



## 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

---

Eixo: Trabalho, questão social e serviço social

### A POLÍTICA DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS EM BELÉM-PA: UM BREVE RELATO DE EXPERIÊNCIA DO TRABALHO NO CENTRO DE REFERÊNCIA EM DOENÇAS INFECCIOSAS ADQUIRIDAS-CASA DIA-BELÉM-PA

Rita de Cassia Ferreira de Moraes<sup>1</sup>

**Resumo:** Nosso objetivo aqui é tecer breves comentários a respeito de minha experiência no Serviço de Atendimento Especializado de Belém do Pará. Apresenta as observações do cotidiano do trabalho, tanto no que se refere aos desafios de relacionar e encaminhar questões inerentes à Política de Seguridade Social bem como a difícil realidade relatada em consultório pelas pessoas que vivem com HIV/Aids.

**Palavras-chave:** Seguridade, Questão social, estigma, adoecimento, abandono.

**Abstract:** Our objective here is to make brief comments about the work in the Specialized Service of Belém do Pará. It presents the observations of the daily work, try with regard to the challenges of relating and referring issues inherent in the Social Security Policy as well as the difficult reality reported in the office by people living with HIV / AIDS.

**Keywords:** Security, Social issue, stigma, illness, abandonment.

## INTRODUÇÃO

Minha trajetória profissional registra o trabalho na área de Saúde há 15 (quinze) anos e desde 2006 no Centro de Atenção em Doenças Infecciosas Adquiridas – CASA DIA, que oferece o tratamento ambulatorial às pessoas que vivem com HIV/AIDS (PVHI), residentes no município de Belém. Apesar de ter iniciado meu trabalho no Centro em 2006, não o fiz pelo fato de ter especialização na área, mas sim por ter sido a lotação que me foi oferecida na ocasião, ou seja, não era e continua não sendo a existência de uma especialização o condicionante para lotação no Centro, por este motivo, em geral, os(as) profissionais que ali vão exercer suas atividades não tem conhecimento a respeito da política e menos do tratamento em si. A formação, portanto, dá-se na ação cotidiana no Centro, na relação com a equipe multiprofissional e da leitura dos protocolos clínicos disponibilizados pelo Ministério da Saúde (MS).

Surgida na década de 80 (oitenta) a epidemia do vírus da imunodeficiência adquirida e da síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV/AIDS) trouxe em interim questões que

---

<sup>1</sup> Profissional de Serviço Social, Centro de Atenção em Doenças Infecciosas Adquiridas, E-mail: ritacfm@outlok2018.com.

reverberam até hoje entre nós mesmo tendo passadas já quase 4 (quatro) décadas. Questões estas, inclusive que seguem paralelamente ao tratamento, dentre estas, o estabelecimento de estigmas e conseqüentemente o preconceito, tornam a vida mais difícil e a possibilidade de sonhar mais remota.

O trabalho no Centro de Atenção às Doenças Infecciosas Adquiridas (CASA DIA), nome de fantasia do Serviço de Atendimento Especializado em HIV/AIDS, é pleno de desafios tanto no que se refere à ausência de formação (inicialmente), para o desenvolvimento do trabalho nesta área, quanto à dificuldade de relacionar um elenco de programas que possam fazer frente às necessidades relacionadas pelos(as) usuários(as) do Centro, ou ainda as questões de cunho pessoal e, de forma recorrente, conseqüentes da condição sorológica do(a) usuário(a) que o(a) deixa vulnerável no ponto de vista biológico quanto por vezes abandonado(a) por seus familiares e alijado(a) do mercado de trabalho dado avaliação pejorativa de sua condição laboral, ou mesmo como observado em vários usuários a inexistência desta.

Elemento ainda presente nesta questão é a intolerância de familiares, empregadores, etc. devido à orientação sexual de parte dos(as) usuários(as), o que no início da história da epidemia contribuiu (e parece continuar contribuindo) para a escalada do preconceito, uma vez somada ao conhecimento do diagnóstico levando ao alijamento e abandono.

3

Ainda como conseqüências disto pessoas diagnosticadas seguem sem realizar o tratamento devido, e que lhe é de direito, outros(as) usuários(as) apresentam baixa adesão, ou ainda abandonam o tratamento por completo, destes últimos alguns retornam adoecidos e outros em condições mais graves ainda, sem tempo hábil para uma resposta que reverta o grau de adoecimento levando em conseqüência à inevitabilidade do óbito.

Muitas são as angustias vivenciadas pelos(as) usuários(as) e uma das que mais aflige posteriormente o estigma, é a falta de condições para permanecer no mercado de trabalho e conseqüentemente conseguir garantir seu sustento, e em alguns casos um lugar para morar devido à expulsão de seu domicílio por parte de seus familiares.

Assim o trabalho no Centro segue suscitando a constante superação de desafios na tentativa de fazer com que os(as) usuários(as) tenham de fato o mínimo social garantido, afim de satisfazer suas necessidades básicas e por outro lado garantir o espaço de atuação e formação profissional, tendo em vista o acompanhamento de estagiários de Serviço Social, e considerando a equipe multidisciplinar, é também espaço para estagiários de outras áreas como Nutrição, Medicina e Enfermagem.

O Centro atualmente conta com uma equipe composta por 58 (cinquenta e oito) profissionais, atendendo em média 300 (trezentos) pacientes por dia, em consultas diversas. O trabalho está organizado em cinco seções: 1) A política de atenção em HIV/AIDS; 2) Demandas e desafios para o Serviço Social; 3) Refletindo sobre as necessidades; 4) Atividades desenvolvidas e 5) Conclusões.

### **1. A política de atenção em HIV/AIDS**

Segundo o Programa de tratamento às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) do Ministério da Saúde, hoje, pode-se dizer que a infecção é semelhante a uma “condição crônica”, ou seja, admite-se o controle da infecção por longos períodos. Ainda para a referida fonte, o Programa de Tratamento às IST no Brasil, levou o País ao reconhecimento mundial, pois “trouxo benefícios inequívocos para a redução da morbidade e mortalidade associada à aids, melhorando a qualidade de vida das Pessoas que Vivem com HIV/aids(PVHA)”(BRASIL, Protocolo, 2013 p.12).

Em resposta ao avanço da epidemia a UNAIDS, órgão específico da Organização das Nações Unidas-ONU para o combate à Aids, lança uma nova estratégia de combate intitulada: “90-90-90”, trata-se de um grande esforço que possibilitará o avanço na descoberta de cura para a infecção. A estratégia “90-90-90”, segundo a fonte, significa que até 2020, 90% das pessoas infectadas no mundo terão conhecimento do seu diagnóstico, da mesma forma 90% das diagnosticadas estarão em tratamento com Terapia Antirretroviral-TARV e conseqüentemente 90% das pessoas em tratamento estarão com Carga Viral-CV suprimida ou indetectável. Atingir esta estratégia significa a estabilização do avanço da epidemia e a concretização de uma etapa necessária para o alcance da cura da Aids.

As pesquisas sobre o tema no que se refere aos resultados da atuação das equipes interdisciplinares, ao aumento da adesão ao tratamento e avanço na qualidade da Terapia Antirretroviral tem possibilitado a confirmação do Log I=I, cujo significado é: “indetectável igual a intransmissível”, este fato decorre ainda dos resultados obtidos em pesquisas específicas na área da infectologia, que possibilitam concluir que a pessoa em supressão viral ou com CV indetectável não transmite o HIV para outros, o que contribui para a estagnação da infecção ao longo do tempo. O debate informal entre técnicos e médicos sobre o tema na CASA DIA evidencia duas posições: um grupo que defende que o aumento de novas detecções pode ser reflexo de fato da estratégia “90-90-90”, em decorrência que a descentralização e maior acesso a testagem anti-HIV, favorece o cumprimento do primeiro nível, que é de fato a confirmação diagnóstica e, outro grupo, que defende que o aumento do número de detecções reflete que a estabilização da epidemia está longe de ocorrer.

## 2. Demandas e desafios para o Serviço Social

Difícil tarefa a de responder aos(as) usuários(as) a pergunta sempre recorrente: “Eu vim aqui perguntar sobre os meus direitos?” Ou ainda: “queria saber como eu faço para me aposentar?”, dentre outras questões não menos delicadas e geralmente de difícil resposta, mediante a uma política de seguridade que devido a tantos critérios ou condicionalidades não se faz nem universal e nem para quem dela precisa.

Às demandas seguem a uma história de vida já delicada e agravada por um diagnóstico sem possibilidade de reversão em nossos dias, este fato encontra aliados infelizes como o processo de pauperização e feminização da Aids, neste aspecto ao observarmos as famílias chefiadas por mulheres nesta condição diagnóstica, tem-se de fato a certeza de um carência maior. Nestas condições o fazer do Assistente Social é de fato eivado de desafios sobrepostos por diversos fatores que vão desde as condições em que se encontram estabelecidas a política de seguridade, agravada pelas estratégias adotadas pelo atual governo (Federal) no que concerne ao estabelecimento de um Estado cada vez mais mínimo para o social, e máximo para o capital no dizer de Netto (2012), até à ausência de benefícios que poderiam favorecer o acesso aos serviços de saúde para de fato obter um tratamento mais eficaz, neste interim nos referimos à ausência de Passe-livre para as PVHIV no município de Belém.

5

Pensar em um cuidado integral para os usuários, como consta da Lei orgânica da saúde (1993), tem sido de fato o maior dos desafios, olhar o ser humano nos seus carências e não a doença ou o doente em si, para tanto, o diálogo sempre necessário com a equipe multidisciplinar é fundamental, à medida que amplia a visão acerca do tratamento em suas possibilidades, bem como favorece o encaminhamento entre os profissionais inseridos na atenção. Neste sentido, não raro é possível não apenas discutir casos específicos, mas buscar encaminhamentos em conjunto a partir de uma reflexão mais abrangente à medida do possível, eficiente e mais eficaz. Neste interim valho-me de uma citação longa, porém necessária e ratificadora do aqui exposto,

É na perspectiva da ação integral que o profissional de Serviço Social estrutura seu processo de trabalho no interior das equipes de saúde. Com uma abordagem individual e coletiva constrói sua prática na perspectiva do direito e da ampliação da cidadania contribuindo, com um aporte teórico metodológico sobre o processo de saúde-doença, para o avanço das reflexões e possibilidades de atuação interdisciplinar no cuidado à saúde. (MOTA et al, 2004, p. 374).

Infelizmente as demandas apresentadas, referem-se sempre à garantia ou manutenção pessoal, basicamente consistem em orientações e encaminhamentos para o Benefício de Prestação Continuada (BPC), que no entendimento dos(as) usuários(as) por

direito devido dada a sua condição de adoecimento somada à necessidades por eles(as) referidas.

Não é algo simples explicar condicionalidades e critérios, principalmente quando a carência material, nutricional, educacional salta aos olhos, como falar de ausência de direitos para alguém que necessita de tantos, como falar em ausência do Estado materializado em políticas sociais, para alguém já tão despossuído?

No entanto, mesmo não sendo contemplados de forma específica na legislação pertinente ao benefício, em torno de 50 (cinquenta) pessoas em tratamento no CASA DIA, recebem o BPC, principalmente as que ficaram com sequelas devido à coinfeção, ou seja, uma infecção simultânea por dois tipos de agentes etiológicos, ocorrendo quando um(a) usuário(a) HIV contrai outro tipo de infecção. Esta situação caracteriza o surgimento das chamadas doenças oportunistas, principalmente a neurotoxoplasmose (transmitida por um protozoário), que acometem principalmente os indivíduos com CD4 inferior a 100cel/mm<sup>3</sup>. A infecção ataca o sistema nervoso central causando hemiplegia e hemiparesia dentre outros sintomas, podendo deixar sequelas tanto motoras quanto visuais.

Nestas circunstâncias o(a) usuário(a) em virtude da sequela passa a ter maiores possibilidades de ter seu requerimento de BPC deferido tendo em vista ter passado a compor o segundo grupo de requerentes para o BPC, porque mutilado pela doença, torna-

6

se um deficiente. Outra circunstância que favorece o deferimento está diretamente relacionada ao baixo nível de CD4.

Nas situações de indeferimento do pedido, como tentativa para conseguir o benefício, alguns usuários(as) recorrem à Justiça Federal na tentativa de lograr êxito em sua solicitação, ou seja, o que se tem denominado de judicialização das políticas sociais. Em relação a esta questão, encontramos o trabalho de Silva (2012), intitulado “A judicialização do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social” que estuda a relevância do judiciário na garantia de direitos constitucionais, porém a autora tece críticas a esta circunstância devido ao fato de que nem sempre o acesso à justiça dá-se de forma igualitária nas diferentes regiões do país, o que remete a outro agravante que é a agudização de carecimentos em contraposição a outras de mais fácil acesso.

### **3. Refletindo sobre as necessidades**

Dificuldades de acesso ao tratamento:

Depois de descoberto o diagnóstico, superado o momento do luto inicial, a decisão pela realização do tratamento torna-se uma tarefa nem sempre simples de ser realizada para uma grande parcela de usuários(as), devido às dificuldades para garantir seu

deslocamento para o Centro. Este fato poderia ser resolvido com a garantia de passe-livre para as PVHIV, particularmente as que se encontram em dificuldades financeiras ou por não ter idade de estar no mercado de trabalho, ou por encontrar-se desempregado(a) ou ainda devido ao nível de adoecimento não possuir condições laborais.

O projeto de lei para criação do Passe-livre encontra-se na Câmara Municipal há pelo menos 8 (oito) anos sem que os legisladores preocupem-se em aprová-lo, garantindo com isto o direito ao transporte gratuito, mas principalmente o direito à cidade e às políticas públicas das quais necessitam, dentre elas o acesso ao tratamento que lhe é fundamental.

Ainda em relação às dificuldades de acesso, pode-se discorrer nas situações de usuários(as) que tanto sequelados por doenças oportunistas, ou portadores de transtornos mentais não conseguem compreender as informações e assim manter seu tratamento a contento.

Discriminação e abandono:

Tenho atendido pacientes que ao revelarem seu diagnóstico aos familiares, são expulsos de ambiente familiar, ou simplesmente passam a ser alijados mesmo dentro de suas residências, e por fim veem-se obrigados a abandonar o convívio familiar.

Não é sem motivos que uma das propagandas veiculadas nos meios de comunicação fazem referência ao preconceito como algo mais deletério que a própria Aids, pois é de fato

7

correto afirmar que o preconceito é de fato o que de longe mais vitimiza as pessoas infectadas.

Por outro lado a rede de serviços na assistência social é extremamente deficitária, em geral é verdadeiramente difícil e até impossível alocar uma pessoa em um albergue ou abrigos, particularmente já ouvi de uma responsável por um abrigo da Igreja Católica dizer que não era possível receber “aidéticos”, em uma atitude que referenda preconceitos e estigmas segregadores, muito embora as normativas religiosas do “socorro”, a quem precisa.

Desemprego e desalento:

Os(as) usuários(as) que encontram-se regularmente empregados(as) convivem com o dilema de revelar ou não sua condição (muito embora não sejam obrigados a isto), pelo fato de colocarem em risco seu emprego ou aos desvinculados de não conseguirem lugar no mercado de trabalho.

Não raro os(as) usuários (as) empregados ao solicitarem documento pedem que os mesmos não tenham a identificação do Centro, há ainda os que perguntam se pelo fato de estarem infectados os patrões não podem lhes demitir.

Alguns usuários adoecidos necessitam ser readaptados ou de condições específicas mínimas para permanecerem empregados, o que nem sempre conseguem, mesmo apresentando a recomendação médica.

Coexistem com estas necessidades, outras como dificuldades de moradia, conseguir outras consultas especializadas e principalmente leitos para internação em situações de morbidade grave, pois os leitos para atender pacientes com Aids permanecem na mesma quantidade muito embora o número de pacientes seja sempre crescente, um complicador a mais nesta situação advém da necessidade de que vários destes(as) usuários(as) permanecem longo tempo internados (dois a três meses).

#### **4. Atividades desenvolvidas**

Educação em saúde:

O trabalho no centro pressupõe a necessidade de atividades permanentes de educação em saúde nas diferentes áreas tanto para favorecer o entendimento sobre a necessidade do tratamento e fazê-lo de forma satisfatória envolvendo usuários(as) e seus familiares, com a ajuda dos(as) estagiários(as), ratificando a necessidade de uma atenção integral, tentando dar conta do debate dos múltiplos fatores envolvidos no tratamento, e que influenciam no processo saúde-doença, aqui nos reportamos à discussão dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS), nos diferentes níveis estabelecidos, numa perspectiva para além de um modelo medicocêntrico, pois “[...] as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde”. (Buss e Pellegrini, 2007 p. 78).

Grupo de adesão

A adesão é uma necessidade constante para que os(as) usuários(as) mantenham o tratamento a contento e consigam alcançar a CV indetectável, além de níveis ótimos de CD4, que aumentam sobremaneira sua qualidade de vida e em condição correlata, deles dependem.

O grupo de adesão é organizado e implementado por uma Organização Não Governamental (ONG) denominada “Arte pela Vida”, oferecendo orientações, oficinas de artesanato, e atividades de educação. O encontro do grupo ocorre uma vez por semana, mas apenas no horário da manhã momento em que o Centro recebe maior concentração de usuários(as).

Confraternização de final de ano:

Todos os anos a gerência conjuntamente com a equipe de profissionais organiza o Natal dos usuários(as), onde ocorre um ato religioso ecumênico, apresentações culturais, distribuição de brinquedos para as crianças e cestas básicas.

A festa é organizada com doações e recursos do município, sendo um momento muito esperado pelos usuários(as), com grande participação destes(as).

Acolhimento:

O acolhimento é feito pelos técnicos em saúde e destina-se aos usuários(as) recém admitidos no Centro, bem como aos que se encontravam em abandono e que no momento encontram-se em condição de resgate, numa estratégia de apresentar os serviços oferecidos, o avanço, sucesso, perspectivas e possibilidades em se tratando da qualidade do tratamento, com reforço a autoestima, e a necessidade de adesão.

## 5. CONCLUSÕES

Apesar das tantas dificuldades relacionadas, o trabalho no Centro ratifica a necessidade de se discutir a política de saúde pública de forma a “reatá-la” à política de seguridade social conformando de fato seu tripé, pois os(as) usuários(as) do Centro, em sua maioria, seguem com necessidades básicas que urgem serem atendidas, estas vão desde afeto até alimentação e moradia.

Para os profissionais (não apenas do Serviço Social), trata-se de um desafio que começa na lotação para o desempenho do trabalho, e seguem nas respostas às suas carências por consultas, medicamentos para doenças oportunistas, benefícios diversos, alimento e até mesmo afeto.

9

Assim, iniciando a quarta década de existência da epidemia, apesar dos avanços inquestionáveis do tratamento, muitas pessoas diagnosticadas ainda margeiam à sombra de direitos básicos, em que pese ser o tratamento no país mundialmente premiado.

Como explicar tantos avanços convivendo com tanto descaso? Mesmo que não falte medicamentos específicos, mas como viver só de medicamentos?

Temos observado no cotidiano do Centro Dia, que não nos é possível passar inertes às debilidades de respostas às pessoas atendidas pela Política. Estes elementos compõem um cenário de angústias que contribui para selecionar aptos e não aptos, acirrando as dificuldades sentidas tanto pelo fato de ser pobre quanto por ser PVHIV, desempregado, homossexual, outros.

Nesta reflexão constatamos que a política de saúde tem de fato muitos desafios a serem transpostos dentre eles: a estagnação do avanço da epidemia, o cuidado de fato integral às pessoas infectadas que lhes garanta qualidade de vida e a superação dos estigmas relacionados à infecção.



## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde**: Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Brasília: Senado Federal, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos 2013**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis-DST**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília. 2006.

BUSS, P. C. e PELLEGRINI, A. A saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>. Acessado em: 20 de junho de 2019.

MOTA, Elizabete et al. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde Formação e Trabalho Profissional**. 3ª ed. São Paulo: Cortez, OPAS OMS, 2008.

ONU. Programa Conjunto das nações Unidas sobre HIV/AIDS. **90-90-90 Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS**. UNAIDS. Genebra 2013.