde registrou 10.994 óbitos de doenças relacionadas com a AIDS. Uma redução de 8,5% de óbitos relacionados ao ano de 2012 que totalizou 12.019 casos. Entretanto, o número de novas infecções pelo HIV aumentou de 44.000 para 50.000 durante o mesmo período. A epidemia de HIV/AIDS entre os jovens ocupa um lugar importante no cenário epidemiológico do Brasil, com taxas de detecção de AIDS aumentando entre a população jovem masculina entre 2011 e 2022. Por região, são 183.901 (42,3%) na região Sudeste 89.988 pessoas (20,7%) na região Nordeste, 84.242 pessoas (19,4%) na região Sul, 42.957 pessoas (9,9%) na região Norte e 33.715 pessoas (7,7%) na região Centro-Oeste. A propagação global do HIV-1 do grupo M na segunda metade do século XX levou a uma distribuição diversificada de subtipos e formas recombinantes. Com base nas sequências de 2010 a 2015, o subtipo C é o mais prevalente em todo o mundo, sendo responsável por quase 50% das infecções. Caracteriza-se pelo aumento do número de casos de doenças infecciosas em algumas regiões, cidades e estados, mas não atingindo níveis globais no curto prazo. Foram 162 tópicos relacionados à virologia, seguidos por subtipo B (12,1%), subtipo A (10,3%), CRF02_AG (7,7%), CRF01_AE (5,3%), subtipo G (4,6%) e subtipo D (2,7%). Além disso, todas as formas recombinantes são responsáveis por aproximadamente 23% das infecções, mas a prevalência dos subtipos F, H, J, K e L é limitada. No entanto,

a contribuição de cada subtipo varia amplamente dependendo da região do mundo (Boletim Epidemiológico - HIV/AIDS 2023).

Nas Américas, o subtipo B predomina e ocorre em toda aquela região geográfica. Além disso, alguns têm relevância epidemiológica, como o subtipo F e o tipo BF recombinante, que são prevalentes na América do Sul, principalmente no Brasil, Argentina e Uruguai. A epidemia brasileira é composta principalmente pelos subtipos B, F1, C e recombinantes entre eles. A prevalência do subtipo B é de 19% a 97%, seguido pelo subtipo C (<1% a 66%), subsubtipo F1 (<1% a 23%) e vários recombinantes BF1 e BC. No entanto, a distribuição dos subtipos de HIV-1 não é uniforme em todo o país, e diferentes cenários epidemiológicos têm sido observados em diferentes regiões, com a região Sul em particular a apresentar uma maior prevalência dos subtipos C e BC do que nas outras regiões (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

As Nações Unidas estabeleceram o objetivo de reduzir o número de novas infecções por HIV por ano para menos de 370.0001 até 2025. Além disso, a Organização Pan-Americana da Saúde aprovou o Plano de Ação para a Prevenção e Controle da Infecção pelo HIV e das Doenças Sexualmente Transmissíveis em 2016-2021, o objetivo é acabar com a propagação da AIDS e das doenças sexualmente transmissíveis, ambos problemas de saúde pública nos Estados Unidos, até 2030 (“HIV/aids - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde”, [s.d.]). Já o Brasil estabeleceu novas metas para reduzir as infecções por HIV, lançou seu programa Brasil Saudável em fevereiro de 2024. O programa visa erradicar infecções e doenças como a tuberculose, a lepra, o HIV, a AIDS e a malária que afetam populações socialmente vulneráveis. As novas metas consistem em: 95% das pessoas com HIV ou AIDS são diagnosticadas, destes, 95% necessitam de tratamento antirretroviral. A supressão viral foi alcançada em 95% dos pacientes tratados. Este objetivo faz parte dos esforços para conter novas infecções pelo VIH e é consistente com os objetivos globais estabelecidos pelas Nações Unidas (ONU) através da agenda dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 2030 e da iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), para livrar o continente das doenças, nas Américas. Este objetivo faz parte dos esforços para conter novas infecções pelo HIV (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024).

2.3 MARCOS HISTÓRICO DO HIV/AIDS

2.3.1 História do HIV/AIDS no mundo

Parece não haver dúvidas sobre a nova natureza da pandemia global da AIDS. Os primeiros casos foram descobertos na África e nos Estados Unidos, e a epidemia começou a ganhar força na década de 1980. No entanto, a questão da sua origem permanece um mistério. Se a hipótese de que o vírus fundador foi transmitido de primatas para humanos estiver correta, não há explicação convincente para o mecanismo pelo qual isso aconteceu (Faria, 2014).

Os seres humanos e os primatas coexistiram durante milhares de anos no continente africano e, ainda assim, os seres humanos foram infectados pelo vírus da AIDS. A título de referência, é necessário considerar o conceito de nidalidade dos agentes infecciosos e as diversas formas como eles interagem com os hospedeiros, incluindo os humanos. Quando essas interações levam a comunidades, as populações envolvidas desempenham um papel único na distribuição dos recursos disponíveis, sendo cada população, ou espécie, denominada seu nicho ecológico (Forattini, 1992). Se for representado por um agente infeccioso, a infecção por ele causada pode desaparecer localmente ou temporariamente se a transmissão se mostrar ineficiente. Em outras palavras, em média, cada hospedeiro atual é seguido por menos de um novo hospedeiro. Obviamente, existem vários fatores naturais e humanos que podem causar esta situação.

O primeiro fator inclui o desenvolvimento da imunidade e o desaparecimento das populações hospedeiras, e o último inclui medidas de saúde pública. No que diz respeito à AIDS, devem ser considerados vários agentes patogênicos virais do HIV que são muito semelhantes ao SIV, nomeadamente o vírus da imunodeficiência símia. Portanto, embora as primeiras mortes atribuídas a esta causa possam ter ocorrido na década de 1950, esta infecção é a mais comum e ocorre naturalmente em primatas. Acredita-se que tenha tido origem na região da África Central e oriental. Neste contexto, tem havido uma tendência para aceitar a hipótese de que o vírus da AIDS se espalhou pela população humana através da sua presença na população de macacos. Em outras palavras, eles viram uma oportunidade de ocupar

um nicho ecológico interativo com os humanos. O mecanismo pelo qual isso ocorre ainda não está claro (Forattini, 1992).

Existem vários aspectos que requerem esclarecimentos. Primeiro, em contraste com a extrema toxicidade da AIDS nos seres humanos, a segurança da infecção pelo SIV nos primatas é clara. Em segundo lugar, como já foi mencionado, por que, após milhares de anos de coexistência, os sintomas da doença epidemiologicamente detectáveis só agora aparecem? Estas questões parecem estar no cerne das misteriosas origens da AIDS, várias hipóteses podem ser feitas para decifrar isso. Uma das hipóteses começou com uma simples pergunta sobre as oportunidades que estão se tornando cada vez mais comuns devido às mudanças sociais decorrentes da aglomeração urbana e dos altos níveis de interação. Alguns reconhecem o impacto das transfusões de sangue experimentais realizadas para estudar a malária neste século. No entanto, ninguém pode fornecer uma explicação incontroversa para esta questão (Forattini, 1993). A partir dessas mudanças faz sentido propor que os agentes patogênicos infecciosos estão a emergir em novas formas e são conhecidos por terem a capacidade de causar epidemias. Alguns estão relacionados a mudanças no comportamento humano, enquanto outros resultam da expressão de novos genes (Krause, 1992). Estas podem ser expressas por mutações que afetam apenas um único nucleotídeo da cadeia de DNA, mas são, no entanto, essenciais para a expressão da virulência. Sabe-se que a rápida taxa de mutação do HIV resulta no potencial para grandes alterações nas taxas de replicação. Portanto, o vírus ocorre intensamente além do período de incubação, desde o aparecimento dos sintomas clínicos até a morte (Ewald, 1993). Da mesma forma, a progressão da invasão antrópica de uma espécie durante o processo de homogeneização entre as populações da comunidade invadida depende essencialmente de fatores dinâmicos. Em outras palavras, a natureza das interações entre esta espécie e outras espécies dentro da comunidade atacada determinará o sucesso desta invasão (Lodge, 1993).

Contudo, para que este processo seja bem-sucedido e alcance a estabilidade, esta interação deve criar novos nichos ecológicos ou construir nichos que permanecem vagos. Esta última possibilidade torna-se permissível se considerarmos as ações humanas na extinção de espécies na biosfera. E esta extinção deve ser vista não apenas como a extinção de plantas e animais como resultado de

mudanças macro ecológicas, mas também como um resultado deliberado no planejamento de campanhas de erradicação de doenças infecciosas (Krause, 1992).

Do ponto de vista ecológico, isto equivale à extinção de pelo menos uma espécie, um agente patogénico infeccioso, se for bem-sucedido, libera um nicho para outro preencher, talvez seja apenas uma coincidência, então não há necessidade de dizer nada. Entretanto, é intrigante considerar que a erradicação global da varíola foi seguida pela pandemia da AIDS. No contexto espacial, afirma-se que a varíola foi erradicada pela última vez na África, enquanto a AIDS surgiu pela primeira vez no mesmo continente. Em outras palavras, um vírus SIV (vírus da imunodeficiência símia) relativamente inofensivo pode estar “aguardando” por essa oportunidade (UNAIDS, 2022).

Duas décadas atrás, a perspectiva de erradicar a epidemia global de AIDS parecia distante. Anualmente, o HIV infecta mais de 2,5 milhões de indivíduos e a AIDS é responsável pela morte de 2 milhões de pessoas. Em certas regiões da África Austral, a AIDS tem se propagado por décadas. Embora existam medicamentos eficazes, seu alto custo restringe o acesso a uma pequena parcela privilegiada da população (UNAIDS, 2022).

A situação da epidemia de AIDS é, de fato, alarmante. Apesar dos avanços na medicina, muitas pessoas ainda não conseguem acessar os tratamentos adequados devido aos altos custos envolvidos. Essa questão dos custos pode ter impactos negativos significativos na vida de indivíduos que não possuem recursos financeiros para arcar com essas despesas. É essencial que haja um esforço conjunto para garantir o acesso universal a esses medicamentos, independentemente da condição financeira das pessoas, pois é fundamental que a sociedade se una para garantir que todos tenham acesso aos tratamentos necessários para o controle da AIDS, independentemente de sua condição financeira. Todos devem receber o cuidado de saúde que merecem. Ao analisar as opiniões e críticas sobre a situação da epidemia de AIDS, pode-se concluir que a questão dos altos custos dos tratamentos e a importância de garantir acesso a esses medicamentos para todos são pontos cruciais a serem abordados. É fundamental que haja um esforço conjunto da sociedade, governos e organizações para garantir que ninguém seja deixado para trás no combate a essa doença. A

solidariedade e a empatia são essenciais para enfrentar essa epidemia e garantir que todos tenham acesso aos cuidados de saúde necessários (UNAIDS, 2022).

2.3.2 Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil

Antes de existir o SUS, existia um instituto chamado INAMPS (Instituto Nacional de Apoio Médico e Previdenciário), fundado em 1977. Naquela época, o acesso à saúde no Brasil era muito limitado. Somente quem possui cartão cadastrado e contribui para a Segurança Social tem acesso aos serviços deste instituto. Ao mesmo tempo, há um movimento chamado Reforma da Saúde, que luta pelo acesso universal aos cuidados de saúde. Este movimento procura fazer da saúde um direito de todos independentemente da sua posição social. Para atingir esse objetivo, foram realizadas oito conferências, a última das quais ocorreu desde 1986, antes da promulgação da atual Constituição Federal. Em 1988, a saúde foi incluída como um direito universal na Constituição. Além disso, também se tornou uma obrigação estatal. Com base nesse compromisso, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído e regido pela Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. O SUS alcançou o que está estipulado na Constituição, garantindo o acesso à saúde como direito fundamental de todos os cidadãos brasileiros. Portanto, a saúde pública se tornou um direito fundamental do ser humano. É responsabilidade do Estado promover e garantir uma saúde de qualidade para a população, conforme estabelecido em lei. Isso inclui a implementação de políticas sociais e econômicas que visam reduzir os riscos de doenças e outros agravos (LEI No 8.080/1990).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma conquista fundamental para todos os brasileiros, tornando o acesso à saúde mais acessível e restabelecendo desigualdades existentes. Destaca-se a seguir alguns dos princípios que norteiam o SUS (UNAIDS, 2022):

- **Universalização:** a saúde é reconhecida como um direito de todos, e o Estado deve garantir o acesso sem discriminação. Isso significa que qualquer pessoa, independentemente de sua condição social, tem direito aos serviços de saúde.
- **Equidade:** o SUS busca diminuir as desigualdades. Investimentos são direcionados para as pessoas mais vulneráveis, considerando suas necessidades e carências específicas.

- Integralidade: o cuidado com a saúde não se limita apenas aos aspectos assistenciais. O SUS promove a promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação, considerando a pessoa como um todo.

Além disso, o artigo 200 da Constituição Federal estabelece as atribuições do SUS, incluindo o controle de procedimentos, produtos e substâncias relacionados à saúde, a execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica, a formação de recursos humanos na área de saúde e a participação na formulação e execução das ações de saneamento básico, entre outros aspectos assim, garantido na Constituição de 1988, em seu artigo, 198, Seção II da Saúde, surge o Sistema Único de Saúde (SUS), na forma da Lei:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
III – participação da comunidade. (Constituição Federal, 1988, p. 160).

Após três décadas de existência, o Sistema Único de Saúde (SUS) se consolidou como um projeto social brasileiro de destaque entre os países em desenvolvimento. Fundamentado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, esse programa abrange toda a nação e se estrutura por meio de uma rede de atendimento gratuito em diversos níveis de cuidados de saúde (Brasil, 2018):

- Atenção Primária: abrange desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial até a promoção da saúde e prevenção de doenças.
- Atenção Secundária: envolve serviços de média complexidade, como consultas especializadas e exames.
- Atenção Terciária: inclui procedimentos de alta complexidade, como transplantes de órgãos.

O SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. A atenção à saúde não se limita apenas aos cuidados assistenciais, mas também visa à promoção da saúde e à melhoria da qualidade de vida. A gestão

das ações e serviços de saúde é compartilhada entre os três entes federativos: União, Estados e municípios (Brasil, 2018).

2.3.3 HIV/AIDS no Brasil

A história do HIV/AIDS no Brasil começou em 1980, quando o primeiro caso de HIV foi registrado na cidade de São Paulo, mais especificamente no Hospital Emílio Ribas. No entanto, foram necessários mais dois anos para que o diagnóstico fosse classificado como AIDS (Silva; Cueto, 2018).

Os primeiros pacientes diagnosticados com AIDS no Brasil desenvolveram o sarcoma de Kaposi, o mesmo tipo de câncer que pessoas com AIDS apresentaram nos Estados Unidos. Desde então, o Brasil tem enfrentado desafios significativos na gestão da epidemia de HIV/AIDS, incluindo o estigma e a discriminação associados à doença (Silva; Cueto, 2018).

Apesar desses desafios, o Brasil deu um passo à frente na política de prevenção do HIV com a adoção da chamada PrEP (Profilaxia pré-Exposição), que desde dezembro de 2017 está presente em 36 centros de tratamento de 11 estados brasileiros. A PrEP é indicada pela Organização Mundial de Saúde desde 2012 a populações mais expostas à infecção, como homens que fazem sexo com homens, população trans e trabalhadores do sexo (Silva; Cueto, 2018).

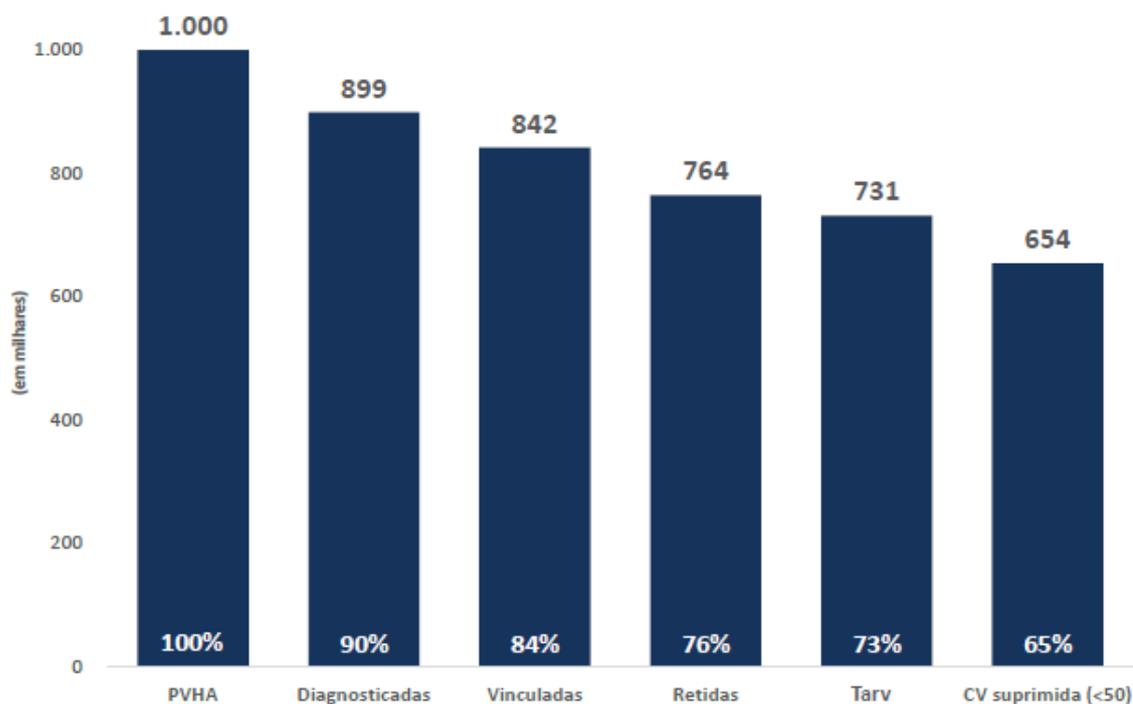
No entanto, ainda existem muitos desafios a serem superados, incluindo a sustentabilidade dos programas de prevenção e a retomada das alianças com a sociedade civil. Além disso, é crucial abordar as disparidades no atendimento à saúde que podem afetar os indivíduos portadores de HIV. Isso inclui barreiras socioeconômicas, estigma e discriminação, que podem impedir esses indivíduos de buscar e receber o cuidado necessário (Silva; Cueto, 2018).

As políticas públicas relacionadas ao HIV/AIDS no Brasil tiveram seu auge na década de 90 e apresentaram mobilização de diversas parcelas da sociedade, ONGs (Organizações Não Governamentais) e até mesmo de instituições religiosas, como pela Igreja Católica. Esse foi o pontapé inicial para que diversas outras ações fossem realizadas e que fazem do Brasil ainda hoje uma referência no tratamento do HIV/AIDS (Damante; Ferreira; Maito, 2019).

Desde 2013 há o fornecimento gratuito, via SUS, da terapia antirretroviral (TARV – conhecido popularmente como “coquetel”). Deve-se destacar que esses avanços ocorrem também graças aos esforços da sociedade civil, juntamente com a comunidade LGBT+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais e outros mais) e por profissionais da área da saúde que fizeram também a implementação de diversos programas de prevenção e também pressionaram para o desenvolvimento de políticas para a triagem e diagnóstico de pacientes infectados pelo vírus HIV (Damante; Ferreira; Maito, 2019).

Em relação às tendências de 2013 a 2022, todas as barras das quedas apresentam melhoria nos indicadores analisados, exceto 2020 (Figura 2). Observar Tem havido um aumento constante (embora ocasionalmente uma ligeira diminuição) na proporção de pessoas que vivem com HIV diagnosticado, resultando em um aumento de 24,4% nesse período (de 72,3% para 89,9% respectivamente de 2013 a 2022) e PVHIV relacionadas em Tarv, aumentou 22,4% (de 68,8% para 84,2% no mesmo período). Também é importante notar o aumento na proporção de pessoas que vivem com HIV a receber tratamento Tarv foi de 54,3%, de 47,4% para 73,1%, e a proporção de pessoas que vivem com HIV a receber tratamento Tarv foi de 89,5%. supressão viral (VL <50 cópias/mL), 36,7% a 69,5%. (MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E AMBIENTE. DEPARTAMENTO DE HIV/AIDS, 2023).

Figura 2 – Incidência de cuidado contínuo do HIV, Brasil 2022.



Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Proporções calculadas em relação ao número de PVHA. 2022.

No entanto, apesar dos avanços significativos nas políticas públicas para o HIV/AIDS no Brasil, ainda existem desafios significativos. A onda conservadora atual no Brasil apresenta tendência a inviabilizar novas políticas no campo da AIDS e ameaça direitos humanos e sociais adquiridos. (Almeida; Ribeiro; Bastos, 2022) Tais impactos devem ser analisados em estudos futuros.

2.3.4 A situação atual da epidemia de HIV no mundo

Em 2022, a população global de pessoas vivendo com HIV era de 39 milhões, composta por 36,7 milhões de adultos (15 anos ou mais) e 1,7 milhão de crianças (0 a 14 anos), com mulheres e meninas representando 54% do total. No mesmo ano, o mundo viu cerca de 1,3 milhão de novas infecções por HIV e aproximadamente 630 mil mortes relacionadas à AIDS (UNAIDS, 2022).

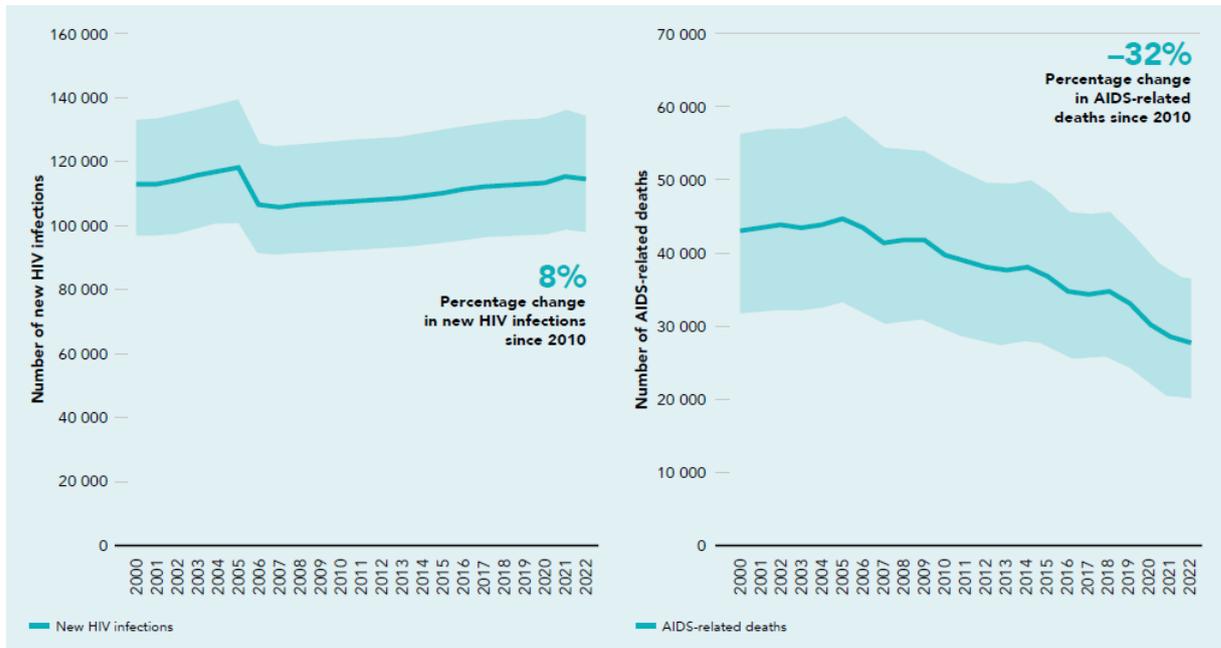
Até o fim de 2022, estima-se que existiam 38 milhões de pessoas vivendo com HIV no mundo, já segundo dados da UNICEF (2023) no Brasil foram

identificadas, em pesquisa, que há cerca de 43.403 vivendo com HIV até o final do mesmo ano. Como resultado dos esforços internacionais combinados para responder ao HIV, a cobertura dos serviços tem aumentado continuamente. Neste mesmo ano 68% dos adultos e 53% das crianças vivendo com HIV em todo o mundo estavam recebendo terapia antirretroviral (UNICEF, 2023). Esses números mostram que, embora tenhamos feito progressos significativos na luta contra o HIV/AIDS, ainda há muito trabalho a ser feito para acabar com a epidemia, adotando soluções pelos líderes de todos os países do mundo.

A solução para a AIDS foi encontrada, em resposta que no mundo há 193 países que assumiram compromissos políticos que colocam as pessoas em primeiro lugar e implementam recomendações de prevenção e tratamento do HIV. A meta global em 2025 é de 35 milhões de pessoas vivendo com HIV. O acesso a medicamentos antirretrovirais aumentou significativamente na África Subsaariana e na Ásia e no Pacífico, com 82% das pessoas que vivem com HIV que utilizam os medicamentos em casa (Stover, *et al.*, 2021).

Embora os países latino-americanos tenham feito grandes progressos na melhoria do acesso ao tratamento do HIV, tiveram menos sucesso na prevenção, já em mortes relacionadas com a AIDS diminuíram 32% desde 2010, mas o número anual de novas infecções por HIV aumentou 8% (Figura 3), 10 (dez) países da região registaram um aumento no número de novas infecções desde 2010 (UNAIDS, 2023).

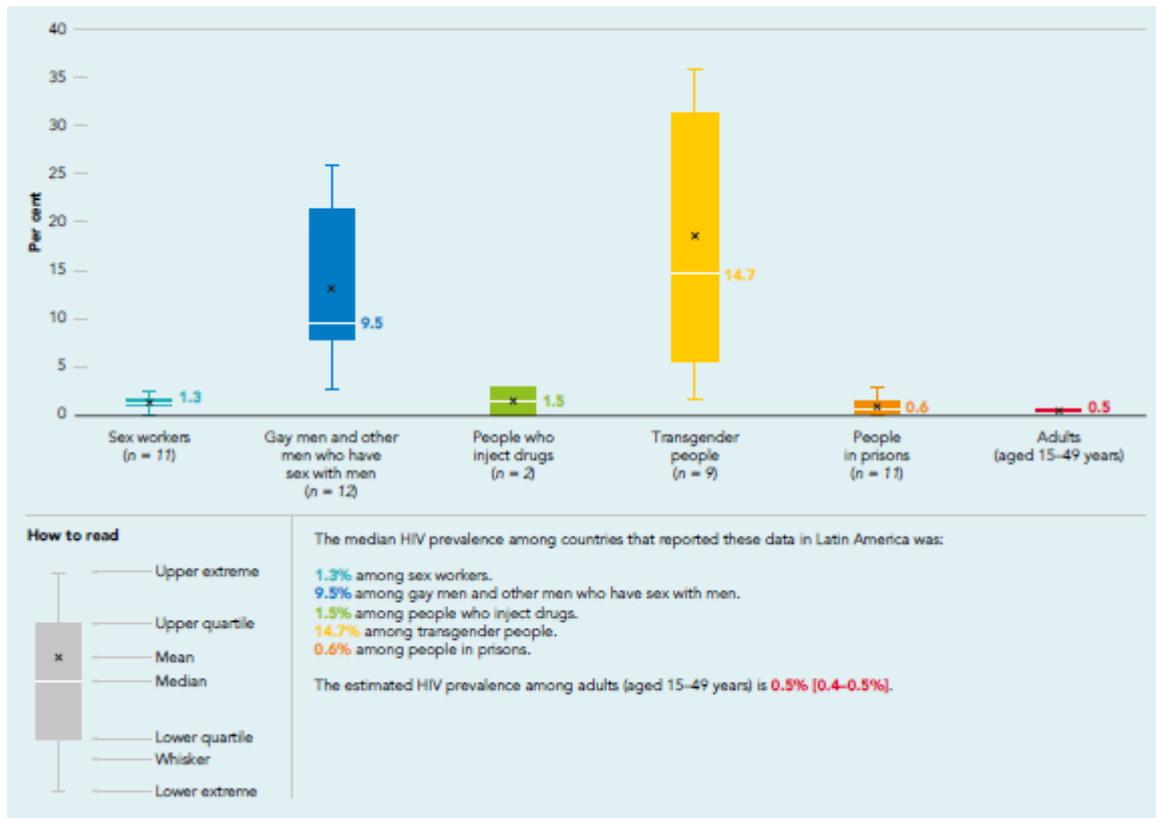
Figura 3 - Números anuais de novas infecções por HIV e mortes relacionadas à AIDS, América Latina, 2000–2022.



Fonte: The path that ends aids 2023 UNAIDS global aids update. 2023.

Existem diferenças claras na prevenção do HIV. Entre 2010 e 2022, o número de novas infecções por HIV diminuiu 14% entre as mulheres, mas aumentou 17% entre os homens. A prevalência média do HIV nas populações-chave é significativamente mais elevada do que na população em geral: 9,5% para homens gays e outros homens que fazem sexo com homens (dados de 12 países) e 14,7% para homens transexuais (dados de 9 países). foi alcançado, como mostra na figura 4 (UNAIDS, 2023).

Figura 4 - Prevalência do HIV entre as populações-chave em comparação com os adultos (15-49 anos), países declarantes na América Latina, 2018–2022.



Fonte: The path that ends aids 2023 UNAIDS global aids update. 2023.

Até 2022, a proporção de pessoas com VIH que recebem tratamento antirretroviral aumentou para 72%. No entanto, a falta de serviços adequados tem dificultado o acesso a programas de tratamento e cuidados em alguns países da região. A incapacidade de diagnosticar prontamente a infecção pelo VIH, que está associada a melhores resultados para as pessoas com VIH, à redução do risco de transmissão contínua do VIH e à redução dos custos dos cuidados de saúde, levou a taxas elevadas de infecção pelo VIH em fase avançada. diagnosticado. todo mundo. Em 13 países da região, pelo menos 25% dos novos diagnósticos são classificados como infecção avançada pelo VIH, com contagens de CD4 abaixo de 200/mm³.

Outros dados importantes estão relacionados as novas infecções, desde 2010, houve um aumento de 8% nas novas infecções por HIV, mas também uma diminuição de 32% nas mortes relacionadas à AIDS. Atualmente, estima-se que existam entre 2,0 e 2,5 milhões de pessoas vivendo com HIV, com 2,2 milhões sendo o número mais provável. No último ano, houve entre 94.000 e 130.000 novas

infecções por HIV, com uma estimativa mais precisa de 110.000. As mortes relacionadas à AIDS foram entre 21.000 e 35.000, com 27.000 sendo o número mais provável. Quando olha para a incidência de testes e tratamento para todas as idades, vemos que entre 76% e 95% das pessoas que vivem com HIV conhecem seu estado sorológico, com 85% sendo a estimativa mais precisa. Entre 64% e 80% das pessoas que vivem com HIV estão em tratamento, com 72% sendo a estimativa mais precisa. E entre 59% e 74% das pessoas que vivem com HIV têm supressão viral, com 66% sendo a estimativa mais precisa. Em termos de financiamento da resposta ao HIV, atualmente há disponibilidade de US\$ 3,2 bilhões para o HIV. No entanto, isso representa uma deficiência de 16% para atingir a meta de 2025. (UNAIDS, 2023).

A UNAIDS (2023) fez uma investigação sobre os dados globais do HIV por regiões e de pessoas que vivem com HIV, novas infecções e óbitos (Quadro 1). No encerramento de 2022, US\$ 20,8 bilhões foram alocados para combater a AIDS em países de baixa e média renda, uma queda de 2,6% em relação a 2021 e bem abaixo dos US\$ 29,3 bilhões necessários até 2025. Cerca de 60% dos fundos disponíveis em 2022 vieram de fontes internas, um aumento em relação aos 50% em 2010. A diminuição nos recursos para o HIV em 2022 foi resultado de cortes tanto no financiamento internacional quanto no doméstico. O financiamento externo para o HIV caiu 3% em relação a 2021, totalizando US\$ 8,3 bilhões em 2022. Simultaneamente, o financiamento interno também sofreu reduções. O financiamento bilateral do governo dos Estados Unidos representou 58% de toda a assistência internacional para o HIV, enquanto as contribuições do Fundo Global para combater a AIDS, Tuberculose e Malária representaram cerca de 29%. Outros doadores internacionais forneceram o restante, embora essa porção tenha diminuído significativamente, de cerca de US\$ 3 bilhões em 2010 para US\$ 1,2 bilhão em 2022, uma queda de 61%. Foi estimado um déficit de financiamento de aproximadamente 90% para programas de prevenção do HIV voltados para populações-chave, em comparação com o financiamento necessário até 2025 (UNAIDS, 2023).

Figura 5 - Dados globais do HIV

	2000	2005	2010	2020	2021
Pessoas vivendo com HIV	26 milhões [22,9 milhões – 29,7 milhões]	28.5 milhões [25,1 milhões – 32,5 milhões]	30.8 milhões [27,2 milhões – 35,2 milhões]	37.8 milhões [33,3 milhões – 43,1 milhões]	38,4 milhões [33,9 milhões – 43,8 milhões]
Novas infecções por HIV (Total)	2,9 milhões [2,2 milhões – 3,9 milhões]	2,5 milhões [1,9 milhão – 3,3 milhões]	2,2 milhões [1,7 milhão – 2,9 milhões]	1,5 milhão [1,2 milhão – 2 milhões]	1,5 milhão [1,1 milhão – 2,2 milhões]
Novas Infecções por HIV (15+ anos)	2.4 milhões [1,8 milhão – 3,2 milhões]	2 milhões [1,5 milhão – 2,7 milhões]	1,9 milhão [1,4 milhão – 2,5 milhões]	1,4 milhão [1 milhão – 1,8 milhão]	1,3 milhão [990 mil – 1,8 milhão]
Novas Infecções para o HIV (0 a 14 anos)	520 mil [350 mil – 770 mil]	470 mil [320 mil – 700 mil]	320 mil [220 mil – 480 mil]	170 mil [110 mil – 250 mil]	160 mil [110mil – 230 mil]
Mortes relacionadas à AIDS	1,7 milhão [1,3 milhão – 2,2 milhões]	2 milhões [1,6 milhão – 2,6 milhões]	1,4 milhão [1,1 milhão – 1,8 milhão]	690 mil [540 mil – 900 mil]	650 mil [510 mil – 860 mil]
Pessoas com acesso à terapia antirretroviral	560 mil	2 milhões	7,8 milhões	27,2 milhões	28,7 milhões
Recursos disponíveis para a resposta ao HIV*	US\$ 5,1 bilhões	US\$ 9,3 bilhões	US\$ 16,7 bilhões	US\$ 21,6 bilhões	US\$ 21,4 bilhões

Fonte: (UNAIDS, 2022)

Os principais desafios enfrentados atualmente, discutidos na Conferência Internacional sobre a AIDS de 2016 em Durban, África do Sul, são notáveis, a sociedade enfatiza a necessidade de renovar o foco na vigilância do HIV, ao mesmo tempo em que mantém o ímpeto para melhorar o acesso ao tratamento do HIV. Isso também destaca o crescente problema da resistência aos medicamentos antirretrovirais (ART) e a necessidade de financiamento sustentável para a resposta global. De acordo com a Dra. Margaret Chan, Diretora-Geral da OMS (OMS, 2016), grandes progressos foram feitos na luta contra o HIV, especialmente no tratamento,

tornando-se uma das maiores histórias de sucesso da saúde pública deste século. Os desafios na resposta global ao HIV/AIDS incluem:

- **Prevenção:** Em escala global, o progresso na prevenção do HIV estagnou. Em 2015, houve 2,1 milhões de novas infecções por HIV, apenas ligeiramente menor do que as 2,2 milhões em 2010. Em algumas regiões e entre alguns grupos, as infecções estão aumentando.
- **Tratamento:** Desde 2015, a OMS recomendou que todas as pessoas diagnosticadas com HIV iniciem a terapia antirretroviral (ART) o mais rápido possível para prevenir doenças e morte.
- **Resistência a medicamentos:** A resistência aos medicamentos antirretrovirais está emergindo como um desafio significativo na resposta global ao HIV/AIDS.
- **Financiamento para uma resposta sustentável:** O desenvolvimento contínuo da agenda de desenvolvimento, a mudança nas prioridades dos doadores e as ameaças contínuas à economia global representam desafios para o financiamento dos esforços para acabar com a AIDS (OMS, 2016).

2.3.5 Impactos na Vida dos Portadores de HIV/AIDS no Brasil

Estudos indicam que a maioria das pessoas no Brasil vivendo com HIV e AIDS já experimentou algum tipo de violência. Uma pesquisa realizada em sete cidades brasileiras de abril a agosto de 2019, envolvendo 1.784 participantes, revelou que 64,1% dos entrevistados enfrentaram discriminação ou preconceito cultural, o preconceito cultural é uma forma de discriminação baseada na não aceitação ou desrespeito às manifestações culturais de um indivíduo ou grupo, isso pode incluir a rejeição de costumes, tradições, idiomas, religiões ou outras características culturais. Quase metade (46,3%) foi afetada por preconceito ou ideologia, e 41% relataram receber informações de membros da família. A pesquisa também descobriu que a maioria dessas pessoas já sofreu algum tipo de discriminação, incluindo insultos (25,3%), perda de emprego ou renda (19,6%) e até violência (6,0%). A maioria dos 1.800 participantes do Índice Brasileiro de Estigma eram homens negros que viviam com HIV há cerca de 10 anos. De acordo com o Boletim Epidemiológico de AIDS 2019 do Ministério da Saúde, o número de homens negros que morreram de AIDS aumentou 22,5% na última década. Em contraste,

houve uma diminuição de 22,2% entre os brancos. Considerando o alto número de entrevistados negros na pesquisa do Índice de Estigma, este estudo parece ser uma fonte valiosa para entender a situação atual no país (UNAIDS, 2023).

Mesmo após quase quatro décadas da epidemia de HIV e com os avanços na medicina e tecnologia, 81% dos entrevistados ainda enfrentam dificuldades para revelar que são soropositivos. Na maioria dos casos, acredita-se que é inadequado compartilhar o status sorológico com pessoas que não são próximas. Embora 24,6% dos vizinhos estejam cientes da doença, as pessoas soropositivas geralmente não aceitam isso. O mesmo ocorre com colegas (18,2%) e acadêmicos (15,3%). A maioria das pessoas prefere discutir abertamente seus problemas apenas com parceiros que compartilham o mesmo status sorológico (80,4%). No entanto, a realidade mostra um lado diferente: hoje, cerca de 20% das pessoas que vivem com HIV/AIDS não conseguem revelar seu status aos vizinhos por medo de discriminação. As pessoas que vivem com HIV e AIDS enfrentam várias formas de ridicularização, resultando em abuso emocional, engano, violência física e desemprego, apesar das leis existentes para protegê-las, como a Lei 12.984. Em 2014, essa lei tornou a discriminação contra pessoas que vivem com HIV ou AIDS um crime, sujeito a penas de prisão e multas (UNAIDS, 2023).

O medo da estigmatização e os sentimentos de culpa por viver com HIV ou AIDS eram comuns entre os participantes do estudo realizado pelo UNAIDS em 2022, os dados da investigação mostram que estar infectado com o HIV pode levar a pensamentos e sentimentos sobre as relações com os outros e consigo mesmo. Um terço dos entrevistados disse que se sentia envergonhado por viver com o HIV e sentia-se culpado pela sua saúde. Uma descoberta surpreendente deste estudo foi que quase metade dos entrevistados (47,9%) relataram ter sido diagnosticados com uma doença mental nos últimos 12 meses. Estes dados demonstram a necessidade de expandir e melhorar os serviços e políticas de saúde para as pessoas que vivem com o HIV/AIDS (UNAIDS, 2023).

Em termos de cuidados de saúde, o inquérito mostrou que 15,3% dos entrevistados afirmaram ter sido discriminados por profissionais médicos devido ao seu estado de HIV ou AIDS. Estes incluem comportamentos como evitar contacto (6,8%) e violar a privacidade sem consentimento (5,8%). Isso difere das diretrizes de cuidados pessoais estabelecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Embora

estes relatórios, divulgados pelo UNAIDS Brasil (2023) se baseiem no pequeno número de pessoas que participaram neste estudo, é importante sublinhar que as políticas e leis garantem que ninguém seja humilhado ou abusado. A maioria das pessoas (72%) afirmou que os resultados dos seus testes de HIV eram normais. No entanto, a pesquisa constatou que uma grande proporção de pessoas (24%) afirmou não ter autonomia na função. As questões de autonomia também são importantes quando as pessoas que vivem com o HIV e ou AIDS exercem os seus direitos sexuais e reprodutivos. O Índice Brasileiro de Estigma mostra que 8,9% das pessoas têm esse direito gravemente violado porque são obrigadas a não serem mães ou pais. Tendo em conta a heterogeneidade das pessoas que vivem com HIV/AIDS e a combinação de outros indicadores importantes de discriminação, este estudo mostra que a maioria das pessoas que sofrem, estão relacionadas com outras questões que não o HIV. Informações sobre gênero, identidade de gênero, comportamento sexual e uso de substâncias. O relatório indica que a maioria das pessoas possui altos níveis de preconceito. Notavelmente, 90,3% dos indivíduos homossexuais relataram ter sido vítimas de uma das formas de preconceito investigadas no estudo (UNAIDS, 2023).

2.4 O FUTURO DA RESPOSTA GLOBAL AO HIV/AIDS

A ONUAIDS desenvolveu um conjunto de metas provisórias para 2025 que precisam ser alcançadas para atingir as metas de HIV para 2030 dentro dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (UNAIDS, 2023).

As metas globais para 2025 incluem reduzir novas infecções por HIV para menos de 370.000 (de 1,5 milhão em 2021), reduzir infecções por HIV entre meninas adolescentes e mulheres jovens para menos de 50.000 e reduzir o número de pessoas que morrem de doenças relacionadas à AIDS para menos de 250.000 (em comparação com 650.000 em 2021) (NOTÍCIAS ONU, 2023).

Atualmente, quase 21 milhões de pessoas em todo o mundo recebem terapias antirretrovirais que salvam vidas, que podem reduzir a quantidade do vírus no sangue a níveis indetectáveis. Além disso, os cientistas têm ambições ainda maiores: alguns estão desenvolvendo vacinas, outros estão formulando tratamentos

de longa duração e ainda mais estão trabalhando em uma cura (NOTÍCIAS ONU, 2023).

Na ausência de prevenção e tratamento no domínio da biologia, o domínio da educação/comportamento apoia fortemente os esforços para combater a sua propagação, com o objetivo de aumentar a intensidade da doença. Este fato exige uma discussão e reflexão aprofundada sobre o trabalho acadêmico, a fim de melhorar a eficiência e demonstrar abordagens aos vários desafios. Outros fatores se apoiam na mesma proposta que são: adesão ao tratamento, apoio psicossocial, testagem e aconselhamento do HIV, direitos dos portadores de HIV no combate ao estigma e à discriminação (NOTÍCIAS ONU, 2023).

2.4.1 Educação e Comportamento

É evidente que a questão da mudança comportamental, especialmente em áreas afetadas pela transmissão do HIV, não é simples e irá, sem dúvida, estender-se para além dos sinais visíveis. Essa complexidade é refletida nas conclusões de diversos estudos sobre conhecimentos e atitudes em relação à doença. Por exemplo, em um estudo realizado na favela da Rocinha, no Rio de Janeiro, Brasil, os entrevistados demonstraram um alto nível de conhecimento sobre a doença, com mais de 95% de respostas corretas para diversas doenças infecciosas. Por exemplo, num estudo realizado na favela da Rocinha, no Rio de Janeiro, Brasil, os entrevistados tinham um alto nível de conhecimento sobre a doença, com mais de 95% de respostas corretas para diversas doenças infecciosas (Fernandes; Coutinho; Matida, 1992). No entanto, cerca de 45% dos entrevistados acreditavam que as picadas de mosquito poderiam espalhar o vírus, enquanto apenas 8% relataram usar preservativos com frequência. Em um inquérito com 100.000 pessoas na América do Norte, 57% dos entrevistados compartilharam a mesma opinião sobre os mosquitos como fonte de doenças. Esses dados destacam a importância contínua da educação e conscientização para promover mudanças comportamentais eficazes na prevenção e controle do HIV (Fernandes, 1994).

Estes resultados indicam que, além do conhecimento prático sobre a AIDS ou a sua natureza, existem fatores que interferem na implementação de comportamentos preventivos positivos e que estes fatores devem ser

cuidadosamente examinados e considerados na preparação de atividades de aprendizagem. Disto se pode concluir que o sucesso das atividades educativas depende em grande parte da quantidade de informação desenvolvida e implementada, aumentar a conscientização sobre o HIV, seus modos de transmissão, prevenção e tratamento, isso pode ajudar a reduzir o estigma e a discriminação associados ao HIV (Fernandes, 1994).

2.4.2 Adesão ao tratamento

A adesão ao tratamento, em um sentido estrito, pode ser definida como seguir as ações prescritas - como tomar medicamentos, seguir uma dieta, fazer mudanças no estilo de vida - conforme orientado pela equipe de tratamento (Haynes *et al*, 1979). Esta abordagem, no entanto, pode ser limitada, pois sugere uma falta de compreensão e autonomia do paciente.

Uma definição mais ampla e inclusiva de adesão ao tratamento, conforme indicado pelo Ministério da Saúde (2008), envolve um processo dinâmico e multifatorial. Este processo inclui aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais e requer decisões compartilhadas entre a pessoa que vive com HIV, sua equipe médica e suas redes sociais. É entendido como uma espécie de negociação entre pacientes e profissionais de saúde, visando reconhecer as responsabilidades específicas de cada indivíduo e fortalecer sua autonomia no autocuidado.

Além disso, a adesão ao tratamento envolve mais do que apenas tomar medicamentos. Inclui capacitar as pessoas que vivem com HIV/AIDS, construir vínculos com a equipe de saúde, acatar à informação, monitorização clínica e laboratorial, hábitos e necessidades pessoais. Também inclui adaptar-se e compartilhar decisões que afetam a saúde, incluindo aqueles que não usam TARV. Os princípios orientadores de um sistema de saúde unificado são aspectos fundamentais das medidas de adesão ao tratamento do HIV/AIDS. De acordo com as Diretrizes para Fortalecimento das Medidas de Adesão ao Tratamento de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008), esses princípios incluem:

- Universalidade no acesso a insumos, serviços e ações de saúde.

- Integralidade do cuidado.
- Equidade e superação de vulnerabilidades específicas.
- Valorização da autonomia e garantia de participação das PVHA na construção de estratégias que promovam a adesão ao tratamento.
- Trabalho em redes articuladas e complementares entre os diferentes níveis de atenção à saúde.
- Articulação intra e intersetorial, buscando superar obstáculos, particularmente sociais.

Carvalho (2019) tem se dedicado a identificar aspectos relacionados à adesão à Terapia Antirretroviral (TARV) em pacientes com HIV/AIDS. Esses estudos exploram fatores que podem estar associados às dificuldades na adesão ao tratamento. O primeiro aponta fatores associados à adesão à TARV em adultos: revisão integrativa de literatura: Essa revisão integrativa da literatura investigou os fatores associados à adesão à TARV em adultos. Foram analisados 125 artigos, abordando características dos estudos, medidas de adesão e fatores associados. Os resultados mostraram grande variação na definição de adesão e no uso de medidas para monitoramento. Diversos fatores foram identificados, agrupados em categorias como variáveis individuais, características do tratamento, infecção pelo HIV/AIDS, relação com o serviço de saúde e apoio social. É crucial que os serviços de saúde caracterizem o perfil dos usuários e avaliem regionalmente os fatores associados à adesão para detecção precoce da não adesão e intervenções efetivas (CARVALHO et al., 2019).

Os resultados apontam diversos sintomas associados à adesão inadequada ao tratamento em pacientes com HIV/AIDS (Medeiros; Fleury, 2010). O regime terapêutico pode ser complexo, envolvendo a ingestão diária de várias doses e comprimidos. Além disso, o armazenamento dos medicamentos pode exigir condições específicas, como baixas temperaturas. Alguns medicamentos podem ser grandes e difíceis de engolir, e os horários das doses podem entrar em conflito com as rotinas diárias e o estilo de vida do paciente.

A falta de suporte social, seja afetivo ou material, pode ser um obstáculo, especialmente se o paciente perceber esse apoio como insuficiente. A baixa escolaridade e a falta de habilidades cognitivas para lidar com as dificuldades e exigências do tratamento também podem ser barreiras. A não aceitação do

diagnóstico de HIV pode ser um desafio, pois tomar os medicamentos significa reconhecer a realidade da infecção. A presença de transtornos mentais, como depressão e ansiedade, pode complicar ainda mais a situação. Os efeitos colaterais da medicação antirretroviral podem tornar o tratamento desagradável. Além disso, uma relação insatisfatória com o médico e outros profissionais de saúde, incluindo a insatisfação com os serviços prestados, pode ser um obstáculo. Crenças negativas e informações errôneas sobre a doença e o tratamento podem ser prejudiciais. A organização para adequar as exigências do tratamento às rotinas diárias, como horários de acordar, refeições, trabalho e ingestão de medicamentos, pode ser desafiadora. O abuso de álcool e outras drogas também pode ser um problema. Compreender esses obstáculos à adesão é o primeiro passo para gerenciá-los e superá-los. É importante ressaltar que, na prática diária dos serviços de saúde, as dificuldades de adesão devem ser identificadas e compreendidas individualmente. Cada pessoa tem suas próprias dificuldades e facilidades para aderir ao tratamento. É através do processo de escuta que a equipe de saúde pode entender os contextos individuais específicos, permitindo uma abordagem adequada e eficaz (Medeiros; Fleury, 2010).

É crucial que o paciente esteja ciente e entenda a doença que o afeta e os objetivos do tratamento proposto, o que aumenta sua motivação e disposição para aderir ao tratamento. O paciente tem o direito de acessar informações sobre sua condição de saúde e possíveis efeitos colaterais.

Discutir tópicos como o que são HIV e AIDS, as fases assintomáticas e sintomáticas da soropositividade, como o HIV afeta o corpo, como o vírus se replica nos linfócitos T CD4, e como os medicamentos antirretrovirais agem para impedir a replicação viral, é essencial para que a pessoa vivendo com HIV e AIDS (PVHA) entenda que a aids não tem cura, mas tem tratamento, e é uma doença que tem se tornado crônica. Também é importante entender as razões para o uso de medicamentos, mesmo quando a pessoa está em boas condições de saúde. O significado dos exames de CD4 e carga viral é importante para que o paciente possa interpretar seus próprios resultados e entender a necessidade de realizá-los regularmente (Silva; Cueto, 2018).

Momentos de ensino e educação são parte do trabalho de todos os profissionais de saúde. Existem vários recursos instrucionais que podem ser

utilizados, sempre levando em consideração o nível de escolaridade, aspectos cognitivos e emocionais e o nível de compreensão do paciente. O uso de uma linguagem acessível é o primeiro passo, sem infantilizar ou presumir que o paciente não é capaz de entender o que está sendo dito. O uso de material escrito, figuras, desenhos, gráficos e vídeos são algumas das estratégias que podem complementar as informações e explicações dadas em uma conversa aberta e franca (Silva; Cueto, 2018).

Em relação ao tratamento, é muito importante que o paciente entenda os horários de administração, a quantidade de comprimidos/cápsulas que deve ser ingerida em cada dose, para não confundir seus medicamentos e fazer uso inadequado. O uso de uma tabela, com os horários e doses bem descritos, pode ser útil e didático, prevenindo erros, esquecimentos e mal-entendidos, conforme pode ser visto no exemplo do anexo A. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). (Consultar Anexo A).

É fundamental que os profissionais de saúde, especialmente os médicos, informem os pacientes sobre a possibilidade de efeitos adversos do tratamento, evitando uma abordagem pessimista. A ansiedade e o medo das consequências negativas podem prejudicar a adesão ao tratamento. Portanto, é crucial enfatizar que os efeitos colaterais podem ocorrer, que sua incidência varia de caso para caso e que a maioria deles é temporária. Existem várias estratégias que podem ser adotadas para minimizar ou até mesmo superar esses efeitos. Entre os efeitos adversos, desconfortos gastrointestinais, como náuseas, vômitos, diarreia, gases e azia, são comuns no início ou na troca de medicamentos. Além disso, as alterações anatômicas e metabólicas resultantes da Síndrome Lipodistrofia podem causar grande preocupação, resistência e abandono do tratamento entre as pessoas vivendo com HIV e AIDS (PVHA) (Haynes, *et. al*, 1979).

Nesse contexto, a disponibilidade do profissional de saúde para explicar a prescrição e suas possíveis consequências é fundamental. Isso permite que o paciente gerencie melhor o surgimento desses efeitos, evitando assim a redução ou interrupção do tratamento por conta própria. O conhecimento e a confiança na eficácia do tratamento que os profissionais de saúde têm sobre um determinado medicamento são fatores que promovem a adesão ao tratamento, conforme destacado pelo Ministério da Saúde em 2007 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

O cuidado com pessoas com HIV requer uma abordagem multidisciplinar da equipe de saúde, com comunicação constante entre seus membros. Para isso, estratégias devem ser estabelecidas para consolidar a integração e o funcionamento interdisciplinar. Encaminhamentos, discussões de casos clínicos, visitas médicas a pacientes internados e atendimentos ambulatoriais multidisciplinares são momentos que dependem da integração da equipe. Reuniões regulares com todos os membros da equipe são fundamentais para que essas ações ocorram de forma coordenada.

O registro no prontuário por todos os membros da equipe é outro requisito para a troca de informações, favorecendo o conhecimento interdisciplinar sobre a história do caso e as intervenções realizadas pelos diferentes profissionais, possibilitando o acompanhamento médico e psicossocial (Celuppi; *et al*, 2021).

As equipes de HIV/AIDS incluem, além de médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, farmacêuticos, nutricionistas, dentistas e vários profissionais de nível médio. Os farmacêuticos também podem fornecer informações aos usuários sobre seus medicamentos e informar à equipe de assistência sobre falhas na retirada ou problemas na administração da medicação, não apenas antirretroviral, mas também de outras doenças. O controle informatizado da distribuição de antirretrovirais permite obter listas com as datas de retirada, permitindo que a equipe acompanhe o processo de obtenção dos medicamentos pelos usuários. Esse profissional muitas vezes pode identificar interrupções no comportamento de adesão, com base em indicadores como atrasos na retirada dos medicamentos. Essa identificação pode favorecer uma abordagem oportuna diante de possíveis problemas de adesão, com base em uma atitude acolhedora e cooperativa, visando a busca conjunta de soluções para os problemas existentes (Celuppi; *et al*, 2021).

A abordagem multidisciplinar deve superar o atendimento compartimentado, focado apenas no aspecto médico-clínico. Toda a equipe deve buscar entender e compartilhar decisões com os usuários de forma clara e acessível, evitando emitir julgamentos de valor que possam levar a atitudes preconceituosas e discriminatórias. O vínculo estabelecido entre a equipe e o usuário facilita o acompanhamento e a adesão ao serviço, fazendo com que ele se sinta seguro, respeitado e confiante para expressar suas dúvidas relacionadas à vida com HIV e aids (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

2.4.3 Apoio psicossocial

A epidemia de AIDS é considerada um fenômeno global e representa uma importante crise de saúde pública, política e humanitária devido à sua natureza epidêmica e à gravidade da doença. Uma psicologia que tenha em conta os princípios e a ética dos direitos humanos são fundamentais para o desenvolvimento de políticas públicas eficazes contra a AIDS. Dentro desta ótica de inserção da Psicologia no campo das políticas públicas, torna-se necessário pensar sua atuação não somente envolvendo os aspectos técnicos e científicos de suas ações, mas também perceber os princípios éticos que norteiam o seu posicionamento político diante das situações que se envolve (Dimenstein, 2001).

Uma pesquisa nacional, realizada pelo Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP) em 2008, com atualização em 2020, sobre as práticas dos(as) psicólogos(as) no campo das DST/AIDS aponta para a necessidade de se discutir a atuação do psicólogo e, para além disso, sua formação e capacitação para atuar como participante ativo na formulação de políticas, especialmente em campos proeminentes como o da problemática da AIDS (CREPOP; Elena *et al.*, 2020).

De acordo com a pesquisa citada, as ações dos psicólogos(as) se voltam em grande parte para a atenção às necessidades psicossociais específicas de pessoas que vivem em diferentes contextos e sociedades com políticas de governo diversas. Nesse complexo cenário em que as diferenças e iniquidades se sobressaem, é preciso que os(as) profissionais da psicologia estejam atentos aos contextos e singularidades de seu trabalho (CREPOP; Elena *et al.*, 2020).

Contextualizar o papel da psicologia na assistência à saúde, nas políticas públicas e, principalmente, no HIV/AIDS leva a considerar quais referências a área utiliza para formular e implementar suas ações. A psicologia tem se caracterizado como uma área com aplicações práticas à saúde, nos últimos anos a área tomou um novo caminho. O âmbito do seu trabalho na área da saúde limitou-se inicialmente ao trabalho de escritório, com fortes referências ao paradigma da psiquiatria, mas também à psicologia clínica tradicional e ao trabalho em hospitais e clínicas psiquiátricas ambulatoriais. Esta estrutura também é apoiada na formação de psicólogos para identificar deficiências na tradução fácil de modelos clínicos para

diversas áreas, como a saúde (Perucchi *et al.*, 2011). Por esta razão, os profissionais precisam de olhar para além dos recursos de formação com o objetivo de compreender as necessidades emergentes e reformular as opções de ação (CREPOP; Elena *et al.*, 2020).

Partindo desse pressuposto, alguns marcos legais também servem para orientar o exercício profissional da psicologia e apoiar o desenvolvimento de políticas que atendam às necessidades da sociedade de forma mais humana. O cumprimento do Código de Ética Profissional do Psicólogo (CFP, 2005) e da Lei no 5.766, de 20 de dezembro de 1971, que regulamenta a profissão de psicólogo garante a cobertura desta formação. Através de princípios éticos diretamente relacionados aos direitos humanos.

O Código Profissional dos Psicólogos (CFP, 2005) afirma nos seus Princípios Fundamentais que o trabalho dos psicólogos se baseia na Declaração Universal da Humanidade: O trabalho dos psicólogos tem o compromisso de respeitar e promover a liberdade, a dignidade, a igualdade, a liberdade e a integridade humana (CREPOP; Elena *et al.*, 2020). Com base nestes princípios, o trabalho dos psicólogos no campo da AIDS também deve cumprir esta responsabilidade, especialmente quando se trata do problema muitas vezes esquecido da emergência de “pacientes com HIV/AIDS”.

Dois outros pontos são levantados nos princípios básicos do Código de Ética. Afirma que “os psicólogos têm uma responsabilidade social, profunda e histórica de analisar a política, a economia, a sociedade e a cultura” (CFP, 2005, p. 7) e que “os psicólogos têm um “desenvolvimento profissional contínuo intelectual e comportamental como parte de esse conhecimento tem impacto direto no desenvolvimento da psicologia” (p. 7). Estes princípios determinam a força da investigação psicológica e contribuem não só para a sua utilidade, mas também para o seu estatuto político. Porque o trabalho do psicólogo é muito difícil considerando os métodos que utiliza, o conhecimento que cria e os fatos que compartilha.

Os psicólogos que trabalham com pessoas que vivem com o HIV e as suas famílias podem ajudar a identificar grupos vulneráveis, promover os direitos humanos e, o mais importante, estudar o impacto do HIV/AIDS neste grupo afetado. Existem muitos problemas com o acesso à liberdade e à cidadania. Portanto, é importante compreender o trabalho deste especialista e situá-lo no contexto do setor

saúde, bem como do sistema de saúde brasileiro, seus programas e epidemias, e compreender os problemas da situação real (Perucchi *et al.*, 2011).

2.4.4 Testagem e aconselhamento do HIV

A prevalência significativa de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e HIV/AIDS no nosso país levou à necessidade de desenvolver estratégias de prevenção mais novas e mais eficazes. Neste contexto, uma das prioridades do CN-MST/AIDS é agora integrar medidas preventivas nas atividades de cuidados existentes na rede de saúde. Contudo, um dos principais desafios na implementação de serviços eficazes de prevenção às DST/AIDS é que essas doenças envolvem práticas muito íntimas, repletas de símbolos específicos, definidos conceitualmente, culturais e comunitários. Os profissionais médicos que respondem à necessidade de apoio contra as doenças sexualmente transmissíveis e o HIV/AIDS têm uma oportunidade única de manter contacto direto com a vida íntima dos pacientes, permitindo-lhes assim promover uma prevenção adaptada às necessidades individuais. Para maximizar este momento especial nos serviços de saúde, propõe que ações preventivas possam ser tomadas através da prática de consulta, o que de fato já acontece com frequência. O aconselhamento é uma ferramenta importante para interromper a cadeia de transmissão das DST e do HIV/AIDS, pois permite a reflexão sobre o risco de infecção e a necessidade de prevenção (Figueiras; Fernandez; 1998).

É indicado um aconselhamento como um processo de escuta ativa, personalizada e centrada no cliente. Isto pressupõe a capacidade de construir relações de confiança entre as partes envolvidas, com o objetivo de poupar os recursos internos do cliente para que este se reconheça como principal agente da sua própria saúde e transformação (Figueiras; Fernandez; 1998).

No que diz respeito às infecções sexualmente transmissíveis e ao HIV/AIDS, o processo de aconselhamento inclui três componentes. Trata-se de apoio psicológico, apoio educativo (incluindo a troca de informações sobre infecções sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS, suas vias de transmissão, prevenção e tratamento) e avaliação de riscos. Facilitar a reflexão sobre valores, atitudes e comportamentos, incluindo o planejamento de estratégias de mitigação de riscos.

Esses elementos não podem ser realizados em uma reunião, mas podem ser trabalhados individualmente ou em grupo. Uma abordagem coletiva exige que os participantes façam perguntas comuns para orientar o conteúdo da discussão. Com isso em mente, é importante identificar as necessidades do seu grupo (Figueiras; Fernandez; 1998).

Em grupos, as pessoas têm a oportunidade de reavaliar suas dificuldades compartilhando dúvidas, sentimentos, conhecimentos, etc. Em certas situações, esta abordagem pode aliviar o sofrimento psicológico dos clientes. A dinâmica de grupo também pode ajudar os indivíduos a compreender as suas necessidades, reconhecer o que sabem e sentem e incentivá-los a participar em conversas individuais subsequentes. Além de otimizar o tempo de atendimento dos usuários, a formação de grupos em salas de espera também é um exemplo dessa abordagem. No entanto, é importante que os profissionais de saúde tenham o cuidado de distinguir entre tópicos que devem ser discutidos em grupo e tópicos relacionados com cuidados individuais. (Figueiras; Fernandez; 1998).

A vida de cada paciente é única, por isso situações íntimas, como avaliar os próprios riscos e adotar hábitos mais seguros, são melhor tratadas com um atendimento personalizado e individualizado. A capacidade de identificar barreiras às práticas preventivas e definir mensagens adequadas ao paciente depende da qualidade do relacionamento estabelecido entre as partes durante o aconselhamento individual. Nos cenários de infecções sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS, o aconselhamento visa reduzir os níveis de stress, promove a autorreflexão para reconhecer riscos pessoais e praticar comportamentos mais seguros e promove a adesão ao tratamento. O aconselhamento sobre infecções sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS destina-se a pessoas com HIV/AIDS, aos seus parceiros sexuais e a pessoas que utilizam drogas injetáveis (Figueiras; Fernandez; 1998). Pessoas que desejam fazer o teste de HIV (independentemente de estarem infectadas ou não), pessoas que procuram ajuda porque podem estar em uma situação perigosa e pacientes com DST e seus parceiros sexuais. Figueiras e Fernandez (1998) consideram que se deve considerar ainda as seguintes situações:

- Devido aos avanços terapêuticos e sua eficácia comprovada na redução da transmissão vertical do HIV, a oferta de testagem sorológica acompanhada de aconselhamento deve ser incentivada nos serviços de pré-natal;
- Pessoas com diagnóstico de tuberculose, devido à correlação epidemiológica e maior possibilidade de adequação terapêutica, devem receber a oferta de testagem sorológica acompanhada de aconselhamento;
- Dependendo da necessidade do paciente, seus familiares ou pessoas próximas podem ser envolvidos no processo de aconselhamento.
- Todas as pessoas sexualmente ativas devem estar cientes de que uma relação sexual com penetração, não protegida, inclusive o sexo oral, envolve um certo risco de transmissão de DST e HIV.

No entanto, certos indivíduos ou grupos podem estar particularmente em risco, sendo possíveis candidatos a receberem o aconselhamento, são homens e mulheres com múltiplos parceiros sexuais praticando sexo com penetração, sem proteção, pessoas que compartilham equipamentos no uso de drogas injetáveis e pessoas que recebem sangue, hemoderivados ou órgãos. Segundo manual de Aconselhamento em DST e HIV/AIDS (2008):

Como o aconselhamento pode implicar a oferta de testagem sorológica anti-HIV, é importante lembrar que a realização do teste é de caráter estritamente voluntário (Saúde M. d., Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids / Ministério da Saúde, 2008, p.10).

O aconselhamento é prestado por profissionais de saúde treinados em aconselhamento e por membros devidamente treinados de organizações comunitárias e privadas que trabalham com a AIDS. É importante que os conselheiros tenham conhecimentos atualizados sobre infecções sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS, especialmente estando conscientes das suas próprias limitações e potenciais e do que os seus clientes sabem, pensam e sentem. entender as necessidades do paciente. Respondemos rapidamente e respeitamos a singularidade de nossos clientes (Figueiras; Fernandez; 1998).

Esses recursos facilitam a construção de relacionamentos de confiança essenciais para o desenvolvimento de aconselhamento. Todos os profissionais da equipe médica devem ser capazes de aconselhar. Devido à natureza especial do

trabalho médico e ao papel social que desempenha, o aconselhamento durante as consultas médicas é essencial.

O aconselhamento realizado nos serviços de saúde que prestam assistência de apoio a doenças sexualmente transmissíveis e pacientes com HIV/AIDS, centros de testagem e aconselhamento (CTA/COAS), serviços pré-natais, organizações não-governamentais (ONG/AIDS) e projetos de prevenção com populações específicas. Contudo, as práticas de aconselhamento também podem e devem ocorrer noutras instituições e noutros locais para prevenir infecções sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS. É essencial que a privacidade, a confidencialidade seja mantida em todas as circunstâncias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Incorporar o aconselhamento na rotina diária dos serviços de saúde exige uma revisão do tempo que os profissionais dedicam ao cuidado dos clientes. No entanto, é difícil estabelecer um período de consulta uniforme, pois este varia consoante o caso. Dada a importância epidemiológica das infecções sexualmente transmissíveis e do HIV/AIDS, é importante incorporar elementos preventivos na prática de enfermagem. É responsabilidade dos líderes de saúde esforçar-se para adaptar os fluxos de procura e o talento disponível para garantir que os utilizadores dos serviços tenham o tempo necessário para receber cuidados de qualidade (Figueiras; Fernandez; 1998).

Em todas as situações de aconselhamento, os profissionais de saúde devem ter em conta a situação social do cliente, se é mais ou menos vulnerável. O tema do poder permeia todas as relações sociais e desempenha um papel importante na possibilidade de adoção de práticas seguras, dado o risco de transmissão de doenças sexualmente transmissíveis e do HIV/AIDS.

Devido às suas vulnerabilidades, certos indivíduos em determinados grupos sociais podem enfrentar desvantagens no reconhecimento adequado dos riscos e na tomada de medidas preventivas eficazes. No contexto das infecções sexualmente transmissíveis e do HIV/AIDS, estar em risco significa ter pouco ou nenhum controle sobre o risco de infecção e aqueles que já estão infectados têm pouco ou nenhum acesso a cuidados e apoio adequados. Neste sentido, é importante que os profissionais de saúde estejam sensíveis e conscientes do estado de vulnerabilidade dos seus clientes. Desta forma, é possível desenvolver um plano de mitigação de

riscos adaptado às necessidades específicas da pessoa a ser tratada, aumentando a probabilidade de sucesso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

No setor saúde, os assistentes sociais desempenham suas funções em quatro eixos básicos, conforme proposto no documento do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). Parâmetros de atuação dos assistentes sociais no setor saúde: (CFESS, 2010):

1. Atendimento direto ao consumidor: os assistentes sociais prestam cuidados individualizados aos consumidores, compreendendo as suas necessidades, exigências e circunstâncias específicas. Isso inclui escuta ativa, treinamento e recomendações de serviços e benefícios.
2. Mobilização, Participação e Controle Social: neste eixo, os especialistas promovem a participação ativa da sociedade e dos consumidores nos processos de tomada de decisão e nos cuidados de saúde. Isto inclui a organização de grupos, fóruns e espaços para envolvimento cívico.
3. Pesquisa, Planejamento e Gestão: os assistentes sociais contribuem para a análise das necessidades sociais e de saúde da população e participam na investigação, investigação e avaliação. Também colaboram no planejamento e implementação de políticas e programas de saúde.
4. Aconselhamento Profissional, Qualificações e Treinamento: neste eixo, os especialistas atuam como assessores técnicos, dando suporte às equipes de saúde, gestores e demais profissionais. Eles também estão comprometidos com a educação continuada em um esforço para melhorar seus conhecimentos e habilidades.

Em contextos relacionados à saúde, os assistentes sociais e profissionais de outras áreas usam a busca ativa como estratégia para identificar, procurar e alcançar pessoas que podem precisar de ajuda ou serviços, mas por algum motivo não os procuram ou acessar voluntariamente este Serviço. Esta estratégia é particularmente importante para a saúde, incluindo para as pessoas que vivem com HIV/AIDS. A busca ativa visa superar medidas baseadas apenas em pedidos voluntários, permitindo ao Estado chegar a pessoas que não beneficiam plenamente dos serviços públicos ou que estão fora das redes de proteção social e de proximidade. A busca ativa ajuda famílias que vivem em situação de desvantagem socioeconômica a serem encontradas e incluídas no Cadastro Único, garantindo que

essa ferramenta sirva como porta de entrada para os diversos programas sociais do governo federal. Além disso, a busca ativa pode identificar famílias que caracterizam potenciais usuários dos serviços socioassistenciais, permitindo que o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e as Equipes Especiais planejem, direcionem e coordenem as atividades (CFESS, 2010).

A atuação dos assistentes sociais no setor saúde é importante para garantir a disponibilização de direitos sociais, promoção da saúde e qualidade de vida aos atendidos.

2.4.5 Direitos dos portadores de HIV no combate ao estigma e à discriminação

O estigma e a discriminação são grandes barreiras à prevenção, tratamento e cuidados do HIV. A investigação mostra que o estigma e a discriminação podem fazer com que as pessoas tenham medo de procurar informações, serviços e métodos que reduzam o seu risco de infecção, ou de se envolverem em comportamentos mais seguros por receio de levantarem suspeitas sobre o seu estado sorológico. Por exemplo, algumas pessoas evitam usar preservativos (ou pedem aos seus parceiros que usem preservativos) ou evitam fazer o teste do HIV numa clínica porque temem que possam estar infectadas com o HIV. A investigação mostra que o medo do estigma e da discriminação, que pode estar ligado ao medo da violência, impede as pessoas que vivem com o HIV de revelarem o seu estado serológico, incluindo aos familiares e aos parceiros sexuais, e reduz os cuidados, capacidade e disposição para receber tratamento (UNAIDS, 2022). O estigma e a discriminação reduzem, portanto, a capacidade dos indivíduos e das comunidades de se protegerem do HIV e de permanecerem saudáveis caso estejam infectados pelo HIV.

O estigma relacionado com o HIV inclui atitudes negativas em relação às pessoas que vivem com o HIV, bem como às suas famílias e entes queridos. Afeta também outros grupos com maior risco de contrair o vírus, incluindo homossexuais, principalmente homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo e pessoas transexuais. Tais atitudes e sentimentos prejudicam os esforços para combater a epidemia do HIV porque podem fazer com que as pessoas tenham medo de procurar informações, serviços e métodos de prevenção. Por exemplo, uma

pessoa pode não usar preservativos ou não fazer o teste do vírus por medo de que alguém possa ser suspeito de ter HIV. O estigma e a discriminação também dificultam a divulgação do estado de HIV e a procura de tratamento, comprometendo a proteção e a saúde das pessoas que vivem com o HIV (UNAIDS, 2022).

A discriminação relacionada com o HIV refere-se ao tratamento injusto e desigual (por ação ou omissão) com base no estado de HIV real ou percebido. A discriminação relacionada com o HIV também inclui o tratamento desigual dos grupos mais afetados pela epidemia. A discriminação relacionada com o HIV baseia-se frequentemente em atitudes e crenças estigmatizantes sobre comportamento, grupos, gênero, doença e morte. A discriminação pode ser institucionalizada através de leis, políticas e práticas que têm um impacto negativo nas pessoas que vivem com o HIV e nos grupos marginalizados (UNAIDS, 2022).

Apesar dos avanços significativos na garantia dos direitos das pessoas que vivem com o HIV/AIDS, nas campanhas de prevenção e na melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivem com o HIV/AIDS, o estigma e a discriminação permanecem substancialmente inalterados. Para pessoas infectadas pelo HIV/AIDS (Queiroz; Medeiros, 2002). O medo da discriminação e de se tornarem suas vítimas pode impedir as pessoas de levarem a cabo com êxito os seus planos de vida. O estigma e a discriminação também podem afetar as futuras gerações de familiares de vítimas do HIV/AIDS, que estão destinados a sofrer o mesmo preconceito e discriminação que os seus pais sofreram ou continuam a sofrer.

O conceito básico de violência, tanto na análise teórica como na legislação vigente, limita a sua compreensão à violência física, à intenção do agressor (causar dano ou sofrimento) e à resistência da vítima. Estes conceitos básicos ignoram outras formas de violência ocultas e camufladas que podem causar danos iguais ou maiores às vítimas. Estas são formas de violência que raramente são punidas porque não são consideradas ilegais por lei e são geralmente ignoradas ou não mencionadas nos relatórios das próprias organizações de direitos humanos. Vários autores abordaram essas outras formas de violência, ajudando a identificar novos e diferentes mecanismos repressivos que são mais sutis, mas não menos graves que a violência direta. São introduzidos alguns deles que contribuem significativamente

para tratar a violência de forma diferente e incluir formas de violência já conhecidas, mas subnotificadas, que causam danos graves às vidas das vítimas (Galtung, 1969).

Galtung (1969) define a violência como uma fonte de diferença entre o potencial e o real, o possível e o real. Segundo essa definição, a violência surge quando os indivíduos não conseguem alcançar seu potencial historicamente definido ou quando essa capacidade é negada. Em outras palavras, a violência obstrui a distância entre o que poderia ser e o que realmente é. Essa perspectiva amplia nossa compreensão da violência, indo além das manifestações físicas e incluindo também as estruturas sociais e as barreiras que impedem o pleno desenvolvimento das pessoas.

Os atuais pacientes com HIV/AIDS têm todos os pré-requisitos para uma vida relativamente normal, desde que tomem sempre a medicação. Mas embora a morte física já não seja uma ameaça constante na sua vida, ela enfrenta agora outro tipo de morte que lhe será imposta, que pode levá-la à exclusão social através do preconceito e da discriminação.

Um dos muitos casos de preconceito e discriminação relatados ao Programa Nacional de Infecções Sexualmente Transmissíveis/Aids do Ministério da Saúde, destacando a existência de violência estrutural, ocorreu no Rio de Janeiro. Lá, um oficial da Força Aérea foi demitido logo depois que um colega divulgou sua sorologia a um colega, afirmando ser uma PHIV. Em geral, o processo é assim: Em primeiro lugar, a justificativa é que as pessoas que vivem com HIV precisam de férias curtas para compreender melhor a sua nova condição e, depois, de férias mais longas para se submeterem ao tratamento. E o mesmo se aplica à AIDS. Se você não comparecer, não poderá retomar suas funções. Em casos específicos, os pacientes com HIV são colocados na burocracia como se não pudessem exercer a sua profissão primária como dentistas e, como soldados, são colocados na base da hierarquia militar e, portanto, têm de suportar diversas formas de humilhação. Recusam-se a saudá-lo, ato obrigatório de respeito e obediência aos militares (BRASIL, 2008).

As pessoas que vivem com HIV/AIDS são socialmente estigmatizadas por causa da sua doença, e por causa deste estigma social sofrem as piores formas de violência que são invisíveis a olho nu e afetam indiretamente as pessoas que vivem com HIV. Como vítimas de preconceito e discriminação, as pessoas com HIV/AIDS

constroem os seus próprios exílios interiores, permanecendo dentro dos limites da sua própria pele, onde escondem os segredos da sua doença e controlam constantemente os seus corpos, atitudes, sentimentos e emoções. Se não tomar nenhuma ação, o seu estado serológico será revelado e poderá evitar o estigma social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). A maioria das pessoas com HIV/AIDS vive em situações de violência, levando-as a abandonar os seus valores e a esconder a sua identidade para serem aceitos pela sociedade dominante. Sabe-se que ser portador de HIV/AIDS geralmente significa pertencer a um grupo segregado e estar exposto a diversas formas de violência e discriminação (Almeida; Ribeiro; Bastos, 2002).

A trajetória da AIDS no Brasil, assim como em muitos outros países, tem sido caracterizada desde o início pelo medo, preconceito e injustiça; uma síndrome de culpa e acusação que, em última análise, é tão perigosa quanto a mais conhecida síndrome da imunodeficiência adquirida (Herbert; Parker, 1991). Ser portador de HIV/AIDS geralmente implica pertencer a um grupo segregado e sujeito a várias formas de violência e discriminação que afetam as possibilidades de desenvolver projetos de vida dignos.

A discriminação é um crime que isola o portador do HIV da convivência com as pessoas, cuja rejeição impacta diretamente na autoestima “daqueles que já vivem em um estado de incerteza, exacerbando as resistências daqueles que precisam de forças para superar as dificuldades que virão” (Parker; Aggleton, 2003). Para mudar esse cenário, precisa ser analisado quais são e como funcionam as diferentes formas de violência causadas pelo preconceito e pela discriminação. Em seguida, precisamos identificar onde ocorrem diferentes formas de violência, tanto nas redes de estruturas sociais como nas interações entre o Estado e a sociedade civil. Finalmente, é importante denunciar estas violências ocultas e secretas que condenam tantas pessoas à morte.

2.5 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A LEI Nº 8080

O artigo sexto da atual constituição brasileira consagra muitos direitos básicos, incluindo a saúde (BRASIL, 2018). Essa questão, até então, não havia sido abordada nas leis, e a atuação do legislador revolucionou a questão, provocando

mudanças importantes no sistema. Consequentemente a saúde se torna um ponto fixo. Nesse sentido, os legisladores planejaram neste documento como deveriam funcionar políticas públicas, respeitando principalmente o pacto federal (Moraes, 2023). Para compreender o Sistema Único de Saúde e sua taxonomia, bem como a perspectiva da saúde no direito brasileiro, a divisão de responsabilidades entre os entes políticos e a solidariedade na responsabilidade de proporcionar saúde aos cidadãos é importante levar em conta algumas observações sobre a organização do Estado Brasileiro (MINISTÉRIO DA SAÚDE, RESOLUÇÃO Nº 617. 2019).

O Brasil é uma república e, para atingir seus objetivos, é fundamental que esteja estruturado em diversas camadas hierárquicas: associação, Estados, Distritos Federais e municípios, permitindo uma distribuição flexível de recursos no sistema, levando em consideração as características territoriais do Brasil, expansão e superação de dificuldades logísticas e os desafios do sistema centralizado (Fachin, 2017).

A Constituição designou a associação os estados, o Distrito Federal e os municípios como unidades políticas, portanto todos são obrigados a prestar serviços públicos de saúde, uma vez que a própria constituição qualifica todos como um direito e um dever do estado (BRASIL, 2018). Nesse contexto, o efeito prático de organizar o país como uma federação é que os estados, o Distrito Federal, os municípios e a federação possam trabalhar juntos para garantir o direito à saúde às pessoas necessitadas. (MINIATÉRIO DA SAÚDE, Resolução Nº 41, 2018). As pessoas responsáveis pela elaboração das leis destes estratos constituem a legislatura; o poder executivo atua por meio da implementação de programas ou da prestação de serviços públicos; e o sistema de justiça resolve conflitos causados por indivíduos, organizações e pelo Estado. Todos esses atores participam ativamente da saúde como uma prestação estatal obrigatória e um direito civil (Temer, 2017).

2.5.1 A perspectiva do direito à saúde na constituição federal de 1988 – artigos. 6 e 196

A atual Constituição brasileira, redigida em outubro de 1988, defende a saúde como “direito social” (artigo 6º da Constituição Federal de 1988) e a classifica como “direito de toda pessoa e dever do Estado” (artigo 196, CRFB). Um acréscimo ao

texto original garante que “todos os cidadãos brasileiros em situação de vulnerabilidade social terão direito a uma renda familiar básica garantida pelo poder público em programas de transferência de renda” (BRASIL, 2012). Durante anos, a Constituição tem trabalhado para fortalecer as relações com as pessoas, promovendo o acesso à saúde, à educação, ao emprego e à habitação. O novo texto define os fundamentos e pilares da República, e o sistema integrado de saúde é um exemplo desses desenvolvimentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, RESOLUÇÃO Nº 617. 2019).

Em conformidade com o espírito da Constituição de 1988, especialmente os artigos 6º e 196 da CRFB, Lei nº. O artigo 2º da Lei 8.080/90 afirma que “a saúde é um direito humano e cabe ao Estado garantir as condições necessárias” (BRASIL, 1988). Para enfatizar suas intenções, as autoridades públicas publicaram a “Carta dos Direitos do Consumidor de Saúde”. Esta declaração estabelece os princípios básicos que garantem o acesso aos cuidados. Esta carta foi aprovada pela Comissão Nacional de Saúde (CNS) na sua 198ª Sessão Ordinária, realizada em 17 de junho de 2009. Foi escrito para defender o princípio fundamental de garantir o acesso humano ao sistema de saúde a todos os cidadãos, independentemente de ser público ou privado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, RESOLUÇÃO Nº 617. 2019).

Este documento garante os seguintes direitos: 1. Todo cidadão tem direito ao acesso regular e ordenado ao sistema de saúde. 2. Todo cidadão tem direito a receber tratamento adequado e eficaz para os seus problemas. 3. Todos os cidadãos têm direito a receber consideração humana e hospitalidade e o direito de estar livres de qualquer discriminação. 4. Todo cidadão tem direito a cuidados que respeitem a sua pessoa, valores e direitos. 5. Cada cidadão é também responsável por garantir que seja tratado adequadamente. 6 - Todas as pessoas têm direito à informação e a diversos mecanismos de participação. 7 - Todo cidadão tem direito ao compromisso dos líderes de saúde de respeitar os princípios anteriores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, RESOLUÇÃO Nº 617. 2019).

É verdade que a Constituição criou um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, que anteriormente atendia cerca de 30 milhões de pessoas por meio da seguridade social e de instituições de caridade (BRASIL, 2018). A opinião pública surgiu quando os enfermeiros propuseram a ideia de integrar sistemas para auxiliar na gestão e utilização de recursos sobre o que é um sistema integrado

(BRASIL, 2018). Arouca (2017) ensina que as chamadas reformas sanitárias começaram a tomar forma durante a resistência à ditadura e se desenvolveram nas estruturas das universidades, dos sindicatos e das organizações de serviços locais.

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, de uma forma sem precedentes, mais de 5.000 pessoas de todas as esferas da vida discutiram novas formas de estruturar a saúde da nação. Como resultado, o “estabelecimento constitucional” foi alcançado através de alterações nacionais (FIOCRUZ, 2019). Portanto, aponta-se que os cidadãos podem fazer valer judicialmente a obrigação do Estado de prestar serviços médicos por meio dos diversos tratamentos favoráveis à saúde previstos na Constituição (MINISTÉRIO DA SAÚDE, RESOLUÇÃO Nº 617. 2019). Os legisladores que tornam o direito à saúde uma prestação permanente proporcionam aos cidadãos a oportunidade de solicitar às autoridades judiciais o direito de realizar pedidos de cirurgia, tratamento de câncer e determinados tratamentos medicamentosos (Mello, p.386. 2021).

É importante ressaltar que o direito à saúde, que antes não existia, agora goza de proteção jurídica prevista na Constituição (LEI COMPLEMENTAR Nº 141, DE 13 DE JANEIRO DE 2012). O impacto vai desde direitos civis a serviços públicos eficientes e atenção especializada até a inclusão de programas voltados para a saúde na agenda de políticas públicas (FIOCRUZ, 2019). O Brasil foi um dos primeiros países a consagrar em lei o acesso universal à saúde, mas nenhum governo garantiu o financiamento necessário para cumprir o artigo 196 da CFB. Os resultados são conhecidos: longas filas de espera e atendimento insatisfatório (CONASS, 2019). Apesar da sua importância, as questões financeiras só foram alteradas muito mais tarde, no artigo 29.º do Anexo. A Portaria 141/2012 determina, entre outras coisas, o valor mínimo a ser utilizado anualmente para a saúde e estabelece critérios específicos para a distribuição dos recursos de transferência (LEI COMPLEMENTAR Nº 141, DE 13 DE JANEIRO DE 2012). Apesar da clara organização e distribuição dos recursos, a realidade não corresponde aos privilégios sociais garantidos pela Constituição Federal de 1988, principalmente devido a obstáculos como os recursos financeiros limitados.

Segundo Fachin (2017), o problema está no binário “obrigação do Estado de prestar cuidados de saúde” x “recursos financeiros limitados”. Na verdade, a questão da escassez de recursos está a ser colocada em segundo plano. Por exemplo, de

forma que os interesses financeiros dos governos locais não possam superar os seus maiores bens: a saúde e a vida (Mello, 2021). Não é incomum que a maioria dos processos judiciais exija intervenção médica e certos medicamentos. Isso mostra a preocupação do Judiciário em garantir o direito à saúde preconizado pela Constituição, mas a questão da falta de recursos não pode ser ignorada ou abandonada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, RESOLUÇÃO Nº 617. 2019).

O Brasil gastou 9,6% do seu orçamento nacional em saúde em 2019, mais do que a média da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) de 8,8%, e 60% destas despesas foram privadas, deixando o sistema subfinanciado. Além disso, espera-se que os gastos com saúde do Brasil aumentem para 12,6% do produto interno bruto (PIB) em 2040 (em comparação com 9,6% em 2019) (OCDE, 2021). A OCDE mostra que as mudanças demográficas e epidemiológicas que ocorreram nas últimas três décadas e os seus impactos pós-COVID-19 realçaram a necessidade de reformas estruturais nos países, bem como de reformas contínuas dos sistemas de saúde. Isto é essencial para garantir a sustentabilidade do sistema (OCDE, 2021). É importante ressaltar que a discussão se limita não apenas à escassez de recursos, mas também à gestão da utilização do orçamento (Fachin, 2017). Apesar dos recursos financeiros, as ineficiências do estado brasileiro têm impedido as autoridades públicas de implementar a maioria das demandas sociais preconizadas na constituição (OCDE, 2021).

2.5.2 Uma análise geral da lei orgânica da saúde

Lei Orgânica Sanitária (8.080/90) estabelece diretrizes para a organização e funcionamento do sistema de saúde brasileiro (“LEI No 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.”, 2022). A lei estabelece as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e funcionamento dos serviços correlatos (BRASIL, 2018). Lei nº 8.080 inclui, nos termos dos artigos 5º e 6º, o seguinte: (a) Determinantes sociais da saúde; (b) vigilância sanitária; (c) Princípios e Diretrizes do SUS; d) políticas para grupos populacionais específicos; e) Responsabilidades das três áreas administrativas f) Estrutura de gestão do SUS; g) política de recursos humanos; (h) Maior envolvimento do setor privado (LEI No 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.”, 2022).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que as condições de vida e de trabalho de um indivíduo estão intimamente relacionadas aos fatores sociais que determinam a saúde. É importante ressaltar que fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos, psicológicos e comportamentais também devem ser levados em consideração, pois influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco populacional, como renda, emprego, educação, habitação e alimentação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, RESOLUÇÃO Nº 41, DE 31 DE OUTUBRO DE 2018). De acordo com o Art.4 Despacho nº. 1.378 de 2013, a vigilância em saúde inclui processos e práticas de trabalho que visam: a) Monitorizar o estado de saúde dos indivíduos, realizar análises que ajudem a planejar atividades de saúde pública, definir estratégias, monitorizar e avaliar; (b) utilização de medidas corretivas para responder a problemas de saúde urgentes; c) Monitorização, prevenção e controle de doenças transmissíveis (d) Monitorização de doenças crônicas não transmissíveis, violência e acidentes. e) monitoramento das populações expostas a condições ambientais ameaçadoras à saúde; f) monitoramento da saúde dos funcionários; g) Vigilância sanitária dos riscos associados à produção e utilização de produtos, tecnologias e serviços relacionados à saúde (BRASIL, 2018).

É, portanto, importante integrar a saúde com outros setores sociais para combater a desigualdade, o chamado conceito de interseccionalidade. Neste processo, são essenciais todas as políticas sociais que visem a redução das desigualdades sociais e a promoção do crescimento da mobilidade, do lazer e do trabalho, bem como a sensibilização das pessoas para a sua importância na participação em processos que criam saúde e melhoram a qualidade da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, RESOLUÇÃO Nº 41, DE 31 DE OUTUBRO DE 2018). O sistema integrado de saúde funciona por meio de princípios divididos em duas vertentes: doutrina e organização (FIOCRUZ, 2018). Primeiro, é uma base conceitual que mostra os valores que um sistema que garante o direito à saúde deve manter. A segunda possui uma base efetiva para estruturação do sistema (MINISTÉRIO DA SAÚDE, RESOLUÇÃO Nº 41, DE 31 DE OUTUBRO DE 2018).

As diretrizes e princípios da assistência técnica da Constituição Federal e da Lei 8.080 incluem universalidade, equidade, igualdade, integração, interseccionalidade, direito à informação, autonomia humana, rigor e base epidemiológica (BRASIL, 1990). A vertente doutrinária defende os dois princípios da

universalidade e da igualdade (FIOCRUZ, 2019). O universalismo entende que a saúde é um direito civil e deve estar disponível para todos os indivíduos. Para tal, o Estado promoverá o livre acesso a atividades e serviços, sem restrições ou diferenças, independentemente de gênero, raça ou profissão. Este princípio se aplica não apenas aos brasileiros, mas também aos estrangeiros. O princípio da equidade visa reduzir a desigualdade. Acreditamos que as pessoas devem ser tratadas de acordo com as suas necessidades, sem preconceitos ou privilégios. Significa também tratar pessoas diferentes de forma desigual e investir mais onde é mais necessário. Simplificando, isso significa perceber que todos merecem atenção, mas nem sempre podem receber a mesma atenção. O objetivo abrangente de garantir o acesso a todos os níveis de atenção à saúde, proporcionando aos indivíduos cuidados que incluam promoção, tratamento, prevenção e reabilitação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, RESOLUÇÃO No 41, DE 31 DE OUTUBRO DE 2018). Este princípio enfatiza o cuidado de toda a pessoa, da sociedade (inclusive social) e da família e aplica-se apenas ao planejamento geral de doenças e às atividades dos programas governamentais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Enquanto isso, os princípios relacionados à composição do sistema baseiam-se na regionalização e o objetivo é garantir o direito à saúde por meio do reconhecimento das regiões de saúde. Esse processo é benéfico porque permite observar como os determinantes sociais da saúde se manifestam localmente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, RESOLUÇÃO No 41, DE 31 DE OUTUBRO DE 2018). A descentralização como princípio organizador significa que os poderes e responsabilidades do sistema devem ser divididos entre os níveis de governo (União, Estado e Governo Local), com foco na prestação eficiente de serviços e contando com a supervisão dos cidadãos (FIOCRUZ, 2019). No âmbito da fiscalização, a participação pública tem um valor fundamental na medida em que possibilita a formação participativa, desenvolve o sentimento de pertencimento da população à sociedade e, assim, contribui para a verificação eficaz das instituições estatais.

A interoperabilidade intersetorial é uma questão importante para a organização, funcionamento, escala e gestão do SUS. O sistema, portanto, prescreve a obrigação de estabelecer e operar comitês permanentes para discutir medidas específicas de política pública. Esses comitês estão frequentemente

vinculados a comitês intergovernamentais bilaterais consultivos. Nesse sentido, o principal objetivo da criação da Comissão é desenvolver estratégias para promover o aumento da interação mutuamente benéfica entre os serviços de saúde e as instituições de ensino superior e instituições de formação profissional médica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, RESOLUÇÃO Nº 41, DE 31 DE OUTUBRO DE 2018).

O sistema integrado de saúde (SUS) é composto por estruturas e instituições públicas geridas diretamente pelas autoridades sanitárias competentes e estruturas administrativas indiretas divididas em diversas modalidades. Há também uma categoria composta por organizações privadas sem fins lucrativos que podem participar das atividades do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, RESOLUÇÃO No 41, DE 31 DE OUTUBRO DE 2018). Essas instituições formam a chamada terceira categoria, com foco nas organizações sociais (OS) e nas organizações de interesse público da sociedade civil (OSCIP) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). É claro que as instituições públicas estão a tentar satisfazer as necessidades sociais através do estabelecimento de um sistema de apoio. Porém, para que isso aconteça, é importante que esses prestadores de serviços tenham caráter multidisciplinar e pratiquem práticas profissionais integradas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, RESOLUÇÃO No 41, DE 31 DE OUTUBRO DE 2018). Neste contexto, o Estado tem a responsabilidade de garantir medidas e serviços de saúde para prestar um apoio abrangente, universal e igual a todos os cidadãos. Para concretizar este objetivo são necessários fundos, por isso a Comissão está incluída na lista de fontes de receitas do sistema integrado de saúde, o montante das suas finanças provém da Segurança Social, do governo Federal, Estados e Municípios.

É importante notar que, passados 30 anos, os determinantes e fatores adaptativos do SUS continuam a ser um grande desafio para a melhoria dos serviços de saúde, especialmente em níveis de apoio que são insuficientes para satisfazer a maioria das necessidades sociais (OCDE, 2021). Fundamentalmente, o Brasil precisa gastar de forma mais eficiente para garantir que esses gastos atinjam as metas do sistema, sejam sustentáveis no futuro e possam enfrentar grandes desafios de saúde, como a COVID-19. Apesar de possuírem recursos financeiros, o poder público ainda não consegue atender a maior parte dessas solicitações por falta de recursos e ineficiências (Fachin, 2017).

Para superar estes problemas, deve-se ofertar esforços para complementar o sistema através do sector privado denominado saúde complementar. O setor privado compete no mercado prestando serviços diretamente aos compradores ou através de operadoras (planos de saúde ou seguradoras). Instituída no final da década de 1990, a Lei nº. 9.961, de 28 de janeiro de 2000, responsável pela fiscalização das operadoras de serviços. A Agência Nacional de Saúde é um órgão da Secretaria de Saúde que tem como objetivo promover o interesse público na medicina complementar, tendo autonomia nas decisões técnicas e atuando como órgão regulador. Dentre suas diversas atribuições, a ANS é responsável por propor políticas e diretrizes gerais ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar e estabelecer normas para procedimentos de credenciamento e descredenciamento de operadoras prestadoras de serviços (MINISTÉRIO DA SAÚDE, RESOLUÇÃO No 41, DE 31 DE OUTUBRO DE 2018).

2.6 LEGISLAÇÃO DO HIV NO BRASIL

Em dados estatísticos recolhidos através do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS, 2021), Sistema de Doenças de Notificação Notificável (SNAN), Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Gestão de Logística de Medicamentos (SICLOM) e o Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL), apontam que aproximadamente 37,7 milhões de pessoas em todo o mundo viviam com HIV em 2020. De 1980 a junho de 2021, foram registrados 1.045.355 casos de AIDS no Brasil. No entanto, foi observada uma diminuição na taxa de detecção entre o ano de referência de 2012 e 2020, tendo a taxa de detecção diminuído 35,7% durante este período.

Para uma melhor compreensão histórica de como começou o processo de reconhecimento e ação em relação ao surgimento da doença, e pelas mudanças abruptas e a dinâmica de novos conhecimentos, por meio da implementação de políticas públicas para combater o HIV/AIDS, vários estudos abordaram os momentos históricos em que as políticas públicas de saúde foram implementadas no Brasil. Entre essas pesquisas, uma que se destaca identifica quatro fases na história do HIV/ AIDS no Brasil, levando em consideração os aspectos políticos que

coincidem com o período em vigor e as estratégias de organização das ações oficiais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

As políticas públicas atuais no Brasil, em relação à epidemia de AIDS, estão focadas em fornecer assistência de alta qualidade para aqueles que vivem com HIV/AIDS. Com esse objetivo, foram estabelecidas várias portarias ministeriais, incluindo a Portaria Nº 291 de 17 de junho de 1992, que incorporou o atendimento à AIDS no nível hospitalar ao Sistema de Procedimentos de Alta Complexidade (SIPAC). Após essa primeira iniciativa, iniciou-se o processo de credenciamento de hospitais tradicionais para a internação de pacientes com HIV/AIDS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

Continuando com as adaptações às regulamentações da assistência hospitalar aos pacientes com HIV/AIDS, foram definidos critérios mínimos de infraestrutura e equipe multidisciplinar para a credenciação desses serviços. A regulamentação dos hospitais reflete a mudança de paradigma da AIDS, de uma doença potencialmente fatal para uma condição crônica, evidenciando os efeitos da terapia antirretroviral introduzida em 1996. Em 1998, já havia 338 hospitais convencionais credenciados no Brasil, o que no ano de 2000 o número correspondia ao de 382 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

Em relação à rede ambulatorial de assistência aos portadores de HIV/AIDS, houve um aumento progressivo em resposta à crescente demanda por assistência. Assim, o Ministério da Saúde instituiu os projetos de Serviço de Assistência Especializada (SAE), Hospital-Dia (HD) e Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT). A implementação da ADT ficou a cargo do Programa Nacional DST/AIDS, enquanto a implementação do SAE e do HD foi delegada às coordenações estaduais ou municipais (BRASIL, 2008).

De acordo com as informações do Programa de DST/AIDS, em março de 1996, havia 33 Serviços de Assistência Especializada (SAE) em todo o Brasil. No entanto, a Coordenação Nacional em DST/AIDS notou que esses serviços estavam operando sem critérios definidos. Com base nessas observações, decidiu-se que a implementação desses serviços seria autorizada pela Coordenação Nacional em DST/AIDS, desde que atendessem a alguns critérios pré-estabelecidos. Esses critérios incluíam questões relacionadas à situação epidemiológica do local, à

população-alvo a ser atendida, aos objetivos do projeto, à estrutura física e ao orçamento financeiro (BRASIL, 2008).

Em 2009, o Brasil estabeleceu um total de 644 serviços em municípios financiados, bem como em outros municípios selecionados com base em seu perfil epidemiológico, capacidade de gestão e/ou localização estratégica. Este serviço realiza um conjunto de atividades básicas que incluem: Aconselhamento e apoio psicológico; tratamento de doenças infecciosas, obstetrícia, pediatria e odontologia; controle e distribuição de antirretrovirais; orientações sobre medicamentos; realizar testes de vigilância; distribuição de substâncias preventivas; Além de atividades educativas para garantir o cumprimento do tratamento, prevenção e controle de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS (BRASIL, 2008).

O Centro Administrativo e de Apoio à Sorologia (COAS), também conhecido como COAS, foi inicialmente criado para atender à demanda de exames realizados pelos bancos de sangue. Esses centros começaram a oferecer testes de HIV gratuitos, confidenciais e anônimos. Posteriormente, dez anos após a criação do primeiro COAS, ele passou a se chamar Centro de Aconselhamento e Testagem (CTA). Os CTAs são serviços essenciais que realizam aconselhamento e orientações voltadas para infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), HIV, sífilis, hepatites B e C. Além disso, oferecem testes rápidos para esses agravos, resguardando o sigilo, a confidencialidade e o respeito às diferenças. Vejamos algumas características importantes dos CTAs:

- Realizam aconselhamento antes e depois dos exames, esclarecendo dúvidas e fornecendo orientações de acordo com a situação de vulnerabilidade do indivíduo.
- Atendem gestantes e puérperas que não realizaram os exames de HIV, sífilis e hepatite B durante o pré-natal.
- Oferecem aconselhamento para casais, incluindo casais soropositivos e sorodiscordantes.
- Disponibilizam insumos de prevenção, como preservativos masculinos, femininos e gel lubrificante.
- Realizam campanhas de prevenção e detecção precoce em parceria com outras instituições.

- Os serviços de testagem e aconselhamento devem ser flexíveis, anônimos e fornecer resultados em tempo útil, permitindo que as pessoas soropositivas sejam encaminhadas para serviços de referência médica para tratamento.

Esses centros desempenham um papel crucial na promoção da saúde e no enfrentamento das ISTs e do HIV/AIDS, garantindo que os indivíduos tenham acesso a informações, testes e cuidados adequados (BRASIL, 2008).

O Artigo 23 da declaração Universal dos direitos humanos de 1948 afirma que “1. Toda pessoa tem direito ao trabalho, à livre escolha do trabalho, as condições de trabalho justos e favoráveis e à proteção contra o desemprego. 2. Todas as pessoas têm direito a salário igual por trabalho igual. sem qualquer tipo de discriminação.” Portanto, é correto dizer que as PVHA têm os mesmos direitos ao trabalho que qualquer outro cidadão. independente da diagnose”.

2.6.1 LEI Nº 12.984, discriminação aos PHIV/AIDS

Goffman (2004) descreve o estigma como um traço pessoal que, quando transformado em traço socialmente negativo, gera desconfiança e impede o acesso a bens materiais e simbólicos. Parker (2003) examinou esse conceito a partir da epidemia de HIV/AIDS, levando em consideração aspectos políticos, econômicos e históricos. Portanto, defende que o estigma deve ser visto não apenas como um sinal negativo, mas também como um processo social. Segundo os autores, (Parker; Aggleton, 2003) as pessoas que vivem com HIV/AIDS (PVHA) tendem a ser invisíveis e estigmatizadas e, como resultado, muitas não revelam seu diagnóstico, nem mesmo para seus familiares. Outros autores destacam como o estigma pode criar sentimentos de inferioridade e afetar a autoestima. É importante lembrar que o processo de estigmatização de muitas doenças se baseia nas percepções do comportamento da pessoa doente (Sontag, 2007). O estigma associado à epidemia de AIDS surgiu de processos históricos de homofobia, oposição social ao uso de certas drogas e comportamento sexual feminino por dinheiro. A Lei nº 12.984/2014, que pune a discriminação contra pessoas que vivem com HIV, também prevê a discriminação no ambiente profissional, em conformidade a Lei nº 12.984, de 2 de junho de 2014, que define o crime de discriminação dos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de AIDS. No entanto, apesar de muitos

avanços, especialmente no campo biomédico, na prática a discriminação e o preconceito ainda têm um sério impacto nas pessoas que vivem com o HIV. Parker e Aggleton, (2003) relatam se que pensava que o estigma iria desaparecer dados os benefícios do tratamento antirretroviral, mas não foi esse o caso. Os conceitos morais ainda assombram e ameaçam a vida social das pessoas, forçando muitas a manter a sua condição em segredo. Isto é ainda mais complicado por outras desigualdades, como raça, género e classe. Este efeito sinérgico torna o preconceito pior e mais difícil de lidar.

3 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

3.1 TIPO DE PESQUISA

O presente estudo tem como pesquisa de nível de investigação básica, é considerada fundamental, pois tem como finalidade gerar novos conhecimentos que são essenciais para o avanço da ciência e da comunidade científica. Embora não produza necessariamente resultados aplicáveis à resolução de problemas práticos específicos, essa modalidade de investigação enriquece a discussão teórica sobre o tema em questão. A principal preocupação na pesquisa básica é a melhoria e o aprofundamento do conhecimento acadêmico em uma área específica, servindo como base para futuras investigações aplicadas e intervenções (Matias, 2012).

A pesquisa é baseada em pesquisas qualitativas, é necessária uma compreensão profunda do fenômeno que está sendo estudado. Diz respeito ao comportamento de cada pessoa, ao perfil do grupo, ao seu ambiente e contexto social. Os pesquisadores interpretam esses elementos sob a perspectiva dos participantes envolvidos no assunto em questão, sem preocupação com representação numérica, generalização estatística e causalidade linear (Alves, 1991 apud Neves, 1996). “A pesquisa qualitativa para interpretar fenômenos se dá por meio de uma interação constante entre a observação e a formulação conceitual, entre a pesquisa empírica e o desenvolvimento teórico, entre o reconhecimento e a explicação.” (Bulmer, 1977, p. 3). Portanto, essa abordagem pode ser definida como focada em dados que são gerados por meio de relações interpessoais e resultam da participação conjunta em situações que envolvem informantes, sendo que o principal interesse do pesquisador é analisar, interpretar e explicar suas interpretações e explicações. com base em um conjunto de significados atribuídos a esse fato. (Martins, 2009).

De acordo com Murphy e Rosental (2002), a pesquisa qualitativa visa explicar a complexidade de um estudo específico e, portanto, requer apenas a compreensão e categorização dos processos dinâmicos vivenciados dentro dos grupos. Em vez disso, eles devem contribuir para processos de mudança que promovam preocupações sociais. Compreender as mais diversas características individuais dos membros do grupo. “Os métodos qualitativos são úteis e necessários para identificar e explorar o significado dos fenômenos em estudo e das interações que eles

originam, estimulando assim o desenvolvimento de novos conhecimentos sobre a diversidade e profundidade dos fenômenos sociais (Bartunek; Seo, 2002).

Quanto aos objetivos, a investigação será de natureza exploratória, muitas vezes sob a forma de estudo de caso devido à sua especificidade (Gil, 2009). Será também descritivo na medida em que busca identificar e descrever as características do objeto em estudo para facilitar a compreensão e possivelmente possibilitar futuras pesquisas sobre esta realidade social. Como qualquer pesquisa, requer uma revisão da literatura.

Em relação ao procedimento de coleta de dados, o estudo será de natureza quase experimental, pois fornece informação adicional e estimula novas pesquisas no contexto determinado, controlando outras variáveis intervenientes, por exemplo, classe social, rendimento, nível de educação, causas complexas: absenteísmo, comportamento, avaliação da personalidade, religião, entre outras.

Já em termos de fontes, este estudo baseia-se em trabalho de campo e bibliografia. A pesquisa de campo é hoje amplamente utilizada no meio acadêmico porque visa reunir informações e conhecimentos sobre um problema específico para o qual se busca uma solução ou resposta. Em geral, esta informação é obtida através da observação direta da realidade onde ocorre, facilitando a percepção e registo de variáveis relevantes do fenômeno em estudo. Este estudo também exigiu pesquisa bibliográfica porque foi desenvolvido com base em documentos complexos e disponíveis como livros, publicações científicas e periódicos (Lakatos; Marconi, 2010).

Quanto à fonte, este estudo combina pesquisa de campo e revisão de literatura. A pesquisa de campo é um dos métodos mais amplamente empregados na ciência atualmente, pois visa coletar informações e conhecimentos relacionados ao problema que se busca resolver ou compreender. Essa abordagem frequentemente envolve observações espontâneas da realidade in situ, ou seja, no ambiente natural onde os dados podem ser coletados. Além disso, a pesquisa de campo facilita o reconhecimento e o registro de variáveis associadas ao fenômeno em estudo.

Por outro lado, o estudo bibliográfico é essencial, uma vez que se baseia em materiais detalhados já existentes, como livros, publicações científicas e periódicos. Essa revisão da literatura permite contextualizar o problema, explorar teorias e

conceitos relevantes e embasar o desenvolvimento da pesquisa. Portanto, a combinação desses métodos enriquece a abordagem científica e contribui para a compreensão aprofundada do fenômeno investigado (Gil, 2009).

3.2 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO E SUJEITO DA PESQUISA

3.2.1 Participantes

Foram convidados a participar da pesquisa as pessoas vivendo com HIV/AIDS, que utilizam os serviços de saúde público e privados nas três atenções definidas pelo SUS (primária, secundária e terciária). Entre os critérios de inclusão estão pessoas do sexo masculino e feminino maiores de 18 anos, de todas as regiões, estados, brasileiros. A pesquisa foi lançada em redes sociais disponíveis no Instagram, facebook e X, assim podendo ter um maior alcance do público desejado para amostra. A amostra da pesquisa (n) foi de 530 respondentes de todas as regiões do Brasil, separados em região, norte, nordeste, centro-oeste, sudeste, sul e o distrito federal, não foram considerados os municípios individualmente e sim pelos estados.

3.2.2 Instrumentos

O instrumento de pesquisa utilizado foi um questionário eletrônico desenvolvidos no *Google forms*, composto por 24 questões objetivas e uma questão aberta, sendo dividido em questões sociodemográfica e econômicas e perguntas específicas para o público PHIV/AIDS (ANEXO B).

A coleta de dados é um processo que visa reunir informações relevantes para a pesquisa. Ela permite que o pesquisador obtenha insights, valide hipóteses e alcance conclusões significativas. Existem diferentes métodos e instrumentos para coletar dados, e a escolha adequada depende dos objetivos da pesquisa e da natureza dos dados a serem obtidos.

3.2.3 Procedimentos para coleta de dados

Os instrumentos adotados escolhidos com base no tipo de pesquisa optada, qualitativa, os dois adotados foram as entrevistas por questionários. As entrevistas são uma forma de coletar informações diretamente das pessoas envolvidas no estudo, optou pela construção de entrevistas semiestruturadas (com perguntas abertas e fechadas) permitindo assim explorar detalhadamente as percepções, experiências e opiniões dos participantes. As entrevistas foram realizadas através de questionários aplicados de forma online através das plataformas redes sociais disponíveis no Instagram, facebook e X.

Após a coletas dos dados foram tratados e transformados em tabelas pelo programa SPSS para Windows, o IBM *SPSS Statistics* é um poderoso software estatístico amplamente utilizado para análise de dados em pesquisas científicas, os dados extraídos do software foram analisados pelo teste descritivos, expressos em percentuais para ser utilizado no cruzamento de dados percentuais a serem comparados e analisados qualitativamente. A parte da pesquisa quantitativa utilizou-se uma metodologia de pesquisa dedicada a coletar e analisar de forma sistemáticas de dados mensuráveis. Foi realizada por meio estatístico rigoroso, podendo extrair as percepções dos participantes a partir da coleta de dados. A principal medida foi de quantificar as variáveis atreladas ao objetivo do estudo, foi possível analisar se os participantes estão tendo seu acolhimento/atendimento em cumprimento das diretrizes do Art. 7º da Lei 8080 e o artigo 197 da Constituição Federal sobre as ações dos serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS). Foi possível verificar se os serviços de saúde estão obedecendo aos princípios descritos da lei Lei 8080, Universalização, Equidade e Integralidade e por fim a variável de verificação se se as pessoas que vivem com HIV/AIDS estão tendo seus direitos assegurados pela Lei nº 12.984, de 2 de junho de 2014.

O IBM *SPSS Statistics* é uma escolha popular para análise de dados por várias razões e muitos pesquisadores e profissionais optam por essa plataforma, pois possui uma gama de recursos, oferece uma vasta biblioteca de algoritmos de aprendizado de máquina, análise de texto e extensibilidade de código aberto. Ele

permite que realize análises estatísticas avançadas, desde testes descritivos até modelagem estrutural de equações (IBM, 2023).

A interface é intuitiva e fácil de usar, tornando-o acessível a usuários de todos os níveis de habilidade. É possível preparar e analisar dados sem precisar escrever código, graças às funções de arrastar e soltar, é adequado para projetos de todos os tamanhos e níveis de complexidade, pode lidar com grandes volumes de dados e oferece escalabilidade para atender às necessidades de análise (IBM, 2023).

O SPSS se integra perfeitamente a conjuntos de dados maiores e modernas aplicações, ele ajuda a explorar ativos de dados e a tomar decisões informadas. Ao usar o SPSS, pode-se encontrar novas oportunidades, melhorar a eficiência e minimizar riscos, fornece insights acionáveis rapidamente, permitindo tomadas de decisão mais informadas (IBM, 2023).

3.2.4. Aspectos éticos

A ética na pesquisa científica é um pilar fundamental para garantir a validade, confiabilidade e respeito em qualquer estudo. Quando se trata da coleta de dados, especialmente em pesquisas na área da saúde, é crucial observar os aspectos éticos. Um dos pontos-chave é a necessidade de aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para qualquer pesquisa que envolva direta ou indiretamente seres humanos. O CEP avalia a conformidade com os princípios éticos, protegendo os participantes e garantindo que os procedimentos sejam conduzidos de maneira adequada e respeitosa. A ética na pesquisa é uma responsabilidade compartilhada por todos os envolvidos. Ela garante que a busca pelo conhecimento seja conduzida de maneira justa, transparente e considerando o bem-estar dos participantes.

3.2.5 Procedimentos de análise dos dados

Os dados da avaliação qualitativa foram obtidos por meio de análise de conteúdo segundo Gil (2009), sendo os dados representados qualitativamente e apresentados em tabelas. Segundo Caregnato e Mutti (2006, p. 679–684), na análise de conteúdo, “o texto é a forma de expressão de um indivíduo, e o analista tenta categorizar unidades de texto repetidas (palavras ou frases) e inferir no

conteúdo, visando a materialidade linguística através da natureza experiencial do texto e estabelecendo um conjunto de categorias para interpretação. Portanto, o objetivo da análise de conteúdo é compreender o pensamento do respondente a partir do que é expresso. Caregnato e Mutti (2006. p. 679–684) ressaltam ainda que: A técnica de AC, se compõe de três grandes etapas: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; 3) o tratamento dos resultados e interpretação descreve a primeira etapa como a fase de organização, que pode utilizar vários procedimentos, tais como: leitura flutuante, hipóteses, objetivos e elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação. Na segunda etapa os dados são codificados a partir das unidades de registro. Na última etapa se faz a categorização, que consiste na classificação dos elementos segundo suas semelhanças e por diferenciação, com posterior reagrupamento, em função de características comuns. Portanto, a codificação e a categorização fazem parte da AC.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados foram divididos em 3 etapas, a primeira com os dados sociodemográficos representados pelas tabelas de 1 a 10, que exploram dados como gênero, orientação sexual, região, região em que vive, faixa etária, cor da pele, escolaridade, estado civil, trabalha atualmente, renda e 10 origem da renda, a segunda etapa será apresentado os dados sobre pessoas que vivem com HIV que estão representados pela tabela 11, que mostram os dados como se vive com HIV: Informou a sorologia. E a terceira apresenta os dados das tabelas de 12 a 17 que traz os dados gerais sobre, o local de atendimento que utilizam, formas de acolhimento e tratamento recebido pelos profissionais de saúde e que atuam nos serviços, dados dos serviços de atendimento de saúde, 1ª. consulta após resultado do teste, o local que realizou o teste, aponte a unidade de saúde que teve um tratamento diferente (negativo) por ser pessoa que vive com HIV, tratamento negativo nas atenções, qual o sentimento teve em relação ao tratamento dado e se acha que os estigmas em relação a discriminação a pessoas que vivem com HIV, mudaram desde a década de 80 aos dias atuais.

4.1 Dados Sociodemográficos

A seguir será apresentada a tabela 1 que traz a amostra composta por 79,1% de homens e 20,9% de mulheres. Segundo boletim dos Indicadores e Dados Básicos do HIV/AIDS nos Municípios Brasileiros divulgado em 2022, o total de pessoas vivendo com HIV é de 1.124.063, sendo que o total de homens PHIV/AIDS é de 743.596 e 380.346 mulheres PHVI/ AIDS (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO - HIV/AIDS 2022).

Tabela 01 – Gênero biologicamente

	Frequência	%	% Válido	% acumulada
Feminino	108	20,9%	20,9%	20,9%
Masculino	408	79,1%	79,1%	
Total	516	100%	100%	

No que se refere à orientação sexual dos participantes, os dados da tabela 02, podem ser observados na tabela a seguir. A maioria dos entrevistados (72,1%) se identificam como gays, (20,9%) se identificaram como heterossexuais, (2,3%) como lésbica e (2,3) como outros, que podem ser inclusos pessoas: agênero, andrógino, gênero de fronteira, gênero fluido, gênero neutro, *gender-queer*, gênero em dúvida, gênero variante, hijra, gênero não conformista, *butch*, bigênero, não-binário, *male to female* (MTF), *female to male* (FTM), terceiro sexo, nenhum (Merlini, p.66, 2022).

Tabela 02 – Orientação sexual

	Frequência	%	% Válido	% acumulada
Bissexual	12	2,3%	2,3%	2,3%
Gay	372	72,1%	72,1%	74,4%
Heterossexual	108	20,9%	20,9%	95,3%
Lésbica	12	2,3%	2,3%	97,7%
Outros	12	2,3%	2,3%	100,0%
Total	516	100%	100%	

A tabela 3 traz dados sobre a região em que residem os respondentes, sendo composta entre os participantes 46,5% declaram residir no sudeste, 27,9% são da região nordeste, 20,9% residem na região sul do país e apenas 4,7% são do centro-oeste, não houve respondentes da região norte do país. Segundo dados do boletim epidemiológico do Brasil (2022), no período de 1980 a 2022 a taxa de distribuição dos casos de AIDS aponta que a 49,7% se concentra nas regiões sudeste e Sul, e nas regiões nordeste 17,0%, no norte 7,3% e centro-oeste 6,4% do total de casos. O boletim aponta que nos anos de 2018 a 2022, o número médio anual de casos foi na região sudeste de 13,4 mil casos/ano, no nordeste 8,6 mil casos/ano, sul 6,5 mil casos/ano, norte 4.600 casos/ano e centro-oeste 2.900 casos/ano (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO - HIV/AIDS 2022).

Tabela 03 – Região em que vive

	Frequência	%	% Válido	% acumulada
Centro-Oeste	24	4,7%	4,7%	4,7%
Nordeste	144	27,9%	27,9%	32,6%
Sudeste	240	46,5%	46,5%	79,1%
Sul	108	20,9%	20,9%	100,0%
Centro-Oeste	24	4,7%	4,7%	4,7
Total	516	100%	100%	

A tabela 4 traz os dados colhidos sobre a faixa etária dos entrevistados, 27,9% estão a faixa etária de 40 a 49 anos, 25,6% estão entre os 30 a 39 anos, 20,9% estão entre os 50 a 59 anos, 11,6% estão entre os 21 a 29 anos, 11,6% estão entre os 60 anos ou mais e 2,3% estão na faixa etária entre 18 a 20 anos entre homens e mulheres. Segundo boletim epidemiológico do ministério da saúde divulgado em 2023, apontas que entre os anos de 2015 a 2021, total de casos do sexo masculino na faixa etária de 13 a 19 anos foi de 772 casos, de 20 a 29 anos foi de 8969 casos, de 30 a 39 anos foi de 6702 casos, 40 a 49 anos foi de 6573 casos e 50 anos ou mais foi de 5357 casos. No caso do sexo feminino na faixa etária de 13 a 19 anos foi de 373 casos, de 20 a 29 anos foi de 2313 casos, de 30 a 39 anos foi de 3514 casos, 40 a 49 anos foi de 3340 casos e 50 anos ou mais foi de 2894 casos (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO - HIV/AIDS 2022).

Tabela 04 – Faixa etária

	Frequência	%	% Válido	% acumulada
18-20 anos	12	2,3%	2,3%	2,3%
21-29 anos	60	11,6%	11,6%	14,0%
30-39 anos	132	25,6%	25,6%	39,5%
40-49 anos	144	27,9%	27,9%	67,4%

50-59 anos	108	20,9%	20,9%	88,4%
60 anos/mais	60	11,6%	11,6%	100,0%
Total	516	100%	100%	

Segundo dados da tabela 5, sobre como os entrevistados se identificam com relação a cor da pele, sendo 58,1% se identificam de cor branca, 32,6%, se identificam como parda e 9,3 % se identificam de cor preta. Em 2022, os casos de infecção pelo HIV notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) apresentaram as seguintes distribuições: 29,9% ocorreram entre brancos e 62,8% entre negros (com 13% de pretos e 49,8% de pardos). Entre os homens, 30,4% dos casos notificados ocorreram em brancos e 62,4% em negros (com 12,8% de pretos e 49,6% de pardos). Já entre as mulheres, 28,7% dos casos se verificaram em brancas e 64,1% em negras (com 13,8% de pretas e 50,3% de pardas). Além disso, para os casos notificados de aids, o cenário também preocupa: dos 36.753 diagnosticados, 60,1% estão entre a população negra (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO - HIV/AIDS 2022).

Tabela 05 – Como se identifica em relação a cor da pele

	Frequência	%	% Válido	% acumulada
Branca	300	58,1%	58,1%	58,1%
Parda	168	32,6%	32,6%	90,7%
Preta	48	9,3%	9,3%	100,0%
Total	516	100,0%	100,0%	

No tocante ao nível de escolaridade dos participantes da pesquisa, 65,1% declararam possuir o ensino superior completo, 18,6% possuem o ensino médio completo e 16,3% possuir o ensino superior incompleto / cursando, conforme pode ser visto na tabela 6, a seguir. Observa-se que a prevalência de PVHI estão em pessoas que concluíram o ensino superior. Segundo os dados publicados no Boletim Epidemiológico de 2022 apontam que entre os anos de 2007 a 2022 o total de PHIV

do sexo masculino que possuem o ensino médio completo somam 71949, ensino superior incompleto somam 25667 e ensino superior completo é de 38407. Já no sexo feminino o total aponta que no ensino médio incompleto o total é de 10937, para o ensino médio completo é de 23551, já para o ensino superior incompleto o total é de 3020 e superior completo total de 4812 PHIV (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO - HIV/AIDS 2022).

Tabela 06 – Escolaridade

	Frequência	%	% Válido	% acumulada
Médio completo	96	18,6%	18,6%	18,6%
Superior completo	336	65,1%	65,1%	83,7%
Superior incompleto / cursando	84	16,3%	16,3%	100,0%
Total	516	100,0%	100,0%	

A seguir a tabela 07 traz os dados sobre o estado civil declarados pelos entrevistados, 72,1%, a maioria dos entrevistados declaram ser solteiro, 18,6 % informaram ser casados e 9,3% declaram serem divorciados. Há muita discussão sobre os riscos da infecção pelo HIV, principalmente em relação às limitações na vida sexual e socioemocional dessas pessoas, bem como os preconceitos que enfrentam. Os aspectos psicossociais dessas pessoas são hoje considerados de grande importância, pois os benefícios terapêuticos tornaram suas vidas mais complexas. Eles agora têm a oportunidade de desenvolver suas atividades profissionais e formar novas relações afetivas e sociais (Geronasso; Pacheco; Mazon, 2020). No estudo os autores apontam sobre a relação entre familiares e pessoas com HIV revelou uma situação desconfortável e conflitante. Decidir com quem falar na sua família, parceiros, grupo de amigos, a quem pedir ajuda e com quem partilhar experiências terá um impacto profundo na comunicação e nos relacionamentos. Por esta razão que alguns pacientes tentam lidar sozinhos com o que estão passando por longos períodos de tempo. Porém, chega um momento em

que eles não suportam mais a opressão, o sofrimento e a solidão e devem decidir confiar em alguém. Neste contexto, sentimentos de depressão, solidão, culpa, rejeição, medo, vergonha, perda de sentido da vida e desesperança ocorrem frequentemente em pessoas com HIV. As relações conjugais têm provado ser um desafio para os cientistas sociais e especialistas em saúde pública, especialmente devido ao aumento de casos de HIV entre pessoas heterossexuais que vivem em relações conjugais desde 2002. A natureza crônica do HIV e a maior esperança de vida das pessoas com a doença podem levar a experiências significativas relacionadas com a vida emocional e sexual (Geronasso; Pacheco; Mazon, 2020).

Tabela 07 – Estado Civil

	Frequência	%	% Válido	% acumulada
casado	96	18,6%	18,6%	18,6%
divorciado	48	9,3%	9,3%	27,9%
solteiro	372	72,1%	72,1%	100,0%
Total	516	100,0%	100,0%	

Quanto à situação laboral, a tabela 08 apresenta um panorama dos participantes, com 79,1% relatando estarem trabalhando atualmente, enquanto que 20,9 % informaram não estarem trabalhando. Essa informação é crucial para compreender o perfil profissional do grupo e direcionar ações e políticas públicas que atendam às suas necessidades.

No tocante à distribuição de renda, a Tabela 09 se aprofunda na renda dos participantes, revelando que: 11,6% ganham mais de R\$ 10.000, representando a parcela com maior renda, 9,3% estão na faixa de R\$ 4.000 a R\$ 5.000, indicando uma classe média com renda estável, 6,3% recebem entre R\$ 5.000 e R\$ 10.000, compondo um grupo com renda intermediária e 4,7% ganham menos de R\$ 1.000, caracterizando a parcela com menor poder aquisitivo. De acordo com um estudo da Organização Internacional do Trabalho (OIT), as pessoas que vivem com o HIV e que trabalham têm quase 40% mais probabilidade de estar em tratamento para o HIV do que aquelas que estão desempregadas. O relatório, intitulado “O Impacto do Tratamento do VIH no Emprego”, analisou os resultados de 23 estudos com mais de

6.500 casos, investigando a relação entre emprego e tratamento do HIV. Esta análise é complementada por inquéritos e entrevistas telefônicas realizadas pela OIT. Os dados indicaram que as pessoas que vivem com o HIV têm mais sucesso na permanência do tratamento depois de estar empregado, isto deve-se principalmente ao fato de terem os recursos econômicos para pagar serviços médicos, medicamentos e outros apoios necessários, bem como acesso a alimentação adequada. O emprego desempenha um papel importante para garantir que as pessoas com HIV aderem ao tratamento, embora o acesso ao tratamento tenha aumentado dramaticamente nos últimos anos, manter a adesão continua a ser um desafio. Esta ligação entre emprego e tratamento é particularmente adequada em países de baixo e médio rendimento, onde as taxas de desemprego são altas e pode impactar negativamente o acesso ao tratamento e a continuidade dos cuidados. Além disso, o estudo observa que as mulheres têm maior probabilidade de ter acesso à terapia antirretroviral (ARV) em muitas partes do mundo, especialmente em áreas com elevada prevalência do HIV. Contudo, o emprego é um fator importante para ajudar os homens a cumprir os regimes de tratamento porque beneficiam de uma melhor segurança financeira e alimentar, bem como do acesso a serviços de tratamento no trabalho (OIT, 2015).

Tabela 08 – Trabalha atualmente

	Frequência	%	% Válido	% acumulada
Não	108	20,9%	20,9%	20,9%
Sim	408	79,1%	79,1%	100,0%
Total	516	100,0%	100,0%	

Tabela 09 – Renda

	Frequência	%	% Válido	% acumulada
De 4.000 e R\$ 5.000	48	9,3%	9,3%	9,3%
De 5.000 e R\$ 10.000	84	16,3%	16,3%	25,6%

Mais de R\$ 10.000	60	11,6%	11,6%	37,2%
Menos de R\$ 1.000	24	4,7%	4,7%	41,9%
Total	516	100,0%	100,0%	

Perguntado sobre a origem da renda representada na tabela 10, 76,7% dos respondentes declaram que sua origem vem de salários, 9,3% de aposentadoria e pensão (benefícios), 7,0% outras fontes de renda, 4,7% não recebe renda e 2,3 de pensão. A origem da renda impacta em encargos não reembolsáveis com tratamentos que não estão disponíveis na rede pública de saúde ou pela dificuldade de acesso por parte de alguns usuários definidos como, pagamentos diretos feitos por um indivíduo a um prestador de cuidados de saúde no momento do serviço, são as maiores barreiras para pessoas sendo testadas para HIV e o tratamento a pessoas infectadas com HIV. As pessoas infectadas pelo HIV são mantidas em instalações de tratamento e cuidados, embora os medicamentos antivirais estejam disponíveis gratuitamente, o custo dos testes de diagnóstico, consultas e medicamentos para tratar infecções oportunistas tem um impacto desproporcionalmente grande nas pessoas de baixos rendimentos. Estas taxas cobradas aos utilizadores também reduzem o acesso a serviços de saúde mais amplos para os mais vulneráveis da sociedade. Os pagamentos diretos representam uma proporção significativa dos gastos totais com saúde em todas as regiões. Em alguns países de baixo e médio rendimento, estima-se que as despesas privadas diretas representam mais de 60% da despesa total com a saúde. De acordo com o Banco Mundial em 2019, aproximadamente 3,4 milhões de pessoas em todo o mundo que ganham US\$ 5,50 dólares por dia ou menos. (UNAIDS, 2020).

Tabela 10 – Origem da renda

	Frequência	%	% Válido	% acumulada
Aposentadoria e pensão	48	9,3%	9,3%	9,3%

(benefícios)				
Não recebe renda	24	4,7%	4,7%	14,0%
Outros	36	7,0%	7,0%	20,9%
Pensão	12	2,3%	2,3%	23,3%
Salário	396	76,7%	76,7%	100,0%
Total	516	100,0%	100,0%	

4.2 Dados sobre pessoas que vivem com HIV

Perguntado aos participantes se vive com HIV e se informou sua sorologia para alguma pessoa, a tabela 11 traz que dos 516 respondentes apenas 1,6% (n=8) dos participantes contaram de sua sorologia, já 98,4%, (n= 508) não contou. Isso pode estar atrelado ao medo da exposição de sua condição sorológica, o medo de sofrer qualquer tipo de ato discriminatório ou até agressão física, o que leva a considerar que os participantes da pesquisa não estão cientes que possuem o amparo da lei 12.984. Em 2014, o projeto de lei tornou a discriminação contra pessoas que vivem com HIV ou AIDS um crime, punível com penas de prisão e multas (UNAIDS, 2022).

Tabela 11 – Viver com HIV: Informou a sorologia

	Frequência	%	% Válido	% acumulada
Sim	8	1,6%	1,6%	1,6%
Não	508	98,4%	98,4%	98,4%
Total	516	100%	100%	

4.3 Dados sobre os locais de saúde que prestam atendimento a PHIV

Questionado aos participantes sobre os tipos de serviços em atendimento que fez o teste para HVI pode observar na tabela 12 que 34,9% realizam no SUS -

Unidade básica de saúde (UBS – Postinho), 32,6% realizam em unidades particulares, 18,6% realizam no SUS - SAE (Serviço de Assistência Especializada), 14,0% em unidade do SUS - CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento). Os dados apresentados mostram que a maioria (n=180) ainda está realizando os testes no serviço público de saúde via UBS na atenção primária. Quando os profissionais de saúde interagem com as pessoas atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS), o acolhimento se expressa de diferentes maneiras. Isto inclui cumprimentar a pessoa quando ela chega, cuidar dela, ouvir as suas queixas e permitir-lhe partilhar preocupações relacionadas com a doença. Além disso, a internação visa ajudar os pacientes a procurarem com conforto serviços médicos e equipes multidisciplinares quando necessário, facilitando assim o acesso ao tratamento. No contexto específico das pessoas que vivem com o HIV (PHIV), a adesão é crucial, isto significa integrá-los no sistema de saúde, sendo considerado as suas expectativas e necessidades. A experiência da equipe de cuidados primários no cuidado de pessoas com outras doenças crónicas pode ser alargada ao cuidado de pessoas que vivem com HIV, esse público são acolhidos em unidades de cuidados de saúde primários, é importante que estes serviços atendam também às necessidades individuais e coletivas relacionadas à infecção pelo HIV, adotando uma perspectiva de cuidado integral. Para isso, é necessário encontrar respostas e soluções, potencializando as competências das equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS), dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e das equipes de ambulatório, Serviços de Saúde, Apoio Especializado (SAE) e outras organizações, governamentais e não governamentais. Além disso, os profissionais de saúde devem informar as pessoas que vivem com o HIV sobre o que é o HIV/AIDS, como tratar a infecção, modos de transmissão e outros aspectos relacionados com a qualidade de vida (tais como dieta, atividade física e autoestima) e vida social (família, amigos e relacionamentos). Nesse contexto, o acolhimento contribui para uma abordagem mais completa e humanizada no cuidado dessas pessoas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Tabela 12 – Dados dos serviços de atendimento de saúde

	Frequência	%	% Válido	% acumulada
Particular	168	32,6%	32,6%	32,6%
*SUS - CTA	72	14,0%	14,0%	46,5%
*SUS - SAE	96	18,6%	18,6%	65,1%
*SUS - UBS	180	34,9%	34,9%	100,0%
Total	516	100,0%	100,0	

*SUS - CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento), SUS - SAE (Serviço de Assistência Especializada), SUS - Unidade básica de saúde (UBS - Postinho).

De acordo com informações do Programa DST/AIDS, até março de 1996 existiam 33 Serviços de Apoio Especializados (SAEs) em todo o Brasil. Em 2009, o Brasil implementou um total de 644 serviços em municípios financiados, bem como em outros municípios selecionados com base em perfis epidemiológicos, capacidade de gestão e/ou sua posição estratégica. Este serviço realiza uma série de atividades principais, incluindo: consulta e apoio psicológico, tratamento de doenças infecciosas, obstetrícia, pediatria e odontologia, controle e distribuição de medicamentos antivirais, instruções para uso de medicamentos, realizar testes de vigilância, distribuição de medicamentos preventivos, atividades educativas para garantir o cumprimento do tratamento, prevenção e controle de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS (Brasil, 2009).

A tabela 13 traz a amostra sobre quanto tempo realizou a primeira consulta após realizar o teste, 41,9% menos de 1 mês, 23,3% entre 3 a 6 meses, 18,6% não souberam informar e 16,3% responderam que entre 1 a 3 meses após realizar o teste.

Tabela 13 – 1ª. Consulta após resultado do teste

	Frequência	%	% Válido	% acumulada
1 a 3 meses	84	16,3%	16,3%	16,3%
3 a 6 meses	120	23,3%	23,3%	39,5%

Menos de 1 mês	216	41,9%	41,9%	81,4%
Não sei	96	18,6%	18,6%	100,0%
Total	516	100,0%	100,0%	

Os níveis de atenção e assistência à saúde no Brasil são organizados em três níveis: atenção primária, atenção secundária e atenção terciária. Perguntado sobre em qual dos serviços teve um tratamento diferenciado, de forma negativa, nos três níveis de assistências em saúde a tabela 14 mostra que 37,2% dos entrevistados foi na atenção primária, 34,9% no particular, 16,3% na atenção secundária e 11,6% na atenção terciária. O estigma e a discriminação relacionados com o HIV têm um impacto significativo na saúde, na vida e no bem-estar das pessoas que vivem com o HIV ou em risco de contrair o vírus. Isto é especialmente verdadeiro para grupos-alvo. O estigma e a discriminação criam barreiras em todas as fases da resposta ao HIV, limitando o acesso a serviços de prevenção, testes, tratamento e adesão, bem como a cuidados e serviços de saúde sexual e reprodutiva mais amplos, e a muitos outros serviços. Além disso, o estigma e a discriminação aumentam o risco de infecção pelo HIV e de progressão para a SIDA, e contribuem para a violência e a marginalização. Estas atitudes também reduzem o acesso à educação, ao emprego e à justiça (UNAIDS, 2022).

Tabela 14 – Sobre o local que realizou o teste, aponte a unidade de saúde que teve um tratamento diferente (negativo) por ser Pessoa que vive com HIV

	Frequência	%	% Válido	% acumulada
Atenção primária	192	37,2%	37,2%	37,2%
Atenção secundária	84	16,3%	16,3%	53,5%
Atenção terciária	60	11,6%	11,6%	65,1%
Unidade Particular	180	34,9%	34,9%	100,0%
Total	516	100,0%	100,0%	

A Tabela 15, apresenta uma comparação dos resultados das respostas dos participantes em relação ao tratamento discriminatório recebido no atendimento dos profissionais de saúde nos três níveis de atenção e nos particular: primário, secundário, terciário e particular. Foram desacertadas as respostas dos entrevistados que não sofram qualquer tipo de ação negativa pelos profissionais. Tratamento negativo abordado se faz no sentido de preconceito ou discriminação e agressão verbal ou física. Os resultados no acolhimento na atenção primária, indicam que 27,1% apontou referente aos médicos, 20,8% em relação ao atendimento dado por psicólogos, 18,8% por técnicos de enfermagem, 11,5% por recepcionistas, 8,3% pelos enfermeiros e 8% por outros profissionais. É essencial reconhecer que o estigma e a discriminação relacionados com o HIV são questões de direitos humanos. Toda pessoa tem direito a ser protegida contra a discriminação e a levar uma vida digna, onde as atitudes discriminatórias não impeçam o gozo de outros direitos, como educação, saúde, emprego, acesso à justiça, privacidade, família, autonomia corporal e muitos outros. Em 2021 o UNAIDS, realizou uma pesquisa em 47 países e resultou que 21% das pessoas que vivem com HIV relataram ter sido recusados em serviços médicos nos últimos 12 meses. Desses 47 países, em 11 deles, 40% das pessoas que vivem com HIV relataram terem sido forçadas a se submeter a procedimentos médicos ou de cuidados de saúde e 50% alegaram que perdeu o emprego por conta de atos discriminatórios (“SÉRIE DE FICHAS INFORMATIVAS SOBRE DIREITOS HUMANOS ESTIGMA E DISCRIMINAÇÃO RELACIONADOS AO HIV 2021”, 2021). No Brasil, as pessoas que vivem com HIV estão protegidas pela Lei. nº 12.984 de 02/06/2014 - Senado Federal - que define o crime de discriminação a pessoas que vivem com o vírus da imunodeficiência humana (HIV), sendo cometidas por profissionais de saúde, ou não. A AIDS nos obriga a enfrentar muitos aspectos da sociedade brasileira que continuamos a ignorar: a desigualdade, o preconceito, a hipocrisia, o colapso do sistema de saúde, as inconsistências na justiça e a fragilidade das relações humanas (Brasil, 2014) No entanto, apesar de muitos avanços, especialmente no campo biomédico, na prática a discriminação e o preconceito ainda têm um sério impacto nas pessoas que vivem com o HIV. Parker e Aggleton (2003) afirmaram que pensavam que o estigma iria desaparecer, dados os benefícios do tratamento antirretroviral, mas não foi esse o caso.

Tabela 15 – Tratamento negativo nas atenções

Variável	N	01	02	03	04	05	06
Atenção Primária	192	8,3%	27,1%	20,8%	11,5%	18,8%	8%
Atenção secundária	84	14,3%	28,3%	14,3%	14,3%	14,3%	5%
Atenção Terciária	60	10%	10%	-	-	-	60%
Privado	180	0,3%	6,7%	6,7%	-	13,3%	20%
Total	516						

*01 Enfermeiros; 02 Médicos; 03 Psicólogos; 04 Recepcionista; 05 Técnico de enfermagem; 06 Outros Profissionais.

O resultado da tabela 16 aponta o tipo de dano que teve a PHIV em relação a forma que foi tratado no atendimento nas 3 atenções de saúde e particular pelos profissionais. Na atenção primária o resultado foi que 38,5% sentiram danos psicológicos, constrangido, discriminação, raiva, tristeza e agressão física, 30,2% dos respondentes afirmaram ter sentido discriminação e constrangimento, 18,8% somente dano psicológico, 10,4% não sofreram nenhum dano e 2,1% outros danos. Já para a atenção secundária resultou em, 28,5% sentiram danos psicológicos, constrangidos, discriminados, raiva, tristeza e agressões físicas, 28,6% somente discriminação ou constrangido, 14,3% somente dano psicológico, 14,3% não sofreu nenhum dano e 14,3% outros danos. Na atenção terciária o resultado foi, 20% sentiram danos psicológicos, constrangidos, discriminação, raiva, tristeza e agressões físicas e 80% outros danos. E em relação ao privado o resultado apontou que 73,3% não sofreram nenhum dano, 6,7% somente danos psicológicos, 6,7% sentiram danos psicológicos, constrangidos, discriminação, raiva, tristeza e agressões físicas, 6,7% outros danos e 6,7% somente discriminação ou constrangido. Esses resultados exploram a prevalência de tratamentos diferenciados, os profissionais de saúde envolvidos, e os impactos físicos e psicológicos resultantes. Além disso, os resultados também mostram a prevalência de várias formas de preconceito e a avaliação dos participantes sobre o atendimento nos serviços de saúde, destacam ainda a necessidade de abordar a discriminação e melhorar a qualidade do atendimento para pessoas vivendo com HIV/AIDS (UNAIDS, 2019).

Tabela 16 - Qual seu sentimento em relação ao tratamento que teve

Variável	N	01*	02*	03*	04*	05*
Atenção Primária	192	18,8%	38,5%	10,4%	2,1%	30,2%
Atenção secundária	84	14,3%	28,5%	14,3%	14,3%	28,6%
Atenção Terciária	60	-	20%	-	80%	-
Privado	180	6,7%	6,7%	73,2%	6,7%	6,7%%
Total	516	39,8%	93,7%	97,9	103%	65,5%

*01- somente dano psicológico; 02 - sentiu dano psicológico, constrangido, discriminação, raiva, tristeza e agressão física; 03 - não sofreu nenhum dano; 04 – outros danos e 05 – somente discriminação ou constrangido.

Estudos realizados pela UNAIS (2019) apontam que houve mudanças significativas na percepção e no estigma associados ao HIV no Brasil desde os anos 80, no entanto, ainda existem desafios a serem superados. Um estudo realizado com 1.784 pessoas em sete capitais brasileiras entre abril e agosto de 2019 indicou que a maioria das pessoas que vivem com HIV e AIDS já passou por pelo menos alguma situação de discriminação ao longo de suas vidas (UNAIDS, 2021). De acordo com a pesquisa, 64,1% das pessoas entrevistadas já sofreram alguma forma de estigma ou discriminação pelo fato de viverem com HIV ou com AIDS. Durante os estudos 46,3% já ouviram comentários discriminatórios ou especulativos por diversas pessoas e 41% do grupo diz ter sido alvo de comentários feitos por membros da própria família. Muitas dessas pessoas já passaram por outras situações de discriminação, incluindo assédio verbal (25,3%), perda de fonte de renda ou emprego (19,6%) e até mesmo agressões físicas (6,0%) (UNAIDS, 2021).

Em 2023, um estudo do UNICEF revelou que 64% dos jovens que vivem com HIV aprovam o acolhimento que recebem nos serviços de saúde, mas o estigma é a principal barreira para aderir ao tratamento (UNICEF, 2023). Apesar do arcabouço legal existente no país para proteger essas pessoas, reforçado pela lei 12.984/2014, que tornou crime punível com reclusão e multa atos de discriminação contra pessoas vivendo com HIV ou com AIDS, o estigma e a discriminação ainda persistem (PUCRS, 2019). Esses dados indicam que, embora tenha havido progresso, ainda há muito trabalho a ser feito para combater o estigma e a discriminação contra pessoas que vivem com HIV e AIDS no Brasil.

Na tabela 17 aborda se os entrevistados acham que os estigmas em relação a discriminação a pessoas que vivem com HIV mudaram desde a década de 80 e foi realizado um comparativo entre as 3 atenções de saúde e o privado. O resultado mostrou que, 60% responderam que na atenção terciária irá mudar, 57,1% que na secundária também irá mudar, 37,5% na atenção primária mudará, e 20% responderam que na rede privada irá mudar. Os que acham que não irá mudar resultou em 46,7% na rede privada, 31,3% na atenção primária, 28,6% na atenção secundária e 20% na atenção terciária. Já o que responderam que talvez irá mudar, 33,3% da atenção privada, 31,3% responderam que na atenção primária, 20% da atenção terciária e 14,3% na atenção secundária.

Tabela 17 - Acha que os estigmas em relação a discriminação a pessoas que vivem com HIV, mudaram desde a década de 80 aos dias atuais.

Variável	N	Sim	Não	Talvez
Atenção Primária	192	37,5%	31,3%	31,3%
Atenção secundária	84	57,1%	28,6%	14,3%
Atenção Terciária	60	60%	20%	20%
Privado	180	20%	46,7%	33,3%
Total	516			

As características atuais HIV/AIDS indicam que todas as pessoas, independentemente do sexo, são suscetíveis a contrair o vírus (Guimarães, *et al.*, 2017). O perfil da epidemia do HIV/AIDS sofreu diversas alterações ao longo dos anos, incluindo feminização, heterossexualização, pobreza e fenômenos de envelhecimento. Isto significa que os padrões de susceptibilidade ao vírus mudaram e os velhos estereótipos sobre indivíduos vulneráveis já não existem (Leite, 2020).

Nota-se que o diagnóstico de HIV positivo ainda está associado ao medo, ao isolamento social, ao desemprego e ao distanciamento de familiares e amigos. Esse medo reduz a busca por informações sobre o estado sorológico do indivíduo, leva à preferência pelo silêncio sobre o diagnóstico e dificulta a busca pelos tratamentos disponíveis nas redes de saúde (Meirelles, *et al.*, 2010). Contudo, vários estudos (Jovic-Vranes, *et al.*, 2016; Meirelles, *et al.*, 2010) relataram que os profissionais de saúde discriminam as pessoas que vivem com HIV/AIDS, isto deve-se a uma série

de razões, incluindo o medo da infecção devido ao conhecimento limitado sobre a transmissão do HIV, a associação da doença com comportamentos considerados inadequados e imorais, o estigma existente e a falta de consciência das suas consequências.

Diante dessas realidades, é importante que os profissionais de saúde se envolvam regularmente na educação permanente em saúde (EPS), como princípios conceituais, a ideia de trabalhar no CHS é de aprendizado diário e comprometimento. É fundamental que, desde o início da sua integração no local de trabalho, desde o estágio até à formação, os profissionais tenham esta perspectiva humanizada do cuidado ao paciente, independentemente do seu estado de saúde ou de quaisquer outros fatores internos (Vasconcelos; Coêlho, 2013).

Em suma, fica claro que este problema vai além da simples informação e que é necessário mudar as perspectivas sobre o mundo, as crenças e a singularidade e diversidade dos outros (Domingues; Oliveira; Marques, 2018. p. 68-76.). Apesar de vários investimentos e campanhas, acredita-se que o medo e a desinformação sobre a doença permaneçam. O objetivo desta discussão é compreender a importância desses fatores nos processos de saúde e doença, bem como na promoção da saúde (Cassette, *et al.*, 2016). Uma limitação deste estudo é que as pessoas que vivem com HIV relutaram em responder ao questionário por medo de perder benefícios financeiros do governo ou de mudar a forma como os serviços de saúde prestam cuidados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho é fruto de uma análise da percepção das pessoas que vivem com HIV/AIDS (PHIV) sobre a qualidade do atendimento dos profissionais da área da saúde nos serviços público e privados (Particular, SUS - CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento), SUS - SAE (Serviço de Assistência Especializada) e SUS - Unidade básica de saúde (UBS - Postinho). A defesa das conformidades da Lei nº 12.984/2014, que pune a discriminação contra pessoas que vivem com HIV, também prevê a discriminação no ambiente profissional, não está sendo efetivamente cumprida. Além disso, a Lei nº. 9.961, de 28 de janeiro de 2000, responsável pela fiscalização das operadoras de serviços, também precisa ser mais rigorosamente aplicada.

Dado que a infecção pelo HIV/AIDS é uma doença crônica e estigmatizada, as questões psicossociais tornam-se extremamente importantes, aumentando os desafios do campo biomédico. A criação de equipes interdisciplinares parece ser importante para melhorar o apoio prestado, permitindo uma abordagem adequada às dificuldades médicas e psicossociais sentidas pelas pessoas que vivem com HIV/AIDS.

Embora alguns tratamentos sejam inadequados, os pacientes geralmente classificam os cuidados de saúde como bons, concluiu o estudo. Neste contexto, a política pública a nível nacional precisa de continuar a investir em processos de descentralização, expandindo tecnologias para diagnóstico, tratamento e prevenção, e realizando inquéritos epidemiológicos regulares a todos os níveis. Alargar a análise e a interpretação ao nível local é importante para tentar aplicar esta informação de forma mais eficaz para informar os critérios de avaliação das políticas públicas de prevenção e controle. Vale ressaltar que este estudo atinge um segmento muito específico da população e, portanto, apresenta algumas limitações, como a escolha da metodologia e o tamanho da amostra, devido ao tempo para realização, assim como muitas pessoas se recusaram a responder por medo da exposição mesmo em se tratando de uma pesquisa anônima. Outra limitação foi a ausência de suporte por parte das instituições de saúde, que, não deram retorno para promover o apoio a pesquisa.

Embora não seja generalizável, espera-se que este estudo contribua para a análise de aspectos importantes relacionados com as percepções de discriminação e estigma nos cuidados de saúde por parte das pessoas que vivem com HIV/AIDS. Dado que a amostra apresenta condições socioeconômicas mais desvantajosas, os resultados apresentados permitem uma discussão que enfatiza a humanização do atendimento e a necessidade de melhor formação dos profissionais de saúde pública no Brasil.

A epidemia do HIV/AIDS teve um impacto profundo nas práticas das instituições e dos profissionais de saúde, levando a desigualdades na distribuição dos serviços de saúde. Considerando os custos sociais e humanos da infecção pelo HIV, bem como as necessidades e exigências das pessoas infectadas, é indiscutível a necessidade de compreender o impacto das diversas barreiras no acesso aos serviços. O estudo constatou que a maioria dos entrevistados relatou ter sido discriminada no acesso aos cuidados nos serviços de saúde, principalmente no setor público, nas atenções primárias e secundárias, por médicos e psicólogos. Essa situação representa mais de 20% das respostas. Além disso, os cuidados prestados muitas vezes não atendiam aos requisitos propostos na Lei orgânica 0.080, que visa a equidade e igualdade no atendimento. Isso nos faz questionar por que a Lei nº 12.984/2014, que pune a discriminação contra pessoas que vivem com HIV, também prevê a discriminação no ambiente profissional, não está sendo efetivamente cumprida. Além disso, a Lei nº. 9.961, de 28 de janeiro de 2000, responsável pela fiscalização das operadoras de serviços, também precisa ser mais rigorosamente aplicada.

Do ponto de vista ético e legal ainda se há atitude é discriminatória. Esta é uma violação ética conforme definida nas jurisdições civis e criminais. Os códigos de ética nas profissões da saúde, condenaram práticas discriminatórias nas áreas de atuação da saúde. Todos os cidadãos brasileiros, sem exceção, estão sujeitos ao Art. 196 da Constituição Federal de 1988, apesar destas disposições regulamentares e legais, os resultados deste trabalho mostram que a discriminação por parte dos profissionais de saúde contra as pessoas que vivem com HIV/AIDS ainda existe. Esses dados confirmam em pesquisas atuais sobre o tratamento de pacientes com HIV/AIDS em outros países e no Brasil o que nos permite considerar a importância de continuar fortalecendo a divulgação de informações sobre esta

doença no Brasil e em todo mundo. Para melhorar o acesso aos serviços de saúde e ao tratamento dos pacientes com HIV/AIDS, é muito importante que a relação entre profissionais e pacientes seja humanizada, baseada na sinceridade e na confiança, para promover o tratamento e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. O número crescente de pessoas que vivem com o HIV (com ou sem AIDS) que necessitam de cuidados de saúde apresenta desafios na organização e distribuição de serviços. Embora as dimensões que devem ser asseguradas para responder à procura ainda não sejam claras, já se sabe que é importante criar estratégias e orientações para a gestão e desenvolvimento deste cuidado ao paciente, incluindo considerações econômicas e sociais.

Para enfrentar esses desafios, é crucial encorajar novos programas educativos e reforçar a divulgação dos programas existentes. Isso promoverá maior sensibilização entre os profissionais de saúde em todo o país, incentivando abordagens mais humanas e apropriadas para o tratamento de pacientes com HIV/AIDS. Afinal, a chave do sucesso está na capacidade de fornecer serviços altamente individualizados e garantir acesso a quem deles precisa.

Conclui-se que é importante encorajar novos estudos relacionados a programas educativos e reforçar e a análise de divulgação dos programas existentes para promover e aumentar a sensibilização entre os profissionais de saúde em todo o país sobre abordagens apropriadas e mais humanas para o tratamento de pacientes com HIV/AIDS. A colaboração entre governos, profissionais de saúde e organizações da sociedade civil é essencial para superar esses desafios e garantir que todos os cidadãos tenham acesso igualitário a serviços de saúde de qualidade.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. I. S.; RIBEIRO, J. M.; BASTOS, F. I. Análise da política nacional de DST/Aids sob a perspectiva do modelo de coalizões de defesa. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 3, p. 837–848, mar. 2022.
- ALVES, A. J. O planejamento de pesquisas qualitativas em educação. *Cadernos de Pesquisa*, n. 77, p. 53–62, 1 maio 1991.
- AROUCA, S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. FIOCRUZ, 1ª ed. reimpresa. São Paulo, 2017.
- BAETEN, J. M. et al. Genital HIV-1 RNA Predicts Risk of Heterosexual HIV-1 Transmission. *Science Translational Medicine*, v. 3, n. 77, 6 abr. 2011.
- Bartunek, Jean M., and Myeong-Gu Seo. Qualitative Research Can Add New Meanings to Quantitative Research. *Journal of Organizational Behavior*, vol. 23, no. 2, 2002, pp. 237–42. JSTOR. Disponível em <<http://www.jstor.org/stable/4093733>>. Accessed 26 Mar. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Contribuição dos centros de testagem e aconselhamento para universalizar o diagnóstico e garantir a equidade no acesso aos serviços / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Legislação sobre DST & AIDS no Brasil de 1995. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. Disponível em <https://antigo.aids.gov.br/pt-br/aceso_a_informacao/legislacao?page=14>. Acesso em: 16 de ago. 2023.
- BRASIL. CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 16 de ago. 2023.
- BRASIL. Constituição Federal reconhece saúde como direito fundamental. 2018. Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/constituicao-30-anos/textos/constituicao-federal-reconhece-saude-como-direito-fundamental>>. Acesso em: 08, ago. 2023.
- BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO - HIV/AIDS 2022 — Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2022/hiv-aids/boletim_hiv_aids_-2022_internet_31-01-23.pdf/view>. Acesos em: 16 ago. 2023.
- BULMER, M. Métodos de pesquisa sociológica. Nova Iorque: Macmillan. p.3 1977.
- CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 15, n. 4, p. 679–684, dez. 2006.

CASSÉTTE, J. B. et al. HIV/AIDS among the elderly: stigmas in healthcare work and training. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, 733-744. 2016.

CELUPPII, Ianka Cristina, *et al.* Gestão no cuidado às pessoas com HIV na Atenção Primária à Saúde em tempos do novo coronavírus. *Rev Saude Publica., Rev Saude Publica.*, p. 1-12, 4 dez. 2021. Disponível em: <http://www.rsp.fsp.usp.br/>. Acesso em: 8 ago. 2023.

CFESS. TRABALHO E PROJETO PROFISSIONAL NAS POLÍTICAS SOCIAIS Sociais na Política de Saúde, 2010. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: 08, ago. 2023.

CONASS: Os Desafios da gestão do trabalho nas secretarias estaduais de saúde no Brasil. ISBN 978-85-8071-056-4. v. 12. 2019. Disponível em: <https://biblioteca.icepi.es.gov.br/aluno/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=708>. Acesso em: 08 ago. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). Lei no 5.766, de 20 de dezembro de 1971. *Rev Saude Publica., Rev Saude Publica.*, p. 1-12, 4 dez. 2021. Disponível em: <http://www.rsp.fsp.usp.br/>. Acesso em: 8 ago. 2023.

CONSTITUIÇÃO FEDERAL (Artigos 196 a 200). [s.l.: s.n.]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/constituicaofederal.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2023.

CRAWFORD, N. D.; VLAHOV, D. Progress in HIV Reduction and Prevention Among Injection and Noninjection Drug Users. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, v. 55, p. S84–S87, dez. 2010.

DAMANTE, C. A.; FERREIRA, R.; MAITO, S. Políticas públicas referentes ao HIV e AIDS: onde estamos e para onde iremos? *Jornal da USP*, 2019.

DEEKS, S. G. et al. HIV Infection. *Nature Reviews Disease Primers*, v. 1, n. 1, 1 out. 2015.

DIAMOND, J. The mysterious origin of AIDS. *Natural History*.1992

DIMENSTEIN, M. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicologia em Estudo*, n. 2, p. 57–63, 2001

DOMINGUES, J. P., OLIVEIRA, D. C., & MARQUES, S. C. Representações Sociais Da Qualidade De Vida De Pessoas Que Vivem Com Hiv/Aids. *Rev Rene*, p. 68-76. 2018.

ELENA, S. et al. Conselho Federal De Psicologia Conselhos Regionais De Psicologia Centro De Referência Técnica Em Psicologia E Políticas Públicas Referências Técnicas Para Atuação De Psicólogos(Os) Nos Programas E Serviços De IST/HIV/AIDS Comissão De Revisão Do Documento Conselheiro Federal Responsável-XVII Plenário.2020. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2021/01/885.3-REFERE%CC%82NCIAS-TE%CC%81CNICAS-IST_AIDS_web4.pdf. Acesso em: 08 ago. 2023.

SÉRIE DE FICHAS INFORMATIVAS SOBRE DIREITOS HUMANOS ESTIGMA E DISCRIMINAÇÃO RELACIONADOS AO HIV 2021. [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://www.unaids.org/sites/default/files/media/documents/07-hiv-human-rights-factsheet-stigma-discrimination_pt.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2023.

EWALD, P. W. The Evolution of Virulence. *Scientific American Magazine*. p.86. 1993

FACHIN, Z.. Curso de direito constitucional. (p. 187). São Paulo: Método. 2017.

FAJARDO-ORTIZ, D. et al. The emergence and evolution of the research fronts in HIV/AIDS research. *PLOS ONE*, v. 12, n. 5, p. e0178293, 25 maio 2017.

FARIA, N. R. et al. The early spread and epidemic ignition of HIV-1 in human population. *Science*. v. 346, n. 6205, p. 56-61. out. 2014.

FERNANDES, J. C. L. Práticas educativas para a prevenção do HIV/AIDS: aspectos conceituais. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 10, p. 171–180, 1 jun. 1994.

FIGUEIRAS, S. L.; FERNANDES, N. M. Aconselhamento em DST, HIV e AIDS: diretrizes e procedimento básicos. *Brazilian Journal of Sexually Transmitted Diseases*, v. 10, n. 3, p. 21–29, 2 dez. 1998.

FIOCRUZ. Descentralização - SUS: O que é? Leia mais no PenseSUS | Fiocruz. 2019. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/descentralizacao>>. Acesso em: 08, ago. 2023.

FORATTINI, O. P. Ecologia, epidemiologia e sociedade. São Paulo: EDUSP; Artes médicas. p. 529. 1992

FORATTINI, O. P. AIDS e sua origem. *Revista de Saúde Pública*, v. 27, p. 153–156, 1993.

GALTUNG, J. Violence, Peace, and Peace Research. *Journal of Peace Research*, v. 6, n. 3, p. 167–191, 1969.

GERONASSO, M. C. H.; PACHECO, I. E.; MAZON, L. M. Conjugalidade e infecção pelo vírus da imunodeficiência humana. *Saúde e meio ambiente: revista interdisciplinar*, v. 9, p. 276–288, 2 dez. 2020.

GIL, A. C. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. 4^o ed. São Paulo: Atlas. 2009.

GOFFAMAN, E. Estigma – notas sobre a manipulação da identidade. Rios de janeiro: Zahar. 2004.

GRAF, T., et al. HIV-1 molecular diversity in Brazil unveiled by 10 years of sampling by the national genotyping network. *Scientific Reports*. 2021.

GRECO, D. B. rinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. *Ciência e Saúde Coletiva*, p. 1553-1563. 2016

GUIMARÃES, M. D. C. et al. Mortalidade por HIV/Aids no Brasil, 2000-2015: motivos para preocupação? *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 20, n. suppl 1, p. 182–190, maio 2017.

HAYNES R. BRIAN *et al.* *Compliance in Health Care*. Johns Hopkins University Press 1979.

HERBERT, D., & PARKER, R. A terceira epidemia: o exercício da solidariedade. In: São Paulo: Iglu. 1991.

HIV/aids - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/topicos/hivaids>>. Acesso em: 16 ago. 2023.

IBM. SPSS Statistics . Disponível em: <<https://www.ibm.com/products/spss-statistics>>. Acesso em: 20 set. 2023.

JARED M. BAETEN, E. K.-M.-J. Genital Hiv-1 Rna Predicts Risk Of Heterosexual Hiv-1 Transmission. *Science Translational Medicine*, P. 77. 2011.

JOVIC-VRANES, A., et al. Risk perception and attitudes towards HIV in Serbian health care workers. *Occup Med.*, 56(4): 275-278. 2016.

KEELE, B. F. et al. Identification and characterization of transmitted and early founder virus envelopes in primary HIV-1 infection. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, v. 105, n. 21, p. 7552–7557, 27 maio 2008.

KRAUSE, R. M. The Origin of Plagues: Old and New. *SCIENCE*, pp. 1073-1078. 1992.

LAKATOS, E. M., & MARCONI, M. D. Fundamentos de metodologia científica. Em E. M. Lakatos, & M. d. Marconi, *Fundamentos de metodologia científica*, p. 297. São Paulo: Atlas. 2010

LEI No 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm>. Acesso em: 16 de ago. 2023.

LEI COMPLEMENTAR Nº 141, DE 13 DE JANEIRO DE 2012. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm>. Acesso em: 16 de ago. 2023.

LEI Nº 12.984, DE 2 DE JUNHO DE 2014. Define o crime de discriminação dos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de aids. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L12984.htm>. Acesso em: 08 ago, 2023.

LEITE, D. S. A AIDS no Brasil: mudanças no perfil da epidemia e perspectivas / AIDS in Brazil: changes in the epidemic profile and perspectives. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 8, p. 57382–57395, 14 ago. 2020.

LIMA, F. A. et al. Decreased AIRE Expression and Global Thymic Hypofunction in Down Syndrome. *The Journal of Immunology*, v. 187, n. 6, p. 3422–3430, 19 ago. 2011.

LINGAPPA, J. R. et al. Estimating the Impact of Plasma HIV-1 RNA Reductions on Heterosexual HIV-1 Transmission Risk. *PLoS ONE*, v. 5, n. 9, p. e12598, 13 set. 2010.

LODGE, D. M. Biological invasions: Lessons for ecology. *Trends in Ecology & Evolution*. p. 133-137. 1993.

MARTINS, G. D. Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas. São Paulo: Atlas. 2009

MATIAS-PEREIRA, J. Manual de metodologia da pesquisa científica. 3. ed. rev. atual ed. São Paulo: Atlas, 2012.

MEDEIROS, Q.; FLEURY SEIDL, E. Intervenção Cognitivo-Comportamental e Adesão ao Tratamento em Pessoas com HIV/Aids Cognitive-Behavioral Intervention and Adherence to the Treatment by Persons with HIV/AIDS. v. 26, n. 1, p. 121–130, 2010.

MEIRELLES, B. H. S., *et al.* Percepções da qualidade de vida de pessoas com HIV/AIDS. *Rev. Rene, Fortaleza*, v. 11, n. 3, p. 68-76, jul./set. 2010.

MELLO, C. A. Curso de direito administrativo. (p. 386). São Paulo. 2021

MENEZES, M. Conscientização internacional sobre o vírus HTLV. Portal Fiocruz. 2018. Disponível em <<https://portal.fiocruz.br/noticia/conscientizacao-internacional-sobre-o-virus-htlv>>. Acesso em: 16 ago. 2023.

MERLINI, S. As formações discursivas da experiência de gênero. *Cad. Pagu*, p.66. Nov. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes / Coordenação Nacional de DST e Aids. 1. ed. _ Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direitos humanos e HIV/AIDS: avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil. p. 27-31 2008. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_humanos_hiv_aids.pdf>. Acesso em: 16 de ago. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde Programa Nacional de DST e Aids. 2008. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_adesao_tratamento_hiv.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE . Pesquisa E Desenvolvimento Em Ist/Hiv/Aids/Hepatites Virais No Brasil, 2012 A 2016 Brasil -2018. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_desenvolvimento_ist_hiv_aids_hepatites_virais_brasil_2012_2016.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2023

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil é o primeiro país a lançar programa para eliminação e controle de doenças socialmente determinadas. 2024. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/fevereiro/brasil-e-o-primeiro-pais-a-lancar-programa-para-eliminacao-e-controle-de-doencas-socialmente-determinadas>>. Acesso em: 26 mar. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. RESOLUÇÃO Nº 617, DE 23 DE AGOSTO DE 2019 Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2021/res0617_03_08_2021.html>. Acesso em: 08 ago.2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Monitoramento Clínico do HIV 2022 Relatório de 2023. Disponível em: <<https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2023/relatorio-de-monitoramento-clinico-do-hiv-2022.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2023.

MORAES, A. Direito constitucional / Alexandre de Moraes. - 13. ed. p 98.- São Paulo: Atlas, 2023.

MURPHY, C. F., & ROSENTAL, C. Introdução aos Métodos Quantitativos em Ciências Humanas e Sociais. instituto Piaget. 2002.

NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. Cadernos de Administração, v. 1, n.3, 2º sem. 1996.

NOTÍCIAS ONU. “Fully financing” HIV response in Africa will save millions of lives: UNAIDS | UN News. 2023. Disponível em: <<https://news.un.org/en/story/2023/04/1135592>>. Acesso em: 08, ago. 2023.

OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico) Estudos da OCDE sobre os Sistemas de Saúde: Brasil 2021. Disponível em: <<https://www.oecd.org/health/estudos-da-ocde-sobre-os-sistemas-de-saude-brasil-2021-f2b7ee85-pt.htm>>. Acesso em: 08 ago, 2023.

OIT (Organização Internacional do Trabalho) Pessoas empregadas dão mais continuidade a tratamento do HIV, diz estudo do OIT. Disponível em: <<https://brasil.un.org/pt-br/64392-pessoas-empregadas-d%C3%A3o-mais-continuidade-tratamento-do-hiv-diz-estudo-do-oit>>. Acesso em: 08, ago. 2023.

OMS. WHO flags key challenges to global HIV response at International AIDS Conference, 2016. Disponível em: <<https://www.who.int/news/item/14-07-2016-who-flags-key-challenges-to-global-hiv-response-at-international-aids-conference>>. Acesso em: 08, ago. 2023.

PARKER, R.; AGGLETON, P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. Social Science & Medicine, v. 57, n. 1, p. 13–24, jul. 2003.

PERUCCHI, J. et al. Psicologia e Políticas Públicas em HIV/AIDS: algumas reflexões. Psicologia & Sociedade, v. 23, n. spe, p. 72–80, 2011.

QUEIROZ, M. F. DE; MEDEIROS, R. A. DE. O uso do direito pelo movimento social. p.31-46. 2002. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-319613>>. Acesso em: 08 ago. 2023.

QUINN TC, WAWER MJ, SEWANKAMBO N, SERWADDA D, LI C, WABWIRE-MANGEN F, MEEHAN MO, LUTALO T, GRAY RH. Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. Rakai Project Study Group. N Engl J Med. 2000 Mar 30;342(13):921-9. doi: 10.1056/NEJM200003303421303. PMID: 10738050. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10738050/>>. Acesso em: 16 ago. 2023.

RESOLUÇÃO No 41, DE 31 DE OUTUBRO DE 2018 - Imprensa Nacional. Disponível em: <https://in.gov.br/web/guest/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710>. Acesso em: 08 ago 2023.

ROMANELLI, L. C. F.; CARAMELLI, P.; PROIETTI, A. B. DE F. C. O vírus linfotrópico de células T humanos tipo 1 (HTLV-1): Quando suspeitar da infecção? Revista da Associação Médica Brasileira, v. 56, p. 340–347, 2010.

SILVA, A. F. C. DA; CUETO, M. HIV/Aids, os estigmas e a história. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 25, n. 2, p. 311–314, jun. 2018.

SONTAG, S. DOENÇA COMO METÁFORA / AIDS E SUAS METÁFORAS. São Paulo: Companhia das Letras. 2007

STOVER, J. et al. Modeling the epidemiological impact of the UNAIDS 2025 targets to end AIDS as a public health threat by 2030. PLOS Medicine, v. 18, n. 10, p. e1003831, 18 out. 2021.

TANSER, F. et al. Effect of concurrent sexual partnerships on rate of new HIV infections in a high-prevalence, rural South African population: a cohort study. The Lancet, v. 378, n. 9787, p. 247–255, jul. 2011.

TEMER, M. Elementos de direito constitucional. (p. 482). São Paulo: Malheiros. 2017.

UNAIDS. Estatísticas sobre HIV e AIDS. 2022. Disponível em <<https://unAids.org.br/estatisticas/>> Acesso em: 16 ago. 2023.

UNAIDS. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. Genebra: Licença: CC BYNC-SA 3.0 IGO. 2022

UNAIDS. The path that ends AIDS: UNAIDS Global AIDS Update 2023. Disponível em: <<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2023/global-aids-update-2023>>. Acesso em: 08, ago. 2023.

UNICEF. 64% dos jovens que vivem com HIV aprovam o acolhimento que recebem nos serviços de saúde, mas estigma é principal barreira para aderir ao tratamento. 2023. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/64-por-cento-dos-jovens-que-vivem-com-hiv-aprovam-o-acolhimento-que-recebem-nos-servicos-de-saude>>. Acesso em: 08 ago. 2023.

VASCONCELOS, D. C., COÊLHO, A. E. Conhecimentos, atitudes e percepção de risco dos acadêmicos de farmácia frente a AIDS. *Revista Psicologia e Saúde*, vol.5, n.2, pp. 109-117. 2013

VIEIRA, J. et al. Histórias de coragem. A realidade de quem vive com HIV/Aids. SÃO PAULO: MADRAS. 2002.

VILLARINHO, M. Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. *Rev Bras Enferm*, p.271. 2013.

WEISS, H. A.; QUIGLEY, M. A.; HAYES, R. J. Male circumcision and risk of HIV infection in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *AIDS*, v. 14, n. 15, p. 2361–2370, out. 2000.

APÊNDICE A - Tabela de Medicamento

	Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
 Manhã							
 Tarde							
 Noite							

APÊNDICE B – Questionário aplicado

1. Declaro que aceito participar da pesquisa e Li e compreendi o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

1. Sim
2. Não

2. Você é uma pessoa que vive com HIV

1. Sim
2. Não

3. Contou para alguém sobre resultado do teste

1. Sim
2. Não

4. Qual seu gênero biologicamente?

1. Masculino
2. Feminino

5. Qual sua orientação sexual?

1. Assexual
2. Bissexual
3. Gay
4. Heterossexual
5. Lésbica
6. Pansexual
7. Queer
8. Transexual
9. Outros

6. Região em que vive

1. Norte
2. Nordeste
3. Centro-Oeste
4. Sudeste
5. Sul
6. Distrito Federal

7. Faixa Etária

1. 18-20 anos
2. 21-29 anos
3. 30-39 anos
4. 40-49 anos
5. 50-59 anos
6. 60 anos ou mais

8. Como você se identifica em relação a cor da pele?

1. Branca
2. Parda
3. Preta
4. Outra

9. Escolaridade

1. Fundamental incompleto
2. Médio incompleto
3. Médio completo
4. Superior incompleto / cursando
5. Superior completo

10. Estado Civil

1. solteiro
2. casado
3. separado
4. divorciado
5. viúvo

11. Trabalha atualmente

1. Sim
2. Não

12. Origem da renda

1. Salário
2. Pensão
3. Aposentadoria e pensão (benefícios)
4. Não recebe renda
5. Outros

13. Qual sua renda individual?

1. Menos de R\$ 1.000
2. R\$ 2.000 a R\$ 3.000
3. R\$ 3.000 R\$ 4.000
4. Entre 4.000 e R\$ 5.000
5. Entre 5.000 e R\$ 10.000
6. Mais de R\$ 10.000
7. Prefiro não responder
8. Sobre a testagem para HIV

14. Em que local costuma fazer a realização do teste?

1. Particular
2. SUS - Unidade básica de saúde (UBS - Postinho)
3. SUS - CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento)
4. SUS - SAE (Serviço de Assistência Especializada)

15. 1ª. Consulta após resultado do teste

1. Menos de 1 mês
2. 1 a 3 meses
3. a 6 meses
4. Não sei

16. Sobre o local que realizou o teste, aponte a unidade de saúde que teve um tratamento diferente (negativo) por ser Pessoa que vive com HIV?

1. Atenção primária - Unidades Básicas de Saúde (UBSs), conhecidas popularmente como postos de saúde
2. Atenção secundária - as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), os hospitais e outras unidades de atendimento especializado ou de média complexidade
3. Atenção terciária - hospitais de grande porte (alta complexidade)
4. Unidade Particular (Laboratório, Hospital, Ambulatório)

17. Aponte os profissionais que o tratou diferente de forma negativa por ser Pessoa que vive com HIV

1. Técnico de enfermagem - enfermeiro
2. Médico
3. Recepcionista

4. Farmacêutico
5. Assistente Social
6. Psicólogo
7. Não fui

18. Profissional que tratou diferente - Outro Profissional - Se sim qual?

19. Qual seu sentimento em relação ao tratamento que teve?

1. Dano psicológico
2. Constrangido
3. Acuado
4. Sentiu discriminação
5. Raiva
6. Tristeza
7. Agressão Física
8. Agressão Verbal
9. Não sofreu
10. Outros

20. Em seu local de trabalho já solicitaram sua sorologia ou que realizasse testes de HIV/AIDS?

1. Sim
2. Não

21. SIGILO NO TRABALHO E SIGILO MÉDICO - Já teve sua sorologia exposta no seu trabalho?

1. Sim
2. Não
3. Talvez
4. Não se aplica

22. Você acha que os estigmas em relação a discriminação a pessoas que vivem com HIV, mudaram desde a década de 80 aos dias atuais, mudaram?

1. Sim
2. Não
3. Talvez

23. Você acha que algum dia a discriminação a pessoas que vivem com HIV, irá mudar?

1. Sim
2. Não
3. Talvez

24. Você conhece a Lei. nº 12.984 de 02/06/2014 - Senado Federal Define o crime de discriminação pessoas que vivem com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de aids?

1. Sim
2. Não

ANEXO A - Carta de anuência Institucional

Autorizo que o(a) pesquisador(a), Anderson Scherer discente regularmente matriculado do Curso de Mestrado em Ciências da Saúde ofertado no Brasil de forma 100% online pela Veni Creator Christian University desenvolva sua pesquisa intitulada ATENDIMENTO A PESSOAS COM HIV NO SUS: ANÁLISE DO ACOLHIMENTO CONFORME LEIS 8080 E 12.984, a qual está sob a orientação (nome completo do professor/a orientador/a)

Ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão utilizados no referido estudo, concordo em fornecer todos os subsídios para seu desenvolvimento, desde que seja assegurado o que se segue:

- 1) O cumprimento das determinações éticas da Resolução CNS no 466/2012, quando for necessário para realização da pesquisa;
- 2) A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- 3) Que não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação nessa pesquisa;
- 4) No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Cidade, Estado, _____ de _____, de 202X.

Assinatura do responsável pela instituição
Dados profissionais e contato



286.405.978-98

Assinatura do pesquisador (CPF)

ANEXO B – Termo de autorização de uso de imagem institucional

Instituição _____ Rua _____, Cidade, Estado.

Eu, na função de Gestor(a)/Diretor/Presidente da Instituição _____(nome completo da Instituição) , situada à Rua _____ (descrever o endereço completo), AUTORIZO o uso da imagem da referida instituição (ou especificar um setor/departamento) para fins exclusivamente da pesquisa, dessa forma o pesquisador (a) _____(nome completo) está autorizado a utilizar imagens da instituição (ou especificar um setor/departamento) supra citada em seu trabalho de Dissertação/Tese que tem como título: _____ e está sob a orientação do professora Dr. _____.

A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem acima mencionada em todo território nacional e no exterior, desde que não haja desvirtuamento da sua finalidade. Por esta ser a expressão da minha vontade, declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à imagem.

Cidade, Estado, _____ de _____, de 202X.

Assinatura do(a) gestor(a) responsável
Nome Completo, dados profissionais e contato

ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da Pesquisa: ATENDIMENTO A PESSOAS COM HIV NO SUS: ANÁLISE DO ACOLHIMENTO CONFORME LEIS 8080 E 12.984

Pesquisadores Responsáveis: Anderson Scherer e do(a) Orientador(a) Shslayder Lira Dos Santos

Convidamos você a participar da pesquisa: ATENDIMENTO A PESSOAS COM HIV NO SUS: ANÁLISE DO ACOLHIMENTO CONFORME LEIS 8080 E 12.984. O objetivo desta pesquisa é compreender as percepções das pessoas que vivem com HIV/AIDS no Brasil sobre o acolhimento dado pelos profissionais do SUS (Sistema Único de Saúde) em acordo com os princípios da Lei no 8080, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e a Lei no 12.984, de 2 de junho de 2014, que define o crime de discriminação as pessoas que vivem com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de aids. Caso você aceite participar voluntariamente desta pesquisa será necessário responder a um questionário, na plataforma do *Google Forms*, com um tempo estimado de 1 minuto.

Os riscos desta pesquisa são: embaraço ao responder à questão sobre ser sexualmente ativo; tomar o tempo do sujeito ao responder ao questionário e responder a questões sensíveis, tais como idade e nível de escolaridade. É importante ressaltar que os riscos serão minimizados através de providências como: não coleta de dados pessoais, por exemplo - nome, visto que este tipo de informação não interfere na pesquisa no geral. Espera-se que de sua participação da pesquisa: seja possível conseguir dados aptos a contribuir para elaboração de políticas públicas eficientes no combate contra de discriminação as pessoas que vivem com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de aids.

Em qualquer momento, se você sofrer algum dano direto/indireto comprovadamente decorrente desta pesquisa, você tem o direito a assistência integral gratuita devido a danos diretos/indiretos e imediatos/tardios, pelo tempo que for necessário ao participante da pesquisa, conforme a Resolução CNS no 466 de 2012, itens II.3.1 e II.3.2. Deixa-se claro que o pesquisador não irá onerar os planos de saúde, o SUS, ou o próprio participante da pesquisa.

Consentimento livre e esclarecido:

Declaro que compreendi os objetivos e procedimentos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos, e concordo em participar voluntariamente da pesquisa. Será considerado seu aceite a partir da confirmação no formulário.



Pesquisador(a) Responsável: Anderson Scherer

Contato com a Pesquisadora responsável:

Endereço:

Telefone: 11 996730157

e-mail: prof.andersonscherer@gmail.com

ATENDIMENTO A PESSOAS COM HIV NO SUS: ANÁLISE DO ACOLHIMENTO CONFORME LEIS 8080 E 12.984

O objetivo desta pesquisa é compreender as percepções das pessoas que vivem com HIV/AIDS no Brasil sobre o acolhimento dado pelos profissionais do SUS (Sistema Único de Saúde) em acordo com os princípios da Lei nº 8080, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e a Lei nº 12.984, de 2 de junho de 2014, que define o crime de discriminação aos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de aids. Caso você aceite participar voluntariamente desta pesquisa será necessário responder a um questionário, na plataforma do Google Forms, com um tempo estimado de 1 minuto.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE:

https://drive.google.com/file/d/1zfxB9pGGietldLeeaCGqUw029YiWpJ_/view?usp=drive_link

prof.andersonscherer@gmail.com [Alternar conta](#)

🔒 Não compartilhado

* Indica uma pergunta obrigatória

Declaro que aceito participar da pesquisa e li e compreendi o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE *

Sim ▾

ANEXO D - Declaração de inexistência de plágio ou autoplágio

Eu Anderson Scherer, declaro para os devidos fins que esse trabalho de Dissertação que tem como título **ATENDIMENTO A PESSOAS COM HIV NO SUS: ANÁLISE DO ACOLHIMENTO CONFORME LEIS 8080 E 12.984** não constitui plágio ou autoplágio, total ou parcial, tal como definidos pela legislação de direitos autorais em vigor no Brasil, Lei 9.610, de 19 de fevereiro de 1998.

Declaro, ainda, estar ciente da possibilidade de reprovação do estudo citado, da aplicação de sanções administrativas e judiciais, caso seja constatado qualquer forma de plágio ou autoplágio.

Cidade, Estado, _____ / _____ / _____



Assinatura do Pesquisador (discente VCCU)

CPF: 286.405.978-98