

RONNIE CASTRO MAIA

**ACESSO DOS PACIENTES COM HIV/AIDS AO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE:
ENTRAVES ENCONTRADOS E SUPERAÇÃO**

**Montes Claros/MG
2011**

RONNIE CASTRO MAIA

**ACESSO DOS PACIENTES COM HIV/AIDS AO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE:
ENTRAVES ENCONTRADOS E SUPERAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Daniele Falci de Oliveira

**Montes Claros/MG
2011**

RONNIE CASTRO MAIA

**ACESSO DOS PACIENTES COM HIV/AIDS AO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE:
ENTRAVES ENCONTRADOS E SUPERAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção Certificado de Especialista.

Orientadora: Daniele Falci de Oliveira

Banca examinadora

Prof.^a Daniele Falci de Oliveira

Prof. Kleber Rangel Silva

Aprovada em Belo Horizonte ___/___/ 2011.

A meus pais, Raimundo e Marisa,
sempre presentes em todas as
escolhas da minha vida.

Agradeço a Deus, por me permitir a existência, e à minha orientadora, Daniele Fanci de Oliveira, pela paciência e estímulo na realização deste estudo.

“Agradeço todas as dificuldades que enfrentei; não fosse por elas, eu não teria saído do lugar. As facilidades nos impedem de caminhar.”

Chico Xavier

Resumo

No Brasil, a reorganização da Atenção Básica se dá através da Estratégia Saúde da Família, porta de entrada ao Sistema Único de Saúde (SUS). Uma das prioridades da estratégia é facilitar o acesso ao sistema de saúde, entretanto, é relatado na literatura existirem dificuldades em relação ao mesmo, principalmente entre usuários portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Este trabalho procura analisar a produção de conhecimento sobre as barreiras que os pacientes com HIV/AIDS encontram ao acesso ao serviço de saúde a fim de contribuir para melhoria das práticas na Estratégia Saúde da Família. Para a confecção deste trabalho procedeu-se uma revisão bibliográfica narrativa, sendo selecionados 19 artigos nacionais, publicados em língua portuguesa, cuja bibliografia consultada foi obtida através de busca nos bancos de dados disponíveis na internet: LILACS, MEDLINE, SciELO da BIREME e Revistas Científicas Publicadas na Internet. Apesar dos esforços para ampliação da cobertura assistencial pelo SUS, quando se tratam de Doenças Sexualmente Transmissíveis os pacientes encontram dificuldade de acesso à consulta e tratamento. O sucesso na atenção a pacientes com HIV/AIDS depende de um atendimento altamente individualizado, da facilitação do acesso dos pacientes soropositivos e da identificação das barreiras que impedem a adesão e permanência nos serviços. Preconceito, medo do contágio, risco ocupacional, falta de preparo profissional e o medo do paciente da quebra do sigilo ético são fatores que interferem no atendimento a esses pacientes, prejudicando seu correto acompanhamento. A Estratégia Saúde da Família deve agir articulando os serviços de assistência especializada (referência e contra-referência) permitindo prestar uma atenção com integralidade e facilitando o acesso às populações mais vulneráveis.

Palavras Chave: AIDS; Estratégia Saúde da Família; acesso.

Abstract

In Brazil, the reorganization of primary care is through the Family Health Strategy, gateway to the National Health System (SUS). One of the priorities of the strategy is to facilitate access to health services, however, is reported in the literature there are difficulties in relation to it, especially among users carrying the Human Immunodeficiency Virus (HIV). This paper seeks to analyze the production of knowledge about the barriers that patients with HIV / AIDS are access to health services in order to contribute to improving practice in the Family Health Strategy. For the preparation of this work we carried out a narrative literature review, and selected 19 national articles published in Portuguese, whose bibliography was obtained by searching the databases available on the Internet: LILACS, MEDLINE, SciELO, BIREME, and Scientific Journals published on the Internet. Despite efforts to expand health care coverage by SUS, when it comes to sexually transmitted diseases, patients have difficulty in accessing advice and treatment. The success in caring for patients with HIV / AIDS depends on a highly individualized service, facilitating the access of patients with AIDS and the identification of barriers to adherence and retention in services. Prejudice, fear of contagion, occupational risk, lack of professional preparation and the patient's fear of breach of confidentiality are factors involved in the care of these patients, impairing their proper monitoring. The Family Health Strategy must act articulating the services of expert assistance (reference and counter reference) provide an enabling and facilitating attention with full access to the most vulnerable.

Keywords: AIDS; Family Health Strategy; access.

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

- ACS – Agentes Comunitários de Saúde
- AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- AZT – Zidovudina
- BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
- CNAIDS – Comissão Nacional de DST e AIDS
- COPASA – Companhia de Saneamento de Minas Gerais
- CRAS – Centro de Referência da Assistência Social
- DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
- ESF – Estratégia Saúde da Família
- GRAPPA – Grupo de Apoio à Prevenção e aos Portadores da AIDS
- HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
- LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
- MEDLINE Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica
- MS – Ministério da Saúde
- ONG – Organização Não-Governamental
- PACS – Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
- PN-DST/AIDS – Programa Nacional de DST/AIDS
- PSF – Programa Saúde da Família
- SAE – Serviços Ambulatoriais Especializados
- SCIELO – Scientific Electronic Library Online
- SRS – Superintendência Regional de Saúde
- SUS – Sistema Único de Saúde
- UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
- USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
1.1 Justificativa.....	11
1.2 Objetivos	
1.2.1 Objetivo geral.....	12
1.2.2 Objetivos específicos.....	13
1.3 Metodologia.....	13
2. O SISTEMA ÚNICO DE SAUDE NO MUNICÍPIO DE JURAMENTO/MG	
2.1 Cenário histórico, demográfico e econômico da cidade de Juramento/MG.....	14
2.2 Estratégia Saúde da Família em Juramento/MG.....	16
2.3 Atendimento ao paciente com HIV em Juramento/MG.....	18
3. REVISÃO DA LITERATURA	
3.1 O Programa Nacional de DST/AIDS.....	21
3.2 Acesso à atenção básica pelo paciente HIV/AIDS.....	26
4. DISCUSSÃO	33
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, a reorganização dos serviços de saúde se dá por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), que se encontra em fase de construção e estruturação. O SUS passa por uma série de desafios e dilemas que devem ser superados para seu efetivo funcionamento, conforme princípios e diretrizes estabelecidos. Mesmo com a influência de diferentes momentos históricos, políticos e econômicos do país, muitos avanços foram conquistados, sendo que este trajeto foi moldado por grandes lutas político-ideológicas. Implementado em 1986, através da 8ª Conferência Nacional de Saúde, várias normas foram elaboradas para organizar seu funcionamento (ARAÚJO & LEITÃO, 2005).

Entre os desafios que o SUS enfrenta, as desigualdades e dificuldades de acesso são alguns dos principais problemas enfrentados pelo poder público. No Brasil, há grandes diferenças nas taxas de utilização dos serviços de saúde, com marcantes desigualdades de acesso que refletem as desigualdades sociais (ARAÚJO & LEITÃO, 2005).

O Programa de Saúde da Família (PSF) é porta de acesso do indivíduo ao SUS. Atualmente é denominado Estratégia Saúde da Família por ser a estratégia prioritária para organização da atenção básica (BRASIL, 2006). Para o Ministério da Saúde, o fortalecimento da atenção básica se dá com a ampliação do acesso e a reorientação de práticas de saúde que se baseiam na promoção da saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde, a atenção básica compreende “um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação” (BRASIL, 2001a, p. 5). A Unidade de Saúde da Família está inserida nesse primeiro nível, estando vinculada a uma rede de serviços hierarquizada que visa garantir assistência integral aos indivíduos e familiares. Os pacientes devem ser referenciados aos níveis superiores de complexidade tecnológica somente quando os problemas identificados demandam resolução acima do domínio da atenção básica (BRASIL, 2001a).

O autor deste estudo é cirurgião-dentista, está inserido no Programa Saúde da Família de 2008 até os dias atuais, sendo que faz parte da equipe do PSF “Saúde Para Todos”, de Juramento/MG, desde outubro de 2009. São, portanto, quase quatro anos de inserção na atenção básica, em que o autor sempre buscou realizar ações individuais e/ou coletivas baseadas na integralidade da atenção, na promoção da saúde e prevenção de doenças.

O autor identificou em sua prática diária que os pacientes portadores de HIV/AIDS apresentam dificuldades em relação ao acesso ao serviço de saúde, cujas causas relacionam-se a falta de preparo do profissional de saúde com relação à doença, preconceito, medo e até mesmo vergonha do paciente em relatar seu estado de soropositividade.

Mediante esse cenário, manifesta-se o interesse em concretizar este estudo, que possui a seguinte questão norteadora: *como a produção do conhecimento sobre os principais desafios ao atendimento dos pacientes com HIV/AIDS no Brasil pode contribuir para a organização da assistência na Estratégia Saúde da Família?*

1.1. Justificativa

Desde a identificação do vírus da imunodeficiência humana (HIV), a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) se tornou mundialmente um dos grandes problemas de saúde pública. O Ministério da Saúde informa que atualmente há queda na incidência de AIDS em crianças menores de cinco anos (redução da transmissão vertical). Mas, com relação aos jovens, apesar de terem conhecimento com relação à prevenção da doença, há uma tendência de crescimento do HIV. É contabilizado, de 1980 a 2010, 592.914 casos registrados da doença (Ministério da Saúde, 2010).

De acordo com Pires *et al* (2008), o aumento da sobrevida dos pacientes HIV/AIDS coincide com a introdução da terapia antiretroviral a partir de 1995. Este aumento da sobrevida nos últimos anos, além de considerável aumento da qualidade de vida foi possível não só pela introdução de novos medicamentos,

mas também pela introdução, no Sistema Único de Saúde (SUS) de programas e estratégias voltadas para este tipo de paciente. Silva *et al* (2010) e Nemes *et al* (2004) chamaram este fenômeno de cronificação da doença.

Marques (2002), em um estudo que analisou cronologicamente o desenvolvimento das políticas de atenção aos pacientes HIV/AIDS, revelou que esta evolução configurou-se por diferentes estágios e com grandes dificuldades e limites, estabelecendo uma política cuja característica principal é a participação ativa da sociedade. Segundo ele, nas duas últimas décadas, diversos campos do conhecimento submergiram na pesquisa sobre o HIV/AIDS, favorecendo a criação de bases teóricas para o entendimento da epidemia em suas dimensões sociais, antropológicas, biológicas e psicológicas, entre outras.

As políticas para controle da AIDS no Brasil buscam garantir assistência especializada aos portadores do HIV mediante políticas conhecidas como de *acesso universal* (OLIVEIRA, 2009).

No entanto, os pacientes HIV encontram dificuldades no acesso ao serviço de saúde. Segundo Acurcio & Guimarães (1996), acesso pode ser definido como “a capacidade do paciente obter, quando necessitar, cuidado de saúde, de maneira fácil e conveniente”.

Barreiras existentes ao acesso a serviços e ações de saúde para estes pacientes podem perturbar o andamento correto do tratamento e ocasionar conseqüências indesejáveis. Essas dificuldades levam a uma demora no diagnóstico da doença, a piora do estado de saúde do paciente HIV e diminuição da qualidade de vida.

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo Geral

- Analisar a produção de conhecimento sobre as barreiras que os pacientes com HIV/AIDS encontram ao acesso ao serviço de saúde a fim de contribuir para melhoria das práticas na Estratégia Saúde da Família.

1.2.1. Objetivos Específicos

- Explicitar o quadro atual da AIDS no Brasil;
- Esclarecer a respeito do Programa Nacional de DST/AIDS.
- Elucidar como é realizado o atendimento a pacientes HIV/AIDS no município de Juramento – Minas Gerais.

1.3. Metodologia

Para a confecção deste trabalho procedeu-se uma revisão bibliográfica narrativa, realizada a partir de artigos que trouxessem respostas a seguinte questão: *quais são os principais desafios ao atendimento dos pacientes com HIV/AIDS no Brasil e quais têm sido as formas de enfrentamento deste problema?*

Foram selecionados 19 artigos nacionais, publicados em língua portuguesa, cuja bibliografia consultada foi obtida através de busca nos bancos de dados disponíveis na internet: LILACS, MEDLINE, SciELO da BIREME e Revistas Científicas Publicadas na Internet.

Os termos de busca utilizados na busca foram: HIV; AIDS; acesso; atendimento; prevenção; atenção primária; Programa Saúde da Família. Os critérios adotados para seleção dos artigos foram: artigos que tratam da atenção primária, no contexto da saúde pública e que descrevem o atendimento ao paciente HIV no Brasil. Os artigos selecionados estavam disponíveis na íntegra e na língua dos termos de busca usados para o levantamento de dados. O trabalho teve como critério de exclusão: artigos que tratam da atenção ao paciente HIV/AIDS com foco exclusivo na atenção secundária.

O estudo da literatura se deu de forma exploratória, seguida de uma leitura seletiva e analítica, identificando os artigos que falam de forma objetiva sobre o tema, hierarquizando-as e sintetizando-as, levando em consideração os aspectos mais explorados pelos autores selecionados com a relação ao acesso do paciente com HIV/AIDS ao serviço público de saúde.

As vivências do autor na Equipe de Saúde da Família também contribuíram com esta revisão, sendo apresentado como é o atendimento aos pacientes HIV/AIDS no município de Juramento/MG.

2. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE JURAMENTO/MG

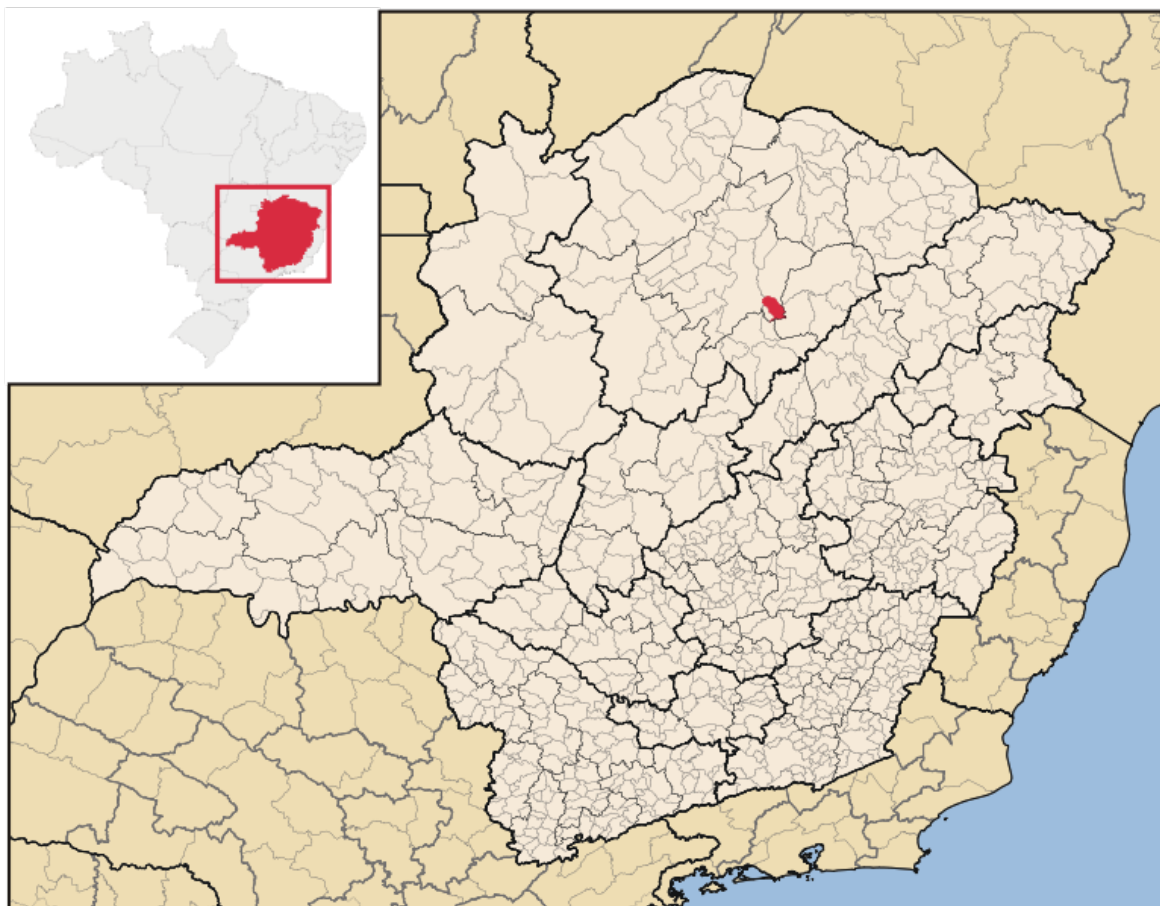
2.1 Cenário histórico, demográfico e econômico da cidade de Juramento/MG

A região onde se localiza o município foi percorrida principalmente pelas bandeiras paulistas. A caminho da serra de Itacambira, a bandeira de Fernão Dias Paes Leme, integrada por seus filhos Garcia Rodrigues e José Dias e seu genro Borba Gato, parou às margens de um pequeno córrego, afluente do rio Verde Grande, em 1º de julho de 1673, e permaneceu por dois anos. Devido à boa qualidade e fertilidade das terras, os bandeirantes fundaram um pequeno arraial. Em 1675, Fernão Dias seguiu para Itacambira com 100 homens, e o povoado ficara esquecido. Somente em 1899, uma família de sertanistas baianos verificou o valor das terras utilizáveis para cultura e pastagem. Eram o Coronel Manoel Batista de Souza e seu irmão, Joaquim Batista de Souza, que ali se fixaram e introduziram o cultivo de milho, feijão, mandioca e cana-de-açúcar. Estes sertanistas prosperaram, contribuindo para o povoamento e desenvolvimento do território (IBGE, 2010).

José Dias pretendia formar outra bandeira, foi então que Fernão Dias, descobrindo o movimento, exigiu um "juramento de fidelidade" da Bandeira: aquele que desobedecesse seria enforcado. Esse juramento foi feito às margens do córrego que banhava o povoado, originando assim o nome do córrego e mais tarde, do povoado (IBGE, 2010).

No ano de 1911, pela Lei estadual nº 556, de 30-08-1911, Juramento se tornou um distrito de Montes Claros, situado há 36 km. Mais tarde, pela Lei Estadual nº 1039, de 12-12-1953, Juramento é desmembrado de Montes Claros, sendo elevada à categoria de município. Pela Lei nº 2764, de 30-12-1962, é criado o distrito de Glaucilândia e anexado ao município de Juramento. Em 1963 o município de Juramento é constituído por dois distritos: Juramento e Glaucilândia, assim permanecendo até o ano de 1993. Pela Lei Estadual nº 12030, de 21-12-1995, desmembra do município de Juramento o distrito de Glaucilândia, que é elevado à categoria de município. A partir de 2001, Juramento volta a ser constituído do distrito sede (IBGE, 2010).

Localização geográfica do município de Juramento/MG.



Fonte: (IBGE, 2010).

Juramento conta com uma área territorial de 431.629 Km². Sua população em 2010 era de 4.113, sendo que sua densidade demográfica era 9,53 hab/Km². Situa-se a 36 km de Montes Claros, sendo seus principais rios o Verde Grande, o Juramento e o Saracura, que pertencem geograficamente à Bacia do rio São Francisco. O indivíduo que nasce em Juramento é chamado Juramentense (IBGE, 2010).

A principal fonte de renda da população é a agropecuária e os serviços. Na agricultura destaca-se o cultivo de hortaliças, cereais e frutas. É marcante a presença da agricultura de subsistência. Na pecuária a criação de gado de leite, de corte e suínos. Juramento não conta com o setor industrial desenvolvido. Outra fonte de renda importante é o turismo, sendo que possui um balneário no rio Juramento que corta a cidade, com intensa movimentação de turistas aos finais de semana e no tradicional carnaval da cidade.

2.2 Estratégia Saúde da Família em Juramento/MG

O Sistema Único de Saúde de Juramento funciona através de duas Unidades de Saúde da Família e o Hospital João de Deus Dias Maia. Este hospital, na verdade, funciona como uma unidade de apoio e não como hospital, mas conta com um médico plantonista. É feito atendimento de algumas especialidades médicas (neurologia, psiquiatria, ginecologia, cardiologia e pediatria), além de psicólogo e fisioterapeuta. Os pacientes são sempre atendidos primeiramente pela equipe do PSF, para somente então, caso haja necessidade, serem encaminhados para o atendimento por algum dos profissionais citados.

A referência para as especialidades citadas seria Montes Claros, mas Juramento conta com esses profissionais, o que facilita bastante para a população, principalmente pela dificuldade de transporte. Para outras especialidades o atendimento é feito em Montes Claros. Nos atendimentos de urgência e/ou emergência graves, é feito um primeiro atendimento, mas depois os pacientes são encaminhados para hospitais de Montes Claros.

Das duas Equipes de Saúde da Família de Juramento, uma atende a zona rural, sendo vinculada à Unidade de Saúde da Família de Pau D'Óleo. A outra equipe é situada na zona urbana.

Pau D'Óleo é uma comunidade situada a 15 quilômetros de Juramento. A área de atuação da equipe é grande, sendo que abrange quase todas as comunidades. São atendidas 538 famílias, 2010 pessoas. A equipe do PSF Pau D'Óleo é composta por: 1 médica; 1 enfermeira; 1 dentista; 1 técnica em saúde bucal; 2 técnicas em enfermagem e 3 agentes comunitários de saúde. No entanto, há agentes de saúde nas outras comunidades, e algumas têm sua própria Unidade de Saúde vinculada ao PACS (Programa dos Agentes Comunitários de Saúde), onde o médico, a enfermeira e o dentista da equipe de Pau D'Óleo visitam regularmente e prestam assistência e atendimento. As comunidades que possuem agentes comunitários de saúde e o respectivo número de agentes são as seguintes: Santana do Mundo Novo (3); Campo Grande (1); Saracura (1);

Santa Cruz (2); Pau D'Óleo (3); Morro do Girau (1); Cava do Curral (1); Venda Nova (1) e Comunidade de Pau Preto (1).

A equipe de saúde da zona urbana é vinculada à Unidade de Saúde da Família “Saúde Para Todos”, localizada na região central do município. O número total de famílias atendidas é 675 e o número de pessoas atendidas é 2243. A equipe é composta por: 1 médica; 1 enfermeira; 2 dentistas (sendo que um deles é o autor deste estudo); 2 técnicas em saúde bucal; 2 técnicas em enfermagem e 4 agentes comunitários de saúde.

Mensalmente ocorre uma reunião com a equipe para coleta de dados para o SIAB. Nessa reunião, é feita também a avaliação das ações realizadas no último mês e o planejamento das ações para o próximo mês. Todo o planejamento é discutido entre os membros da equipe.

A equipe do PSF “Saúde Para Todos” é uma equipe muito dinâmica e criativa. Pelo menos uma vez por semana acontecem reuniões de grupos na unidade. Existem reuniões de Planejamento Familiar, gestantes, diabéticos, hipertensos e com adolescentes. A participação de todos da equipe é uma característica marcante e na maioria das vezes, dinâmicas de grupo são incluídas na programação das reuniões, aumentando consideravelmente a aceitação dos usuários.

A população adscrita ao PSF “Saúde Para Todos” é formada principalmente pelos moradores mais antigos de Juramento. As principais fontes de renda são a agropecuária e os serviços, mas também possui um significativo número de desempregados. As casas contam com rede de esgoto, e algumas poucas ainda possuem fossas. É feita coleta de lixo regular pela prefeitura. A fonte de água principal é a COPASA (Companhia de Saneamento de Minas Gerais), no entanto, é grande o número de cisternas, com pessoas que utilizam da água das mesmas para diversos fins. No território há duas escolas, uma estadual e outra municipal, que atendem à demanda dos escolares do território e de outras comunidades, além de uma creche. O CRAS (Centro de Referência da Assistência Social) promove ações culturais na comunidade, sendo que são oferecidas aulas de

dança, teatro e artesanato, tendo como adeptos principalmente os idosos da comunidade. Há também uma igreja evangélica e outra católica. A associação de moradores é organizada, possuindo um presidente que sempre é convidado a participar de reuniões na prefeitura.

A equipe do PSF “Saúde Para Todos” frequentemente promovem ações nas escolas, que possuem alunos de várias faixas etárias, principalmente levando conhecimento aos alunos com relação à saúde geral e DST/AIDS.

2.3. Atendimento ao paciente HIV em Juramento/MG

Juramento é uma cidade pequena (4113 habitantes – IBGE, 2010), sendo assim, o número de pacientes sabidamente HIV positivo é proporcionalmente baixo. Há, atualmente, apenas dois pacientes diagnosticados com a doença. Na unidade de saúde da família “Saúde Para Todos”, esses pacientes HIV são acolhidos e têm seu acompanhamento realizado pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), que faz a visita em sua residência, fazendo orientações. A enfermeira e a médica do PSF também visitam regularmente as residências desses pacientes. Além do atendimento de rotina na unidade de saúde, estes pacientes contam também com acompanhamento psicológico no Hospital Municipal João de Deus Dias Maia, em Juramento, através de consulta semanal com um Psicólogo.

Um destes pacientes morava em outra cidade, e quando se mudou para Juramento, compareceu ao Hospital Municipal já portando um encaminhamento feito pelo médico de sua cidade natal, aonde constava a data de diagnóstico e situação de saúde geral do paciente, e um relatório da Superintendência Regional de Saúde (SRS) daquela cidade, informando os medicamentos que o paciente fazia uso, para dar continuidade ao tratamento. Já o outro paciente descobriu ser HIV positivo em exames de rotina. A princípio, o paciente relutou em receber acompanhamento na Unidade de Saúde, provavelmente com medo do preconceito, mas após acompanhamento psicológico e visitas domiciliares do ACS e enfermeira, o paciente concordou em fazer este acompanhamento de rotina.

Na área da prevenção de DST, a equipe de saúde da família “Saúde Para Todos” promove palestras com o tema AIDS e sexualidade, tanto na unidade quanto nas escolas municipais e estaduais existentes, principalmente para os adolescentes, no intuito de esclarecer a respeito da prevenção da AIDS e outras DST e gravidez na adolescência. A distribuição de preservativos é contínua na unidade, sendo que por vezes acontecem ações globais de saúde no município, sempre existindo uma equipe de pessoas escolhidas para dar orientações a respeito das DST e distribuir camisinhas. Também nas reuniões de Planejamento Familiar realizadas duas vezes por mês na unidade, são sempre enfatizados esses temas.

No entanto, os profissionais da USF não têm um treinamento exclusivo para atendimento ao paciente HIV/AIDS. Apenas orientações são feitas aos Agentes Comunitários pela enfermeira responsável, cujo conhecimento a respeito do atendimento a esses pacientes foi adquirido em sua graduação como enfermeira. Não há um controle odontológico para esses pacientes, sendo que o dentista da unidade desconhece quem são os pacientes HIV/AIDS de Juramento.

No caso de diagnóstico positivo para o HIV, a conduta no município é fazer a notificação junto à SRS de Montes Claros/MG, regional que abrange a Juramento. A SRS encaminha o paciente para o Hospital Universitário Clemente de Faria, em Montes Claros, referência para o tratamento especializado de pessoas com doenças sexualmente transmissíveis/AIDS, onde será feito o seu acompanhamento através de consultas e exames complementares periódicos, como a testagem da carga viral sanguínea. Os antirretrovirais são fornecidos ao paciente pela própria SRS, ou seja, o paciente deve ir a Montes Claros, na sede da SRS, buscar os medicamentos. Não há relatos de falta de medicamentos, sendo que estes estão sempre disponíveis quando o paciente necessita.

O Hospital Universitário Clemente de Faria é um Hospital-ensino, com esfera administrativa estadual (Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES), mas de gestão municipal. O hospital é a referência de toda a região neste tipo de atendimento, sendo que é oferecido o diagnóstico, tratamento, capacitação técnica, testagem e aconselhamento, sendo reservados

para pacientes HIV/AIDS oito leitos, mantidos com recursos do SUS. Quando um dos pacientes HIV de Juramento necessita ser atendido neste hospital a secretaria de saúde disponibiliza o transporte de ida e volta, facilitando assim o acompanhamento deste paciente.

Há também, em Montes Claros, o Grupo de Apoio à Prevenção e aos Portadores da AIDS (GRAPPA). É uma organização civil, filantrópica, reconhecida como utilidade pública municipal e estadual, fundada em 1992. É uma importante entidade que atende atualmente 529 pessoas (crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos) vivendo e convivendo com o HIV/AIDS. É a única instituição no gênero prestando atendimento na região norte do estado de Minas Gerais. De acordo com o representante, a instituição tem como missão encaminhar, promover, aprender, ensinar e executar trabalhos em benefício dos portadores do HIV na comunidade e região, com foco na prevenção e educação em HIV/AIDS. Diversos serviços são oferecidos ao paciente HIV positivo, como visitas domiciliares e hospitalares, aconchego, alimentação, aula de artes para crianças e adolescentes e alfabetização para adultos. Vários são os projetos desenvolvidos, que visam abranger mulheres, homens, homossexuais, crianças, além de cursos de bijuteria, acolhimento e humanização, oratória, oficinas de reciclagem e teatro.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1. O Programa Nacional de DST/AIDS

Em 1982, foi notificado o primeiro caso de AIDS no Brasil, época em que o mundo ainda não conhecia bem a doença, e esta era considerada o “câncer gay”, ou “peste gay”. Mas descobriu-se no final da década de 1980 que já houvera um caso na cidade de São Paulo. Em maio de 1985, foi criado o Programa Nacional de DST/AIDS (PN-DST/AIDS), através da portaria 236 (AGÊNCIA SAÚDE, 2009).

Uma Assembléia Geral das Nações Unidas para o HIV e AIDS recomendou que o enfrentamento da doença devesse ser abrangente e inclusivo, com atividades de prevenção, assistência, promoção dos direitos humanos e participação ativa das pessoas soropositivas, mas o programa brasileiro já trabalhava com estas vertentes, sendo que o pioneirismo do PN-DST/AIDS serviu de exemplo para vários países (AGÊNCIA SAÚDE, 2009).

O Brasil adota uma nova constituição federal declarando a “saúde como um direito humano básico”, exigindo que o governo forneça serviços de saúde gratuitos. Assim sendo, em 1986, foi instituída a Comissão Nacional de DST e Aids (CNAIDS), com participação ativa da sociedade. Em 1987 surgiu o AZT (Zidovudina), primeira medicação contra a progressão da AIDS. Em 1991 o medicamento começou a ser produzido no Brasil e começou a ser distribuído pelo Sistema Único de Saúde sem caráter universal. Apenas São Paulo e alguns outros estados forneciam gratuitamente o medicamento. Mas no ano de 1996, é aprovada uma lei de autoria do Senador José Sarney que garante acesso aos medicamentos anti-retrovirais pelo SUS para todas as pessoas acometidas pela doença. Nesse mesmo ano, o Brasil adota a terapia combinada, conhecida como “coquetel”, e a partir de então a mortalidade pela AIDS cai drasticamente. O Brasil tornou-se o primeiro país em desenvolvimento a fornecer tratamento universal e gratuito da AIDS (AGÊNCIA SAÚDE, 2009).

A partir de 1996, o programa reúne periodicamente especialistas no tratamento da doença, estabelecendo parâmetros para o tratamento e acompanhamento dos doentes. Em 1997, com a produção nacional de antirretrovirais, o preço dos medicamentos importados começa a cair, chegando, em 2002, a reduções de até 83% (AGÊNCIA SAÚDE, 2009).

O Brasil defendeu o acesso universal na Conferência Mundial de AIDS, realizada em Genebra, em 1998, quando o Ministério da Saúde apresentou a tese que o acesso universal aos antirretrovirais é um direito humano a partir dos resultados positivos adquiridos com a política nacional. Em 1999, gestantes começam a fazer testes sorológicos rápidos complementares ao pré-natal (AGÊNCIA SAÚDE, 2009).

No ano 2000, em Durban (África do Sul), o PN-DST/AIDS marcou posição junto a países em desenvolvimento na defesa da produção de medicamentos genéricos para a AIDS, movimento este que provocou um debate mundial sobre a quebra das patentes e do abuso dos preços praticados pela indústria farmacêutica. Esses medicamentos, caros e importados, consumiam uma fatia cada vez maior do orçamento nacional para o combate à AIDS. No ano seguinte o Brasil foi premiado pela UNESCO na categoria “Direitos Humanos e Cultura de Paz”, como reconhecimento pelo Programa (AGÊNCIA SAÚDE, 2009).

Em 2001, o então ministro da saúde, José Serra pediu licenciamento compulsório da patente do Nelfinavir (fabricado pela Roche), mas o processo foi interrompido, pois a Roche aceitou reduzir o preço do medicamento em 40%. Em dezembro de 2003, o ministro Humberto Costa anunciou que poderia iniciar a produção de Nelfinavir no país. O ministro esclareceu que esperava negociar com a Roche, mas se necessário seria decretado o licenciamento compulsório. Em 2004 o Ministério da Saúde conseguiu reduzir o preço de cinco medicamentos: Nelfinavir, Lopinavir, Efavirenz, Tenofovir e Atazanavir, o que representou uma queda de 37% no montante pago por estes medicamentos (AGÊNCIA SAÚDE, 2009).

Em meados de 2001, todos os estados e várias cidades tinham seu próprio programa de combate à AIDS, financiados geralmente por recursos locais. Mas o

PN-DST/AIDS fornecia assistência técnica e financeira para as cidades e financiava projetos de ONGs diretamente de Brasília. Os líderes do programa decidiram então empregar o princípio da descentralização do SUS e migrar o controle financeiro e administrativo para as secretarias estaduais e municipais, pois segundo o diretor do programa no ano, era necessário um maior controle em nível local (BRASIL, 2011).

Entre 2001 e 2003 o processo de planejamento da descentralização consistia em oficinas e reuniões com interessados, acadêmicos, líderes de ONGs e autoridades governamentais dos diversos níveis. A partir de 2004 a política de descentralização foi implantada, com três objetivos principais: transferir a responsabilidade pelo financiamento e monitoria dos projetos, das ONGs para os estados; melhorar a integração dos programas HIV/AIDS no SUS em todos os níveis e construir a capacidade local do programa e promover a comunicação entre os governos locais e as ONGs (BRASIL, 2011).

O PN-DST/AIDS transferiu cerca de 10% do orçamento para os 26 estados, o Distrito Federal e 480 municípios. Esses municípios representavam 60% da população e 90% dos casos de AIDS registrados. Os recursos foram alocados com base na prevalência da AIDS local, taxa de crescimento da epidemia e força do programa. Cada estado e cidade ficaram com a responsabilidade de destinar a mesma quantia recebida com recursos próprios, mas os investimentos locais variaram (BRASIL, 2011).

Em 2003, foi criada uma unidade para monitoramento e avaliação utilizando recursos do Banco Mundial, o MONITORAIDS, em conjunto com o Ministério da Saúde, parceiros técnicos americanos e o Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Esse sistema reuniu dados dos sistemas de informações do MS, de pesquisas epidemiológicas e estudos específicos, com objetivo de fornecer informações para as políticas do programa e sua implantação. O MONITORAIDS representou um avanço na avaliação e aprimoramento das políticas, afetando positivamente as decisões de como usar os recursos da maneira mais eficaz para ofertar serviços de prevenção e tratamento (BRASIL, 2011).

Em junho de 2005, o então presidente da república, Luiz Inácio Lula da Silva e o Ministro da Saúde, Humberto Costa, assinaram a declaração de interesse público do anti-retroviral Kaletra (Lopinavir + Ritonavir), do laboratório Abbott. Um mês depois, foi comunicada a conclusão de negociação com a Abbott, que garantiu redução no preço do medicamento por seis anos, acesso à nova formulação do Kaletra (conhecida como Meltrex) e transferência de tecnologia da formulação Lopinavir + Ritonavir. A cápsula de Kaletra foi reduzida de US\$ 1,17 para US\$ 0,63, o que resultou em uma economia de US\$ 339,5 milhões entre 2006 e 2011 (AGÊNCIA SAÚDE, 2009).

A indústria farmacêutica multinacional, amparada pela legislação internacional sobre patentes, pratica preços abusivos para novas drogas, incluindo-se aí os anti-retrovirais. O Brasil tem enfrentado muita pressão, mas a produção de genéricos é uma arma importante do governo brasileiro na negociação com a indústria farmacêutica (AGÊNCIA SAÚDE, 2009).

Entre 2004 e 2009 o programa continuou com a implantação do processo de descentralização, chamada de “política de incentivos”, pois com base nos resultados alcançados pelos programas estaduais e municipais através do investimento dos recursos federais, bônus em dinheiro eram repassados (BRASIL, 2011).

Entre 2007 e 2009, metas foram estabelecidas visando especialmente três populações: mulheres (incluindo profissionais do sexo e transexuais); homossexuais e a população indígena. Estas diretrizes foram estabelecidas através de dados epidemiológicos e estratégias de prevenção comprovadas. Foram estabelecidas atividades e objetivos para cada nível de governo, exigindo a participação de organizações da sociedade civil e muitas negociações com autoridades locais e estaduais (AGÊNCIA SAÚDE, 2009).

Em 2009, PN-DST/AIDS se tornou o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, o que representou uma institucionalização governamental, mas não teve muito efeito sobre as ações rotineiras. A missão do

departamento era “formular e fomentar políticas públicas de DST, HIV/AIDS e hepatites virais de forma ética, eficiente e participativa, fundamentadas nos Direitos Humanos e nos princípios e diretrizes do SUS”. O Departamento monitora a implantação de programas locais, mas tem pouco controle direto sobre os serviços e programas nas esferas estaduais e municipais (BRASIL, 2011).

O Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde tem como sede um edifício ao lado de um conjunto de escritórios do MS em Brasília. A unidade de relacionamento com a população civil e organizações de direitos humanos fica localizada próximo à unidade de prevenção; e a equipe de vigilância epidemiológica fica próxima da equipe de monitoria e avaliação. O andar superior é destinado ao Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV e AIDS, cujos funcionários prestaram consultoria desde 2005 a vinte países para o fortalecimento dos seus programas de combate à AIDS (BRASIL, 2011).

Para expandir a cobertura nacional dos programas, outros setores governamentais, como representantes de outros ministérios, eram membros do CNAIDS (Comissão Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais). Em 2009, 2,5% do orçamento do MS era destinado ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, sendo que a maioria do recurso foi usado para compra de Anti-retrovirais, e apenas 13% foi destinado à vigilância e prevenção. A queda dos preços dos anti-retrovirais foi crucial para sustentabilidade à longo prazo, sendo que a despesa com estes medicamentos caiu 25% entre 2003 e 2009, por paciente (BRASIL, 2011).

Os pacientes HIV/AIDS tinham acesso a 19 diferentes antirretrovirais, disponíveis em 32 combinações diferentes, sendo que 13 eram produzidos no Brasil e 19 eram importados. Esses últimos respondiam por 70% dos custos (BRASIL, 2011).

Ainda em 2009 um projeto em conjunto com o Banco Mundial, com início em 2010, veio a focar o fortalecimento do sistema de saúde e melhorar o atendimento ao paciente HIV/AIDS em todos os níveis: denominou-se AIDS-SUS. A função principal do Banco Mundial não era fornecer recursos financeiros, mas sim obter a monitoria de um parceiro externo (BRASIL, 2011).

O Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, no âmbito da prevenção e controle do HIV, executa ações em três áreas de atividades principais: garantir acesso universal e gratuito ao cuidado e à terapia antirretroviral; expandir o acesso a diagnóstico e prevenção e manter uma participação ativa da sociedade civil independente. Todo o departamento trabalha em conjunto com a prevenção, mas uma equipe é responsável nacionalmente pela coordenação de atividades de prevenção como a distribuição de preservativos (sendo que o Brasil se tornou o maior comprador mundial), material educativo e testes do HIV, além da divulgação através da mídia e campanhas educativas. Ações foram focadas para pessoas vivendo com HIV/AIDS, profissionais do sexo, homossexuais, usuários de drogas, prisioneiros, mulheres, travestis, população negra e indígena e os jovens. A equipe de prevenção do Departamento desenvolveu materiais voltados também para os profissionais de saúde, para sensibilizá-los com relação às necessidades das populações vulneráveis e para discutir a prevenção entre os portadores do HIV (BRASIL, 2011).

3.2. Acesso à atenção básica pelo paciente HIV/AIDS

O Ministério da Saúde definiu que a Unidade de Saúde da Família (USF) não deve apenas ser um local de triagem e acompanhamento. Antes disso, deve ser constituída de profissionais capazes de resolver os mais comuns problemas de saúde e manejar novos saberes que levem à prevenção de doenças e promoção da saúde (BRASIL 2000). Como no Brasil os níveis da atenção são hierarquizados, é fundamental que o acesso à atenção básica, como sendo o primeiro contato, seja facilitado (AZEVEDO, 2007).

Elias *et al* (2006) comparou o PSF (Programa Saúde da Família) e as UBS (Unidades Básicas de Saúde). O autor avaliou a percepção de usuários, gestores e profissionais, e identificou que a acessibilidade foi considerada a pior dimensão da atenção básica. Acurcio & Guimarães (1996) afirmam que um dos principais componentes da qualidade da atenção está no acesso, ou acessibilidade às ações ou serviços de saúde. Resumidamente, pode ser conceituada como a capacidade do indivíduo obter cuidados em saúde de maneira fácil e conveniente.

A dificuldade para o agendamento de consultas (tanto médicas quanto odontológicas), a falta de integralidade nas ações e problemas na rede hierárquica são questões que configuram um quadro crítico, comprometendo o aspecto organizacional do acesso dos usuários (AZEVEDO, 2007).

Na prática, a Estratégia Saúde da Família não desburocratizou o acesso ao serviço de saúde, apesar de apresentar potencial para equalizar a relação oferta-demanda. A simples disponibilidade de um serviço não garante que ele está efetivamente sendo utilizado. Estudos acerca da percepção da qualidade dos serviços de saúde indicam que as principais falhas encontram-se principalmente no acesso, no tratamento dos profissionais, no acolhimento e na baixa resolubilidade do sistema (MERHY & FRANCO, 1996).

Azevedo (2007) diz que a rede básica não se concretizou como “porta de entrada”. Os pacientes procuram principalmente hospitais públicos ou privados (serviços de urgência e emergência) e ambulatórios. A maioria desses pacientes deveria ser atendida no nível das unidades básicas, pois se constata que geralmente demandam procedimentos considerados de baixa complexidade. O problema pode não ser que os usuários estejam “entrando pela porta errada”. Para o autor, as pessoas, diante de suas necessidades, não levam em consideração a hierarquia do modelo de saúde, mas acessam o sistema pela porta que lhes parece mais fácil.

A prática em saúde, tanto por parte das instituições quanto dos profissionais vem sendo transformada pela epidemia HIV/AIDS. No entanto, a epidemia traz à tona a existência de desigualdades na distribuição das ações e serviços de saúde. Sendo assim, é de suma importância compreender as conseqüências das diversas barreiras de acesso ao serviço, considerando-se os custos humanos e sociais da infecção pelo HIV, as necessidades e as demandas dos pacientes portadores e as implicações que o não atendimento no tempo correto pode acarretar para estes indivíduos (ACURCIO & GUIMARÃES, 1996).

Nemes *et al* (2004) relata que programas tradicionais voltados para pacientes HIV nos anos 60 e 70 eram centrados no controle sanitário. No início dos anos 90, quando consolidou-se o Programa Nacional de DST/AIDS (PN-DST/AIDS), definiu-se que Serviços Ambulatoriais Especializados (SAE) fossem instalados em unidades públicas preexistentes, onde haveria equipes compostas por médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo e farmacêutico. Ao se formar equipes multiprofissionais, percebe-se o reconhecimento da AIDS como problema de elevada complexidade. Era recomendado que os SAE se relacionassem com as Unidades Básicas de Saúde (importância na interação entre estruturas especializadas e mecanismos de assistência descentralizada)..

Nemes *et al* (2004) acrescenta que o Programa Brasileiro de DST/AIDS é um programa que expressa as necessidades, práticas e valores sociais que surgiram no contexto brasileiro nos últimos vinte anos. A assistência às pessoas com HIV/AIDS tornou-se um direito social. A principal diretriz da assistência é o acesso universal ao tratamento específico. Reuniões de consenso entre especialistas são realizadas anualmente para renovação de normas clínicas e administrativas que regem o acesso destes pacientes. A assistência conta também com propostas tecnológicas específicas, como mecanismos para captação de casos, aconselhamento pré e pós-teste, acolhimento de pacientes e grupos de adesão. Para que isso seja possível, são estimulados os incentivos financeiros, a formação de equipes multiprofissionais e grande oferta de treinamento aos profissionais.

Menzer *et al* (1992), in Acurcio & Guimarães (1996), concluíram que o desenvolvimento de programas preventivos para pessoas HIV/AIDS devem se dirigir não somente para os aspectos comportamentais da doença, mas devem contemplar também as necessidades aos serviços médicos e de suporte. Segundo eles, o sucesso está em prover serviços altamente individualizados, oferecer acesso a pacientes recentemente diagnosticados e a identificação de barreiras sociais e culturais para a adesão e permanência nos serviços.

A cada dia é maior a importância das ações da Estratégia Saúde da Família (ESF) frente a pacientes HIV. Estas ações incluem a identificação dos grupos

vulneráveis, testagem sorológica, aconselhamento e realização de ações visando à prevenção e promoção da saúde. Além disso, agem articulando os serviços de assistência especializada ao paciente HIV (referência e contra-referência) permitindo assim prestar uma atenção muito mais integral. O objetivo seria permitir às populações mais vulneráveis acesso a serviços especializados em DST/AIDS. Organizações não Governamentais (ONGs) têm papel importantíssimo na atenção ao paciente soropositivo (SILVA *et al*, 2010).

DaSILVA (2005), ao avaliar a articulação entre o Programa Saúde da Família e um serviço de referência em HIV/AIDS chegou a conclusão que os profissionais do PSF desconhecem as formas de acesso e a rotina do serviço de referência, e os profissionais desse serviço desconhecem a rotina e a dinâmica de atendimento em HIV/AIDS no PSF. O autor reconheceu que se houvesse um maior esclarecimento de ambos os profissionais e uma maior troca de informações entre os serviços, alguns procedimentos poderiam ser compartilhados, gerando uma rede de referência e contra-referência realmente funcional. O acesso seria facilitado, pois poderia ser feita busca ativa de faltosos, os profissionais saberiam sempre o número de pacientes encaminhados, conheceriam quais unidades estão encaminhando o paciente e quais deles chegam realmente ao serviço, e teriam também um maior apoio na adesão à terapia anti-retroviral. A assistência ao paciente HIV/AIDS estaria então organizada, com os serviços de referência e contra-referência em pleno funcionamento em uma rede de distintos níveis de complexidade do SUS, mas que se articulariam entre si levando ao paciente uma atenção integral.

Justamente pelo caráter de prevenção e promoção da saúde da ESF, as atividades realizadas promovem a saúde das pessoas que vivem com HIV/AIDS através de habilidades de busca, recepção e ampliação do acesso ao serviço. Os agentes comunitários de saúde (ACS) são importantes no processo de estabelecimento de vínculos entre a equipe e o usuário, devido à sua proximidade com os usuários, pois residem na comunidade e adentram nas residências dos mesmos. Após o estabelecimento da confiança mútua entre o ACS e o paciente, estes se sentem seguros em revelar seu estado de soropositividade, levando

assim ao acolhimento dos mesmos na unidade, facilitando seu acesso e tratamento adequado (AYRES *et al*, 2006).

Os serviços de saúde geralmente têm dificuldades no atendimento de pacientes com DST, dificuldades estas reconhecidas pelo Ministério da Saúde. Fatores como a falta de privacidade, de medicamentos e de preparo profissional levam a uma baixa resolutividade no atendimento, levando os pacientes a procurarem locais onde não se expõem e não há filas longas. Segundo ele, outro fator significativo além do acesso é o acolhimento. Acesso e acolhimento seriam, portanto, essenciais para promover melhora no estado de saúde do indivíduo. (ARAÚJO & LEITÃO, 2005).

A falta de qualificação da equipe traz prejuízos ao correto acompanhamento do paciente HIV/AIDS. Os profissionais de saúde precisam de uma correta qualificação para o manejo correto da doença e para a abordagem de questões específicas que tem grande impacto sobre a evolução da AIDS. Os ACS, por exemplo, apesar do seu importante papel, geralmente têm pouco treinamento sobre pacientes HIV/AIDS, dificultando a atuação dos mesmos e impedindo a identificação desses pacientes. Há ainda um fator cultural, visto que a abordagem pelos profissionais de saúde de temas relacionados à sexualidade é traduzida muitas vezes, pelos usuários, em práticas disciplinadoras, não surtindo nenhuma mudança de mentalidade (TAKAHASHI, 2006).

MIQUELIM *et al* (2004) afirma que unidades que atendem portadores de HIV/AIDS sofrem rápidas transformações em sua estrutura de trabalho, devido aos grandes avanços no diagnóstico, tratamento e controle da doença associados às ações de prevenção. Os profissionais que atuam com este paciente devem, portanto, se manter em constante reformulação de suas práticas profissionais. O profissional deve estar preparado, pois o mesmo precisa lidar não só com a doença, mas também com os diferentes efeitos provocados pela mesma. Estes efeitos podem envolver grande variedade de especialidades como: psiquiatria, pediatria, neurologia, ginecologia, ortopedia, cirurgia, entre outros.

Outra grande dificuldade é a articulação dos membros da equipe da ESF sem trazer prejuízo sobre o sigilo e confidencialidade sobre a soropositividade do paciente. Sabe-se que entre as equipes da ESF é necessária a comunicação e compartilhamento de informações e a partir deste ponto, o acompanhamento do paciente passar a ser responsabilidade de toda a equipe. (ABDALLA *et al*, 2007)

A AIDS como doença sexualmente transmissível vem carregada de estigmas e preconceitos, sendo associada a comportamentos discriminados pela sociedade. Por essa razão, muitas vezes há rejeição da sociedade, abandono da família e amigos além da recusa de profissionais de saúde que se recusam a prestar assistência aos pacientes HIV por medo de contágio (MIQUELIM *et al*, 2004)

Os principais fatores que influenciam no atendimento a pacientes HV/AIDS seriam o preconceito, medo do contágio, atitudes frente à epidemia, conhecimento técnico sobre a infecção, percepção sobre risco ocupacional, experiência anterior com pacientes portadores de HIV, estadiamento da infecção pelo HIV do paciente, idade e tempo de formação do profissional e assalariamento no setor público (PIRES *et al*, 2008; SENNA *et al*, 2005).

A representação da AIDS como doença fatal, estigmatizante, que atingia apenas grupos marginalizados da sociedade trouxe um medo equivocado das pessoas dentro da população. Na odontologia, por exemplo, frequentemente são relatadas barreiras ao atendimento dos pacientes HIV positivo, seja quando relatam seu estado de soropositividade ao profissional ou quando apresentam sinais clínicos da doença. Essas barreiras são bilaterais, sendo que dentre os motivos alegados pelos profissionais estão: falta de preparo psicológico, medo da infecção pelo HIV e receio em perder outros pacientes. Os trabalhadores da área da saúde relatam viver sob grande tensão causada pela disseminação da AIDS. Os profissionais se preocupam legitimamente devido ao risco ocupacional ao HIV, mas permanecem preconceitos que contribuem para aumentar a resistência dos serviços de saúde ao atendimento a pacientes HIV/AIDS. Dentre os motivos alegados pelos pacientes foi relatado medo da rejeição do profissional ou a quebra do sigilo ético pelo dentista. (PIRES *et al*, 2008; SENNA *et al*, 2005).

Pires *et al* (2008), em um estudo para identificar as barreiras ao atendimento odontológico através de entrevistas com pacientes HIV, mostrou que 31% dos pacientes encontrou dificuldade em obter atendimento após revelar ao dentista sua condição de soropositividade.

SILVA *et al* (2010) observa que há atualmente uma cronificação da doença, pela disponibilização de novos medicamentos anti-retrovirais, melhorias na qualidade de vida dos pacientes e avanços científicos sobre a patogenia da infecção, além de condutas mais adequadas sobre as doenças oportunistas que geralmente incidem sobre estes pacientes. Uma nova política veio para fortalecer as ações de aconselhamento e testagem em maternidades e Unidades Básicas de Saúde com objetivo de identificar precocemente a infecção e promover a instituição de tratamento imediato caso necessário.

Siqueira *et al* (2002) afirma que para as pessoas com DST/AIDS, o atendimento na rede básica de saúde é feito de forma a promover o diagnóstico, tratamento e aconselhamento adequados. As complicações da DST seriam evitadas e cessariam os sintomas. Contudo, os profissionais da rede básica precisam urgentemente de treinamento específico para atender este tipo de paciente. Além disso, as unidades deveriam contar com um bom estoque de medicamentos e preservativos.

Araújo & Leitão (2005), através de entrevistas com pacientes portadores de DST, revelaram que muitos deles evitam procurar uma unidade básica de saúde. Quando procuraram, foram freqüentes os relatos de pacientes que foram encaminhados a outras unidades logo que chegaram, e que o atendimento por vezes se limitou simplesmente ao encaminhamento, sem prestar nenhum tipo de atendimento. Outra dificuldade seria também a divulgação. Alguns indivíduos, mesmo morando na área de abrangência da equipe, desconheciam que a unidade poderia prestar atendimento a portadores de DST. Evidenciaram também uma maior dificuldade dos homens conseguirem atendimento às DST em relação às mulheres. Isto pode ser explicado pelo fato de que geralmente o atendimento a pacientes com DST é feito por médicas ginecologistas ou enfermeiras, que visam o atendimento de mulheres.

4. DISCUSSÃO

Quando as autoridades sanitárias mundiais acreditavam que a tecnologia havia controlado todas as doenças, a AIDS surgiu, suscitando comportamentos e respostas coletivos, nos quais estão inseridas as estratégias políticas (MARQUES, 2002).

Após o surgimento do HIV/AIDS, mudanças ocorreram na prática em saúde. Para os pacientes HIV, a demora no diagnóstico e tratamento provocados pela dificuldade de acesso pode levar a uma piora no quadro clínico, levando a implicações na saúde e qualidade de vida destes pacientes. (ACURCIO & GUIMARÃES, 1996).

Mas apesar dos esforços para ampliação da cobertura assistencial pelo SUS, quando se trata de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), os pacientes não encontram imediatamente à disposição este tipo de atendimento, ou por vezes encontram muita dificuldade de acesso à consulta e tratamento (ARAÚJO & LEITÃO, 2005). O acesso à atenção básica deveria ser facilitado, pois é o primeiro contato do paciente com o sistema de saúde (AZEVEDO, 2007). No entanto, a acessibilidade é um dos maiores problemas para os pacientes que desejam atendimento pelo PSF, sendo que o acesso é um dos principais componentes para avaliação da qualidade do serviço. No Brasil, há dificuldade no agendamento de consultas, falta integralidade nas ações e há problemas na rede hierárquica (AZEVEDO, 2007; ACURCIO & GUIMARÃES, 1996; ELIAS *et al*, 2006).

O acesso ao sistema de saúde público ainda encontra-se burocratizado. Não há falhas somente com o acesso, como também com o tratamento dado pelos profissionais, o acolhimento e a baixa resolubilidade do sistema. (MERHY & FRANCO, 1996; ARAÚJO & LEITÃO, 2005).

Os pacientes procuram o sistema de saúde pela porta que lhes parece mais fácil. Isso significa que o paciente não procura uma unidade de saúde se ele sabe que será atendido mais rapidamente em um hospital ou serviço de

urgência/emergência, mesmo que seu problema seja passível de resolução no nível das unidades básicas. Sendo assim, a hierarquia do modelo de saúde não é seguida, causando problemas na organização da atenção à saúde (AZEVEDO, 2007).

Desde os anos 90, quando se consolidou o Programa Nacional de DST/AIDS, a preocupação em oferecer um tratamento multiprofissional para esses pacientes ficou evidente. Era importante também, que o atendimento nas unidades especializadas não perdesse um relacionamento íntimo com as Unidades Básicas de Saúde (NEMES *et al*, 2004).

Atualmente, a assistência ao paciente HIV tornou-se um direito social, tendo como prioridade o acesso ao tratamento específico. Novas tecnologias trouxeram avanços no diagnóstico e captação de casos, além de acompanhamento correto antes e depois do diagnóstico e o acolhimento desses pacientes. São estimulados os incentivos financeiros, a formação de equipes multiprofissionais e grande oferta de treinamento aos profissionais (NEMES *et al*, 2004). O sucesso na atenção a pacientes HIV está focado no atendimento altamente individualizado, na acessibilidade dos pacientes soropositivos e a identificação das barreiras que impedem a adesão e permanência nos serviços (MENZER *et al*, 1992, in ACURCIO & GUIMARÃES, 1996),

Os objetivos da Estratégia Saúde da Família (ESF) para os pacientes HIV englobam a identificação de populações vulneráveis, facilitação do acesso à informação, fortalecimento de atividades de promoção e prevenção e o favorecimento de uma rede de referência e contra-referência que realmente funcione para o diagnóstico e tratamento da AIDS, com objetivo de prestar uma assistência realmente integral. Populações mais vulneráveis deveriam ter maior acesso aos serviços especializados em DST/AIDS (SILVA *et al*, 2010). Siqueira *et al* (2002) afirma que a rede básica de saúde deve ser responsável pelo diagnóstico, tratamento e aconselhamento adequados.

Há relatos de pacientes que afirmaram não mais procurar a unidade básica de saúde, pois quando procuraram tiveram o tratamento negado ou o atendimento se

limitou ao simples encaminhamento para o setor especializado (ARAÚJO & LEITÃO, 2005). Os profissionais presentes na Unidade Saúde da Família devem ser capazes de prestar um atendimento integral ao paciente, não apenas triando ou o encaminhando para outros níveis (BRASIL 2000).

As atividades da ESF devem promover a saúde das pessoas com HIV/AIDS com foco principalmente no acesso ao serviço. Um profissional muito importante seria o agente comunitário de saúde (ACS) pela sua estreita relação de proximidade com o usuário, estabelecendo uma relação de confiança que favorece o acesso do paciente soropositivo provocando assim a adesão e continuidade ao tratamento. (AYRES *et al*, 2006). No entanto o ACS, mesmo com seu importante papel, tem pouco treinamento sobre pacientes HIV/AIDS o que limita a atuação dos mesmos. (TAKAHASHI, 2006).

As dificuldades no atendimento a pacientes com DST são reconhecidas pelo Ministério da Saúde. As principais dificuldades são a falta de privacidade, de medicamentos e de preparo profissional. Essas dificuldades levam o paciente a procurar outros locais para atendimento, aonde não vão se expor e não há filas (ARAÚJO & LEITÃO, 2005).

Um dos principais agravantes à dificuldade de acesso dos pacientes HIV ao serviço em saúde é a falta de preparo dos profissionais. Pacientes com AIDS tem questões específicas a serem abordadas e para correto tratamento e manejo da doença o profissional deve estar qualificado corretamente, evitando assim que surjam complicações advindas da doença. Os profissionais para atender a este tipo de paciente devem se manter em constante atualização, já que ele deve estar preparado para lidar não só com a doença, mas com as diferentes implicações por ela provocados, que podem envolver várias especialidades (MIQUELIM *et al*, 2004; TAKAHASHI, 2006; SIQUEIRA *et al*, 2002).

O preconceito, medo do contágio, atitudes frente a epidemia, conhecimento da doença, risco ocupacional, experiências anteriores com pacientes portadores de HIV, idade e tempo de formação do profissional e o baixo salário no setor público são fatores que também interferem no atendimento dos profissionais aos

pacientes HIV. (PIRES *et al*, 2008; SENNA *et al*, 2005). O preconceito acompanha a AIDS, pois a doença é associada a comportamentos discriminados pela sociedade. Além da recusa de profissionais no atendimento por medo do contágio, muitas vezes até a família e os amigos abandonam este paciente (MIQUELIM *et al*, 2004).

Pela impressão que a AIDS trouxe, de ser uma doença fatal e estigmatizante, as pessoas permanecem com preconceitos. Barreiras ainda são relatadas no atendimento a estes pacientes. A tensão relacionada ao risco ocupacional traz prejuízos ao correto tratamento e acompanhamento do paciente. Os pacientes relatam que por vezes não revelam sua condição de soropositividade por medo da rejeição do profissional ou quebra do sigilo ético. Os profissionais têm receio no atendimento ao paciente HIV, seja quando relatam seu estado de soropositividade ou quando apresentam sinais clínicos da doença. (PIRES *et al*, 2008; SENNA *et al*, 2005).

O sigilo ético em relação à condição de soropositividade do paciente é outra grande dificuldade, pois se sabe que a comunicação e o compartilhamento de informações entre a equipe é muito importante para que o acompanhamento do paciente passe a ser de responsabilidade da equipe. O sigilo e a confidencialidade podem ser prejudicados. (ABDALLA *et al*, 2007)

As unidades para atenderem os portadores de HIV/AIDS sofrem grandes transformações em sua estrutura de trabalho devido aos avanços no diagnóstico, tratamento e ações preventivas (MIQUELIM *et al*, 2004). As melhorias nas condições tecnológicas trouxeram uma cronificação da doença. As unidades Básicas de Saúde fortaleceram as ações relacionadas às DST com objetivo de identificar a infecção precocemente e começar tratamento imediato. SILVA *et al* (2010)

A abordagem dos profissionais frente a temas relacionados com a sexualidade geralmente é entendida pelos usuários como práticas disciplinadoras, o que não produz mudança na mentalidade e estilo de vida (TAKAHASHI, 2006). A falta de divulgação é outro fator dificultador. Muitos pacientes não sabem que a ESF

presta atendimento a portadores de DST. Homens encontram dificuldades no atendimento maiores do que as mulheres, pois geralmente o atendimento a pacientes com DST é feito por médicas ginecologistas ou enfermeiras, que tem ações voltadas basicamente às mulheres (ARAÚJO & LEITÃO, 2005).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mesmo com os avanços conquistados pelas políticas de prevenção e assistência à AIDS, mais estudos científicos são necessários para avaliar as ações da ESF na atenção ao paciente HIV/AIDS.

No Brasil, a AIDS evoluiu de forma a demonstrar grandes contradições sociais, econômicas e culturais, constituindo-se como um relevante espaço metodológico para conseguir respostas sobre como o poder público pode organizar e estabelecer as políticas de saúde pública.

A ESF contribui muito para reduzir os riscos decorrentes da infecção pelo HIV à medida que absorve novas tecnologias baseadas em uma atuação multiprofissional, transferindo o aspecto assistencial da cura e acompanhamento para a promoção da saúde e prevenção de doenças. Mas fatores estruturais e operacionais limitam o potencial da ESF em dar resolubilidade aos casos HIV/AIDS. Esses fatores são a própria dificuldade de acesso ao serviço, falta de capacitação dos profissionais, problemas na articulação com os demais recursos sociais, dificuldades na realização do diagnóstico precoce e o esvaziamento de estratégias de assistência (como aconselhamento e visitas domiciliares).

A atenção aos pacientes HIV/AIDS na ESF deve deixar de se basear somente no planejamento familiar e assistência pré-natal. Os esclarecimentos deste estudo, portanto, poderão favorecer o surgimento de ações relacionadas ao atendimento do usuário HIV/AIDS, pela ESF ou pelo serviço de referência, como também um maior incentivo à capacitação e educação continuada dos profissionais, a definição de ações para estes pacientes que possam ser realizadas na ESF e a construção de um sistema de referência e contra-referência funcional a aplicação dos princípios do SUS no que diz respeito à integralidade da atenção.

Para acelerar o sucesso das políticas públicas em relação ao HIV no Brasil, devem prevalecer fatores importantes como a manutenção dos princípios éticos e de direito à saúde.

A descentralização das ações se configura como um grande desafio. Programas e ações a nível estadual e municipal devem contemplar as diferenças culturais, regionais e sociais, além de promover a manutenção dos princípios igualitários.

A rede básica de saúde deve receber o paciente e tentar resolver os seus problemas, ou seja, deve trazer maior resolubilidade aos casos com menor grau de complexidade. O paciente só deve ser encaminhado nos casos em que o problema não pudesse ser resolvido no primeiro nível da atenção. A unidade básica não deve servir apenas para encaminhar o paciente, pois se fosse assim, o mesmo poderia pular este nível da atenção. São necessários, portanto, maiores investimentos e maior decisão política por parte dos governantes, melhorando a estrutura da rede básica dando condições de responder a essa demanda, dando atenção especial à capacitação dos profissionais de saúde.

Para atender o indivíduo de forma integral, as ações recomendadas na atenção básica incluem as visitas domiciliares (quando necessárias), vigilância à saúde do paciente e acompanhamento da adesão à medicação anti-retroviral e a aplicação das ações previstas no SUS como o acolhimento, consultas individuais, aconselhamento, grupos educativos, atendimento domiciliar, trabalhos comunitários, ações programáticas e medidas preventivas.

O estudo mostrou que os profissionais devem ser treinados e sensibilizados para o atendimento aos pacientes DST/AIDS. Uma reorientação dos cursos de graduação e a criação de programas de educação continuada seriam meios para trazer uma nova mentalidade aos profissionais de saúde.

A atenção primária deve ser fortalecida. Os serviços devem ser organizados e implantados de forma a atender às demandas da sociedade. Pesquisas devem ser realizadas para que seus resultados possam ser usados na organização da atenção. Programas e políticas específicas para o primeiro nível de acesso devem existir. O planejamento e o redirecionamento das políticas públicas relacionadas à saúde chegarão ao sucesso quando forem realizadas de acordo com as perspectivas e necessidades dos usuários.

Referências Bibliográficas

_____. **Histórico do Programa Nacional de DST e Aids.** *AGÊNCIA SAÚDE*, 2009. Disponível em: <http://www2.correiodeuberlandia.com.br/texto/2007/05/07/27279/historico_do_programa_nacional_de_d.html> Acesso em 04 Jul 2011.

ABDALLA, FTM. **Abertura da privacidade e o sigilo do HIV/AIDS nas equipes do programa de saúde da família em uma unidade básica do município de São Paulo** [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007. Disponível em <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7137/tde-05072007-084152/pt-br.php>> Acesso em 16 Ago 2011.

ACURCIO, FA; GUIMARÃES, MDC. **Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura.** *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 12(2):233-242, abr-jun, 1996. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v12n2/1508.pdf>> Acesso em: 16 Ago 2011.

ARAÚJO, M A L; LEITÃO, G C M. **Acesso à consulta a portadores de doenças sexualmente transmissíveis: experiências de homens em uma unidade de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(2):396-403, mar-abr, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n2/06.pdf>> Acesso em 14 Ago 2011.

AYRES, JR CM, Calazans GJ, Filho HCS, Júnior IF. **Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção à saúde.** In: Campos, GWS, et al. *Tratado de Saúde Coletiva.* São Paulo (SP): Hitec, Editora Fiocruz; 2006. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/14_revisao_estrategia.pdf> Acesso em 22 Fev 2011.

AZEVEDO. ALM. **ACESSO À ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS: o PSF como (estreita) Porta de Entrada.** [Dissertação] Recife, 2007. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Disponível em: <<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2007azevedo-alm.pdf>> Acesso em 16 Jul 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família – PSF.** Brasília, 2001 a. Disponível em <<http://dab.saude.gov.br/publicacoes.php>> Acesso em 16 Jul 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS – DST 2010.** Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/publicacao/boletim-epidemiologico-2010>> Acesso em 10 Mar 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, 2006 a. Disponível em <<http://dab.saude.gov.br/publicacoes.php>> Acesso em 12 Fev 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos da Atenção Básica: Programa Saúde da Família – A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília, 2000. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/genero/livros.htm>> Acesso em 16 Jul 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HIV/aids no Brasil: provimento de prevenção em um sistema descentralizado de saúde**. 2011. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2011/hivaido_no_brasil_provimento_de_preve_ncao_em_um_sistema_descentralizado_de_saude>. Acesso em 25 Jun 2011.

DaSILVA, LMS et al. **Integralidade em saúde: avaliando a articulação e a co-responsabilidade entre o Programa Saúde da Família e um serviço de referência em HIV/AIDS**. Epidemiologia e Serviços de Saúde 2005; 14(2) : 97 – 104. Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742005000200005&lng=pt> Acesso em 16 Jul 2011.

ELIAS, P. E. et al. **Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro V. 11 n. 3, p. 633 – 641, Jul/Set. 2006. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30979.pdf>> Acesso em 12 Fev 2011.

IBGE Cidades 2010. <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acesso em 22/04/2011.

MARQUES, MCC. **Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil**. História, Ciências, Saúde . Manguinhos, vol. 9 (suplemento): 41-65, 2002. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9s0/02.pdf>> Acesso em 12 Fev 2011

MERHY E. E.; FRANCO, T. **PSF: contradições e novos desafios**. Conferência Nacional de Saúde On-Line. 1996. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns.htm>>. Acesso em 29 Mar 2011.

MIQUELIM, JDL; CARVALHO, CBO; GIR, E; PELÁ, NTR. **Estresse nos profissionais de enfermagem que atuam em uma unidade de pacientes portadores de HIV-AIDS**. J bras Doenças Sex Transm 16(3): 24-31, 2004. Disponível em <<http://www.dst.uff.br//revista16-3-2004/3.pdf>> Acesso em 16 Jul 2011.

NEMES, MIB; CASTANHEIRA, ERL; MELCHIOR, R; ALVES, MTSS de; BASSO, CR. **Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S310-S321, 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/24.pdf>> Acesso em 12 Fev 2011.

OLIVEIRA, IBN. **Acesso universal? Obstáculos ao acesso, continuidade do uso e gênero em um serviço especializado em HIV/AIDS em Salvador, Bahia, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25 Sup 2:S259-S268, 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25s2/08.pdf>> Acesso em 14 Fev 2011.

PIRES, MBO; MARTELLI-JÚNIOR, H; MELO-FILHO, M R de; CORDEIRO, RS; MAIA, RC. **Dificuldades percebidas por pacientes vivendo com HIV/AIDS em obter tratamento odontológico.** Arquivos em Odontologia (Revista da UFMG). Belo Horizonte, Volume 44 N°03 Jul/Set 2008. Disponível em <http://www.odonto.ufmg.br/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=213&Itemid=125> Acesso em 19 Mar 2011.

SENNA, MIB; GUIMARÃES, MDC; PORDEUS, IA. **Atendimento odontológico de portadores de HIV/AIDS: fatores associados à disposição de cirurgiões-dentistas do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(1):217-225, jan-fev, 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n1/24.pdf>> Acesso em 12 Fev 2011.

SILVA, JAS; do VAL, LF; NICHATA, LYI. **A estratégia saúde da família e a vulnerabilidade programática na atenção ao hiv/aids: uma revisão da literatura.** Revista O Mundo da Saúde, São Paulo: 2010;34(1):103-108. Disponível em <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/14_revisao_estrategia.pdf> Acesso em 14 Mar 2011.

SIQUEIRA, SAV, Senna MCM, Oliveira PTR, Pinto LF. **Descentralização e assistência à saúde no Brasil: a oferta de serviços nos anos 90.** Saúde em Debate 2002; 26:25-36. Disponível em <http://www.cebes.org.br/media/File/publicacoes/Rev%20Saude%20Debate/Saude%20em%20Debate_n60.pdf#page=28> Acesso em 12 Fev 2011.

TAKAHASHI, RF. **Marcadores de vulnerabilidade à infecção, adoecimento e morte por HIV e AIDS** [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006. Disponível em <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/14_revisao_estrategia.pdf> Acesso em 14 Mai 2011.