

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTOS - CEFD  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

RAYANE DE OLIVEIRA FERNANDES

O DIREITO ÀS PRÁTICAS CORPORAIS E À SAÚDE DAS PESSOAS  
VIVENDO COM HIV: AS TENSÕES, AS DIFICULDADES E OS  
AVANÇOS QUE AS POLÍTICAS PODEM GERAR

VITÓRIA

2018

RAYANE DE OLIVEIRA FERNANDES

O DIREITO ÀS PRÁTICAS CORPORAIS E À SAÚDE DAS  
PESSOAS VIVENDO COM HIV: AS TENSÕES, AS  
DIFICULDADES E OS AVANÇOS QUE AS POLÍTICAS PODEM  
GERAR

Dissertação apresentada ao Programa do  
Pós-Graduação em Educação Física, do  
Centro de Educação Física e Desportos, da  
Universidade Federal do Espírito Santo,  
como requisito parcial para obtenção do grau  
de Mestre em Educação Física.

Orientadora: Prof. Dra. Mariana Zuaneti  
Martins

VITÓRIA

2018

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

---

Fernandes, Rayane de Oliveira, 1989-

F36d O direito às práticas corporais e a saúde das pessoas vivendo com HIV : as tensões, as dificuldades e os avanços que as políticas podem gerar / Rayane de Oliveira Fernandes. - 2018.

93 f. : il.

Orientadora: Mariana Zuaneti Martins.

Dissertação (Mestrado em Educação Física) -Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Educação Física e Desportos.

I. Martins, Mariana Zuaneti. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Educação Física e Desportos. III. Título.

CDU: 796

---

RAYANE DE OLIVEIRA FERNANDES

**O DIREITO ÀS PRÁTICAS CORPORAIS E À SAÚDE DAS PESSOAS VIVENDO  
COM HIV: AS TENSÕES, AS DIFICULDADES E OS AVANÇOS QUE AS  
POLÍTICAS PODEM GERAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física, do Centro de Educação Física e Desportos, da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Educação Física.

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Prof. Dra. Mariana Zuaneti Martins  
Orientadora

---

Prof. Dr. Ivan Marcelo Gomes  
Universidade Federal do Espírito Santo

---

Prof. Dr. Dirceu Santos Silva  
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

VITÓRIA  
2018

## AGRADECIMENTOS

Chegar ao final dessa jornada foi o maior dos desafios por mim vividos até hoje. Digo que esse processo de construção do conhecimento pode ser descrito também como um processo de autoconhecimento. Pude ver que os limites são linhas tênues que podemos transpor, dependendo do nosso estado de espírito e também das mãos amigas que nos são estendidas ao longo do caminho.

Agradeço primeiramente a Deus, como fonte de inesgotável consolo para os dias difíceis e certeza de que o melhor sempre chega quando temos fé.

Ao Jhonatan, meu companheiro nessa jornada evolutiva, meu muito obrigada. É preciso muito amor para suportar as loucuras de uma puérpera durante seu processo de escrita, e você conseguiu esse feito. Obrigada pelos momentos de alegria, amor e, principalmente, de renúncia para que eu pudesse concluir esse sonho.

Agradeço à minha família, à minha mãe Adriana, por ser exemplo de solidariedade, e ao meu pai, por seu amor e acolhimento. Agradeço aos amigos, de longe e de perto, à Thayse por ser essa pessoa maravilhosa, e ao Guilherme, pelo amparo quando eu não conhecia ninguém.

Agradeço imensamente ao professor dr. Carlos Nazareno, por ter acreditado em mim e pela oportunidade a mim concedida para desenvolver este trabalho. Nazareno é uma joia que eu tive a felicidade de ter cruzado o meu caminho.

Meu muito obrigada também à professora dra. Mariana, que, com toda a sua doçura e empatia, me resgatou e foi meu farol na conclusão deste trabalho. Espero que muitas pessoas tenham o privilégio de aprender com essa pessoa única.

Agradeço também à Universidade Federal do Espírito Santo, ao Centro de Educação Física e Desportos, ao Programa de Pós-graduação em Educação Física, ao professores e colegas pelo desafio e pelo aprendizado.

## DEDICATÓRIA

Creio no direito à solidariedade e no dever de  
ser solidário.

Creio que não há nenhuma incompatibilidade  
entre a firmeza dos valores próprios e o respeito  
pelos valores alheios.

Somos todos feitos da mesma carne sofrente.  
Mas também creio que ainda nos falta muito  
para chegarmos a ser verdadeiramente  
humanos.

Se o seremos alguma vez...

(José Saramago).

Dedico este trabalho a meu filho Joaquim,  
que me fez renascer com a sua chegada.

## LISTA DE FIGURAS

Quadro 1	Linha do tempo com apresentação de acontecimentos relativos à HIV/Aids relevantes para a construção deste trabalho.....	19
Quadro 2	Descrição dos sujeitos participantes da pesquisa, data da realização da entrevista e sua duração.....	26
Figura 1	Componentes dos Sistemas de Saúde.....	50

## LISTA DE SIGLAS

AIDS - acquired immunodeficiency syndrome

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AVC – acidente vascular cerebral

CDC - clubes da comunidade

CEI - Centro de Especialidades Integradas

CEP - Comitê de Ética e Pesquisa

CER - Centros Especializados em Reabilitação

CTA - Centro de Aconselhamento e Testagem

DCV - Doenças Cardiovasculares

DST/Aids - Doença Sexualmente Transmissível

ENONG - Encontro Nacional de ONG

FISCEL - Laboratório de Pesquisa em Fisiologia Celular

GEP- Aids - Grupo de estudos e pesquisas da aids

H/D – Hospital dia

HIV - Human Immunodeficiency Virus

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA – Instituto Nacional do Câncer

LAPEX - Laboratório de Pesquisa em Exercício ()

LDL-c colesterol de lipoproteína de baixa densidade

MAC Medicinas Alternativas Complementares

MOPAIDS - Movimento Paulistano de Luta Contra a Aids

MT - Medicinas Tradicionais

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONG - Organizações não governamentais



PN-DST/AIDS - Programa Nacional de DST e AIDS

PVHA - Pessoas Acometidas Pelo Hiv/Aids

SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem

SESAP - Secretaria de Estado da Saúde

SEMUS – Secretaria Municipal de Saúde

SIDA - Síndrome da imunodeficiência adquirida

SOE – Serviço de Orientação ao Estudante

SUS – Sistema Único de Saúde

TG - triglicerídeos

UERN - Universidade Estadual do Rio Grande do Norte

UNAIDS - United Nations Programme on HIV/AIDS

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

## RESUMO

O presente trabalho objetiva analisar como as políticas públicas de saúde no que tange ao Programa de DST/Aids, em particular relativamente à temática das práticas corporais para pessoas que vivem com HIV, no intuito de atender ao princípio da integralidade do SUS. Acompanhando a tendência de descentralização dos programas de oferta deste tipo de práticas corporais, para dar conta de observar as dinâmicas da implementação, selecionamos três casos que constituem três diferentes modelos: Vitória, São Paulo e Natal. Entende-se o presente trabalho como uma pesquisa de abordagem qualitativa. Sua realização aconteceu em etapas, sendo elas: levantamento bibliográfico, coleta de dados documentais e inserção em campo para entrevista com os gestores, e, por fim, análise dos dados coletados, pela técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 1977). Como resultado da análise de dados referente às entrevistas semiestruturadas fica evidenciado que os sujeitos participantes deste estudo reconhecem a importância das práticas corporais para as pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA); nem todos, porém, caracterizam como essencial sua oferta dentro de um Serviço de Atendimento Especializado (SAE). Outros eixos que encontramos na fala dos sujeitos, e nortearam a análise, foram os temas descentralização, intersetorialidade e participação social.

Palavras-chave: Práticas corporais. Políticas públicas. Políticas de HIV/Aids.

## **ABSTRACT**

The present study aims to examine the public health policies in the STD/Aids program Insert the subject of body practices/physical Activity practices for people living with HIV, in order to meet the principle of completeness of the SUS. To the extent that the provision of bodily practices are organized decentrally, to take care to observe the dynamics of implementation, we have selected three cases were in three different models: from Vitoria, Sao Paulo and Natal. Means the present work as a qualitative research. The realization of the research took place in stages, namely: bibliographical, documentary and insert data collection in field to interview with the managers, and finally the analysis of data collected, through the technique of content analysis (BARDIN, 1977). As a result of the data analysis for the semi-structured interviews, evidence that the subject participants of this study recognizes the importance of bodily practices/AF for people living with HIV/Aids (PLWHA), but not all are characterized as being essential to your offer within a Specialized service (SAE). Other axes we found in talking about the subject and guided the analysis were the themes of decentralization, intersectoral approach and social participation.

Keywords: Body Practices. Physical activity. Public policy. Social rights. HIV/Aids policies.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
1.2 Procedimentos para a seleção dos casos e dos sujeitos entrevistados.....	23
1.3 Análise e interpretação dos dados.....	27
2. A PERCEPÇÃO DAS PRÁTICAS CORPORAIS/AF COMO TERAPIA COMPLEMENTAR PARA AS PVHA.....	30
3. PERCEPÇÕES SOBRE EQUIDADE, SAÚDE E PRÁTICAS CORPORAIS NOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO ÀS PVHA.....	36
3.1 Como as concepções sobre práticas corporais se desdobram na oferta de serviços?.....	36
3.2 Como a aids tensiona o conceito de saúde.....	43
4. IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE OFERTA DE PRÁTICAS CORPORAIS/ATIVIDADE FÍSICA PARA PVHA: DESCENTRALIZAÇÃO, PARTICIPAÇÃO E INTERSETORIALIDADE.....	50
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76
6. REFERÊNCIAS.....	79
ANEXO	

## 1. INTRODUÇÃO

A problemática que norteia este trabalho é a inserção das práticas corporais nos programas de tratamento das pessoas que vivem com o vírus HIV/Aids (PVHA). Este problema se forja com mais intensidade nos últimos anos, uma vez que, como efeito da política de acesso universal ao tratamento, a Aids deixou de ser uma sentença de morte, e passou a configurar-se como uma doença crônica (ALENCAR; NEMES; VELLOSO, 2008) .

A síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA; AIDS - acquired immunodeficiency syndrome) é a manifestação clínica avançada decorrente de um quadro de imunodeficiência causado pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH, HIV - human immunodeficiency virus), transmitido por via sexual (caracterizadas pela penetração vaginal e/ou anal ou por sexo oral), parenteral (uso da mesma seringa ou agulha contaminada por mais de uma pessoa; transfusão de sangue contaminado com o HIV; instrumentos que furam ou cortam, não esterilizados) ou vertical (da mãe infectada para o filho durante a gestação, o parto ou a amamentação) (RACHID; SCHECHTER, 2005).

Até o final de 2017, cerca de 36,9 milhões de pessoas viviam com HIV no mundo, conforme o boletim epidemiológico (BRASIL, 2017). Estima-se que 35,1 milhões de adultos, com idade entre 15 e 49 anos de idade, vivam com o vírus. A epidemia continua variando consideravelmente no número de novas infecções por HIV entre países e regiões do mundo (UNAIDS, 2017).

A avaliação pelo Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais (DST) do Ministério da Saúde demonstrou que o número estimado de pessoas com HIV/Aids é de aproximadamente 830 mil pessoas no Brasil. Desde 1980, no princípio da epidemia no país, até junho de 2017, foram contabilizados 882.810 casos de infecção por HIV (BRASIL, 2017). Estima-se que o Brasil apresente, em média, 40 mil novos casos de Aids por ano<sup>1</sup>. Nota-se, ainda, a existência de diferenças significativas entre as regiões brasileiras no que diz respeito

---

<sup>1</sup> Estimativa calculada sobre os dados dos últimos cinco anos.

aos agravos de notificação: Norte, Nordeste e Sudeste apresentam uma maior proporção de subnotificação em relação às Regiões Sul e Centro-Oeste.

A distribuição dos casos de Aids no Brasil, analisada conforme a proporção das notificações, evidencia uma concentração, nos casos nas regiões Sudeste e Sul, equivalente a 52,3% e a 20,1%, respectivamente, dos casos identificados de 1980 até junho de 2017. Já as regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte correspondem a 15,4%, 6,1% e 6,0% do total dos casos, respectivamente. Dentre estas, o Sudeste é o que apresenta o maior registro de casos nos últimos cinco anos, com a marca de 16,3 mil dos 40,6 mil casos em todo território nacional (BRASIL, 2017).

Com base nos dados supramencionados, é relevante abordar o fato de que elevados índices de morbidade e mortalidade tornam a Aids um urgente problema de saúde pública. Desde a identificação do primeiro caso, no início da década de 1980, até o presente, inúmeros desafios vêm sendo colocados para a humanidade (GIR; VAICHULONIS; OLIVEIRA, 2005).

Apesar dos altos índices de morbidade e mortalidade, no entanto, com a implantação de fortes esquemas de terapias antirretrovirais (Tarv) na prática clínica, as últimas duas décadas dos anos 2000 tiveram queda nessas taxas (RACHID; SCHECHTER, 2005). De acordo com dados epidemiológicos publicados pelo Ministério da Saúde, a taxa de mortalidade por Aids teve queda de 11,9%, com o índice reduzido de 5,9 para 5,2 óbitos por 100 mil habitantes de 2006 a 2016 (BRASIL, 2017).

O acesso universal e gratuito à terapia antirretroviral (Tarv), iniciado no Brasil desde 1996, resultou em um importante impacto no que diz respeito à morbimortalidade por Aids, com a elevação da sobrevivência de pessoas vivendo com HIV/Aids (FAZITO-REZENDE et al., 2010; MARINS et al., 2003; CHEQUER et al., 1992). Em estudo recente, Trickey et al. (2017) demonstraram que jovens de 20 anos, cujo tratamento antirretroviral iniciou-se no ano de 2010, possuem uma expectativa de vida dez anos mais alta que a de pessoas da mesma idade que iniciaram o tratamento em 1996.

A terapia antirretroviral, altamente eficaz (Haart), “refere-se a uma combinação de medicamentos antirretrovirais que, quando tomados em conjunto,

podem impedir a replicação do HIV e suprimir a carga viral. O termo já foi utilizado como sinônimo de Tarv, mas hoje é pouco utilizado” (UNAIDS, 2017b, p. 22). Se seguida corretamente, a Haart pode proporcionar a contenção da doença e um aumento da sobrevida dos indivíduos diagnosticados com Aids. Esse tratamento proporcionou condições para que a doença passasse a ser considerada crônica, e não mais uma sentença de morte. Como consequência do uso adequado da medicação Tarv, espera-se um aumento ou melhora da imunidade (linfócitos CD4) e um declínio do valor de carga viral do HIV, que pode encontrar-se indetectável.

Com a distribuição universal dos medicamentos antirretrovirais, ou seja, com a distribuição gratuita para todas as pessoas que necessitam do tratamento, estendeu-se a sobrevida e se acentuou uma melhora na qualidade de vida de PVHA<sup>2</sup> no Brasil (GIR; VAICHULONIS; OLIVEIRA, 2005). Nos dias atuais, pode-se dizer que diversos conjuntos de problemas relativos à epidemia de HIV foram superados, mas ainda existem desafios que podem ser observados, por exemplo, por meio dos boletins do Ministério da Saúde e do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (BRASIL, 2011; UNAIDS, 2010).

A rede assistencial de atenção às pessoas vivendo com HIV é parte da estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS) estabelecida em todo o território nacional. Ainda que sua expansão se faça necessária para facilitar o acesso de populações rurais (na Amazônia e no semi-árido do nordeste brasileiro, por exemplo), a rede permite grande cobertura de atendimento no que diz respeito às ações de promoção da saúde e prevenção à infecção (UNAIDS, 2010).

Até outubro de 2016, quase 490 mil PVHA se encontravam em Tarv no Brasil (UNAIDS, 2017). Como dito, a implementação do uso da Tarv elevou significativamente o tempo de sobrevida das pessoas vivendo com HIV/Aids, todavia, devido ao aparecimento de outras condições clínicas associadas aos efeitos pelo uso prolongado da medicação (como distúrbios metabólicos, endócrinos e cardiovasculares) a infecção passou a assumir a característica de doença crônica (CARR, COOPER, 2000). Assim, tem-se observado com maior frequência o

---

<sup>2</sup> A UNAIDS (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids) desenvolveu diretrizes de terminologias para serem utilizadas por seus funcionários, por colegas das organizações copatrocinadoras do Programa Conjunto, bem como por outros parceiros que atuam na resposta global ao HIV.

desenvolvimento de terapias complementares, que tornam possível atenuar os efeitos colaterais ocasionados pela Tarv, somados à própria infecção viral, tais como a síndrome de *wasting*<sup>3</sup> e a osteopenia<sup>4</sup> (LIMA et al., 2011). Vemos, então, o surgimento de outras necessidades em relação ao vírus HIV.

Apesar de indispensável ao prolongamento e à qualidade de vida das pessoas acometidas pelo vírus, o uso da medicação antirretroviral traz consigo consequências desagradáveis. Os efeitos colaterais da medicação, especialmente os que ocorrem a longo prazo, podem ser amenizados – ou até mesmo evitados – com uma alimentação saudável e com a prática de atividades físicas, de acordo com manual de Recomendações para a prática de atividades físicas para PVHA do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

Sobre isso, as Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV (BRASIL, 2008) e diversos autores apontam a importância do exercício físico/atividade física/prática corporal (AF/PC)<sup>5</sup> como estratégias terapêuticas. Aliado à mudança de hábitos, em busca de uma vida mais saudável e de melhor qualidade, este recurso está entre os mais utilizados para dar conta dos sintomas e complicações do caráter crônico da infecção pelo HIV e seus eventos adversos (BRITO et al., 2013; JAGGERS et al., 2013; MENDES et al., 2013; OGALHA et al.; 2011; GOMES, 2010; LAZZAROTTO, DEREZS, SPRINZ, 2010; SOUZA, MARQUES, 2009; DEREZS et al., 2007; RASO et al., 2007; EIDAM, LOPES, OLIVEIRA, 2005; PALERMO, FEIJÓ, 2003; LIRA, 1999; FECHIO et al.; 1998; FERNÁNDEZ, LARA, 1998).

---

<sup>3</sup> Uma das características dos pacientes com Aids é a desnutrição, conhecida como Wasting Syndrome (Síndrome Consumptiva), caracterizada pela perda de peso involuntária maior que 10% (SAVI, 2013, p. 5).

<sup>4</sup> Osteopenia é uma alteração metabólica do tecido ósseo, caracterizada pela diminuição da densidade mineral e comprometimento da resistência e da qualidade óssea. Pode ser fisiológica ou patológica, e predispõe à elevação do risco de fratura (BRASIL, 2012).

<sup>5</sup> Nesta dissertação, optou-se pela utilização das expressões exercício físico, atividade física, prática corporal. Ademais das notadas diferenças entre os termos, cabe aqui uma breve explanação sobre o termo “práticas corporais” que é utilizado ao longo do texto para explicar nosso posicionamento em relação a esse movimento não somente fisiológico, mas estreitamente ligado ao saber no campo das humanidades. O Glossário temático de Promoção da Saúde apresenta uma definição para o termo, sendo as práticas corporais “expressões individuais ou coletivas do movimento corporal, advindo do conhecimento e da experiência em torno do jogo, da dança, do esporte, da luta, da ginástica, construídas de modo sistemático (na escola) ou não sistemático (tempo livre, lazer” (BRASIL, 2012b, p. 28) Sabe-se da diferença existente entre as duas expressões, e se falará disso mais adiante. Porém, em alguns casos, como em documentos oficiais e principalmente no discurso massificado pela mídia, elas ainda são vistas como expressões muito próximas, razão da adoção dessa terminologia para evitar maiores contradições.



A utilização de exercícios físicos com prescrição supervisionada foi adotada como estratégia complementar à Haart por ser eficaz em relação à redução de efeitos adversos causados pelos medicamentos e pela própria infecção por HIV, sem prejuízos à função imune do paciente. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), a maioria dos estudos sobre PC/AF para PVHA demonstra uma melhora da aptidão física, sendo o treinamento com exercícios físicos capaz de produzir, igualmente, impacto positivo sobre indicadores psicológicos dessas pessoas.

Partindo daí, surgiu a pergunta que originou este trabalho: como as práticas corporais se inserem nas políticas de saúde para as pessoas vivendo com HIV/Aids? Quais as tensões, as dificuldades e os avanços que as políticas podem gerar? Pensar um trabalho que tenha a capacidade de gerar um impacto positivo, ou crítico, no meio acadêmico e, mais especificamente, no campo da Educação Física, é algo que talvez cause inquietude em alguns pesquisadores da área. Este foi um dos motivos que levaram à realização do presente estudo.

Desde a sua identificação até o presente momento, a infecção pelo HIV e a Aids vêm sendo o motivo de um grande número de estudos científicos desenvolvidos por pesquisadores ao redor do mundo (BOCHIO, FORTES, 2008; REIS et al., 2008; ARAUJO et al., 2007; REIS, SANTOS, CRUZ, 2007; VERAS et al., 1998). Ao buscar referências no portal de periódicos da Capes, utilizamos cinco combinações de palavras-chave: '*práticas corporais e HIV*'. Só encontramos 1 ocorrência. Com os descritores HIV e políticas públicas, encontramos 744 ocorrências. Com os descritores '*práticas corporais, HIV e políticas públicas*', não foram encontradas publicações. Com os descritores '*atividade física e HIV*', encontramos 268 ocorrências; por fim, com as palavras '*atividade física, HIV e políticas públicas*', também não foram encontradas publicações.

Ao proceder com a mesma busca no portal *Scielo*, encontramos artigo já encontrado no portal de periódicos da Capes, quando as palavras-chave buscadas foram '*práticas corporais e HIV*'. Quando articuladas as palavras-chave '*HIV*' com '*políticas públicas*', foram encontradas 124 ocorrências, a maioria de estudos de caráter epidemiológico. Já uma busca com as três palavras-chave '*práticas corporais, HIV e políticas públicas*' não resultou o encontro de produções. O uso das palavras-chave '*atividade física e HIV*', gerou 24 resultados. O uso das palavras-

chave foram '*atividade física, HIV e políticas públicas*', também não encontrou resultado para a busca.

Além disso, é importante comentar que o envolvimento da pesquisadora com a temática escolhida para desenvolver este trabalho vem de longa data, antes mesmo do início da vida acadêmica. Desde os dez anos de idade, participava com sua mãe do movimento de luta contra a Aids através de trabalho voluntário em uma organização não-governamental (ONG) que presta assistência às PVHA. Acompanhar de perto a luta diária contra a doença e os efeitos colaterais da medicação fez despertar o desejo de envolvimento com a causa, agora de modo acadêmico. A pesquisadora percebeu que para alimentar sua curiosidade era necessário aprofundar também seus conhecimentos em gestão de políticas e políticas públicas, além da participação social como motor de mudança. Tal participação suscitou o interesse a respeito de como a gestão pode influir de forma decisiva nas escolhas das ações que serão feitas, dentro do planejamento das ações relativas à Aids, mas não só isso. Descobrir como acontece essa dinâmica entre os movimentos sociais e as ações dos órgãos que executam as ações planejadas provocou inquietação.

Um segundo motivo foi olhar a Educação Física como algo que auxiliasse a pesquisadora a colocar seus valores pessoais em prática, buscando produzir algo que viesse a acrescentar/mudar/beneficiar algum grupo ou realidade específica. Neste caso, optou por tentar pensar os vários desdobramentos que o vírus HIV causa em consonância com as diversas possibilidades que a Educação física apresenta.

Para o desenvolvimento deste trabalho, definiu-se como objetivo principal: analisar como as políticas públicas de saúde, no que tange ao Programa de DST/Aids, inserem a temática das práticas corporais junto às pessoas vivendo com HIV, e as diferentes interpretações dos atores envolvidos nesse processo. À medida em que os programas de oferta de práticas corporais se organizam de forma descentralizada, para dar conta de observar as dinâmicas da implementação, foram

selecionados três casos que abarcaram três diferentes modelos: de Vitória, São Paulo e Natal<sup>6</sup>. Estes programas são o objeto desta dissertação.

A necessidade de seleção de casos específicos para analisar a implementação de uma política pública reflete os direcionamentos teórico-metodológicos da pesquisa. Compreendemos que a política pública deve ser observada em três diferentes dimensões que, conforme Frey (2000) caracterizam seu ciclo. Tal tipologia contempla a política pública como um ciclo deliberativo de várias etapas, que compõe um processo dinâmico e de aprendizado (SOUZA, 2006).

Frey (2000) explica que as diferentes fases do ciclo político correspondem a uma série de elementos do processo político-administrativo e podem ser analisadas quanto às relações de poder, às redes políticas e sociais e às práticas político-administrativas encontradas em cada fase. O autor continua, propondo uma distinção entre as fases do ciclo político, categorizando-as em: percepção e definição de problemas, agenda-*setting*, elaboração de programas e decisão, implementação de políticas e, finalmente, avaliação de políticas e eventual correção da ação (FREY, 2000).

A tipologia do ciclo político tem como principal pressuposto a fase de definição de agenda (*agenda setting*), além de inquirir o motivo pelo qual algumas demandas entram na agenda política e outras são mantidas de fora. Podem-se observar duas constantes no ciclo da política pública: uma linha dá maior destaque aos sujeitos que participam do processo decisório, enquanto outras enfatizam o processo de elaboração da política pública (SOUZA, 2006).

Sobre as agendas, segundo Souza (2006), acham-se três possibilidades sobre como os governos as definem. A agenda preambular ocorre a partir dos problemas, quando se assume ser necessário agir a respeito deles. Os resultados desta agenda estão intimamente ligados ao reconhecimento e à sua delimitação. A segunda possibilidade consiste na política em si mesma, isto é, como ocorre coletivamente a sedimentação quanto à indispensabilidade de agir frente a um determinado problema: no momento em que o *start* da política pública é facultado pela política, o consenso a que se chega ocorre mais por barganha do que por

---

<sup>6</sup> Os critérios de seleção e a caracterização dos modelos estão detalhados na seção metodológica.

persuasão; quando o *start* da política pública se dá pelo problema a ser enfrentado, a persuasão já é a forma encontrada para se chegar ao consenso (SOUZA, 2006).

Ainda conforme Souza (2006), a autora indica que a terceira possibilidade tem como foco os participantes, classificados como visíveis (políticos, mídia, partidos, grupos de pressão, etc.) e invisíveis (acadêmicos e burocracia). De acordo com essa concepção, a definição da agenda fica a cargo dos participantes visíveis e as alternativas, a cargo dos invisíveis.

Para analisar as políticas públicas, é importante pensar em três dimensões da política: polity, politics e policy. Segundo Frey (2000):

- a dimensão institucional 'polity' se refere à ordem do sistema político, delimitada pelo sistema jurídico, e à estrutura institucional do sistema político-administrativo;
- no quadro da dimensão processual 'politics' tem-se em vista o processo político, freqüentemente de caráter conflituoso, no que diz respeito à imposição de objetivos, aos conteúdos e às decisões de distribuição;
- a dimensão material 'policy' refere-se aos conteúdos concretos, isto é, à configuração dos programas políticos, aos problemas técnicos e ao conteúdo material das decisões políticas (FREY, 2000, pp. 216-217).

Isto posto, entendendo os conceitos necessários para se analisar determinada política pública, há que se destacar que não basta que se observe a letra legal do documento; é necessário ir a campo para melhor compreensão da política a fim de realizar uma análise que contemple mais fatores.

Após expor o referencial teórico-metodológico que norteou as decisões desta pesquisa, passamos, portanto, ao detalhamento do percurso utilizado para a produção e análise de dados.

### 1.1. Caminhos metodológicos

Para a produção do corpus de análise dessa pesquisa, foram utilizadas três estratégias metodológicas (GIL, 2002). Em um primeiro momento, um levantamento documental, que teve como objetivo verificar quais leis e portarias estão em vigor e regem o sistema de saúde e o Programa Nacional de DST/Aids do Brasil. Esta etapa contribuiu para a compreensão do ponto de vista regulamentar e legal sobre o lugar

das *práticas corporais/atividade física* nas políticas públicas para PVHA, o que se caracteriza de acordo com o seguinte percurso (Quadro 1).

Quadro 1- Linha do tempo com apresentação de acontecimentos relativos à HIV/Aids relevantes para a construção deste trabalho

ANO	ACONTECIMENTO	DESCRIÇÃO
1985	Criação da primeira ONG-HIV/Aids do país e da América Latina: Grupo de Apoio a Prevenção à Aids (Gapa)	O grupo se reunia para debater sobre os papéis do Estado e da sociedade diante da nova doença que surgia, descrita de forma preconceituosa, como de minorias (homossexuais, usuários de drogas, prostitutas, hemofílicos).
1986	Ministério da Saúde cria o Programa Nacional de DST e Aids	Inclusão da Aids na lista de doenças de notificação compulsória no país, pela Portaria nº 1.100, de 24 de maio de 1986.
1987	Criação da Comissão Nacional de Aids	Teve a função de auxiliar o Ministério da Saúde a definir os mecanismos técnico-operacionais para o controle da Aids, coordenação da produção de documentos técnicos e científicos e colaborar com o Ministério da Saúde na avaliação de desempenho dos diversos componentes da ação de controle da Aids.
1988	Início da distribuição de medicamentos específicos	O sistema de saúde brasileiro iniciou a distribuição de medicamentos específicos para as doenças oportunistas e a medicação zidovudina, mais conhecida como AZT.
1993	“Projeto Aids I”	Caracterizado por negociações e convênios que ocorreram entre o governo brasileiro e o Banco Mundial, teve sua vigência iniciada em 1994 e concluída em 1998; priorizava a implantação e a estruturação de serviços assistenciais.
1998	“Projeto Aids II”	Foi iniciado em 1998 e perdurou até 2003. Buscou baixar a ocorrência de casos de HIV e DST e também desenvolver a melhora da qualidade do diagnóstico, tratamento e assistência às PVHA,
2002	Portaria Nº 2,314, Plano de Ações e Metas (PAM)	Instrumento de planejamento, monitoramento e avaliação das ações, devendo ser utilizado pelas secretarias estaduais e municipais de Saúde que foram escolhidas para receber recursos do incentivo.

Cont.

Continuação do Quadro 1

2003	“Projeto Aids III”	Iniciado em 2003 com vigência até 2006.
------	--------------------	---

		O Brasil recebeu a recomendação de descentralização do financiamento das ações de HIV/Aids.
2012	Portaria nº 77, de 12 de janeiro de 2012	Trata da realização de testes rápidos na atenção básica para a detecção de HIV e sífilis, e também de testes rápidos para outras doenças no período da atenção pré-natal para gestantes e suas parceiras sexuais.
2013	Portaria conjunta número 1, de 16 de janeiro de 2013	Dispõe sobre a alteração na Tabela de Serviço Especializado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), o Serviço 106 - Serviço de Atenção a DST/HIV/Aids.
2016	Emenda constitucional 95	Não permite o aumento das despesas totais e reais dos governos, além da inflação, mesmo que a economia esteja bem. Somente será possível realizar algum incremento nos investimentos em uma área desde que sejam feitos cortes em outras.
2017	Portaria 3.992	Redução de seis para dois blocos de financiamento do SUS: um, de custeio, que concentra quase todos os recursos federais, e outro, de investimentos, que desmembra e descaracteriza o sistema ao tornar flexível o uso das verbas da Saúde no final.

Fonte: [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)

Em um segundo momento, foi realizado levantamento bibliográfico, a fim de localizar as informações teóricas em livros, artigos científicos, banco de dados e revistas especializadas, visando à elaboração de um suporte teórico sobre a temática da pesquisa. Para tanto, os termos utilizados para a busca foram: *HIV, Aids, Práticas corporais, Exercício físico, Atividade Física, Políticas Públicas, Políticas Sociais, Descentralização, Intersetorialidade e Participação Social*.

Para que fosse possível construir um texto capaz de expressar os anseios em relação ao tema, foi necessário buscar um aporte teórico que conseguisse transmitir a mensagem e também que dialogasse com o material coletado. Para isso, a busca se baseou em três subgrupos: o primeiro deles centrado na busca de HIV e Aids, para melhor se entender sobre o desdobramento do vírus, desde a sua descoberta à

sua manifestação ao longo do tempo. Com isso, foi possível aprofundar também toda a lógica de âmbito legal que permeou o tema desde o seu princípio.

Outra temática que está estreitamente ligada a este trabalho é a de práticas corporais, que foi relacionada aos termos '*HIV/Aids*'. No entanto, devido à diversidade de nomenclaturas encontradas na literatura para um mesmo fim, foi necessário utilizar outros termos, a saber: *exercício físico* e *atividade física*. O termo *práticas corporais* foi encontrado em publicações mais recentes. Já o termo *exercício físico* apareceu mais em trabalhos de cunho instrumental, nos quais o que se desejava aferir eram seus efeitos fisiológicos na relação com o vírus. Por fim, o termo *atividade física* foi visto com mais frequência na letra do texto legal, ou em recomendações do Ministério da Saúde, direcionadas às PVHA. Utilizamos estes termos para corroborar a utilidade das práticas direcionadas a essa população, demonstrando, pois, a relevância do tema.

O último subgrupo escolhido para compor esta pesquisa foi o que abarcasse a temática da política, que fora articulada aos termos: políticas públicas, política social, descentralização, intersectorialidade e participação social. Para compreender como se dão os processos de construção de determinada ação no âmbito da gestão municipal e/ou estadual, é preciso apropriar-se de determinados conhecimentos que tragam luz a esses processos. Logo, uma melhor compreensão deste estudo requer ao menos breve apresentação de seu conteúdo.

Como dito anteriormente, as bases de dados utilizadas foram as seguintes plataformas: Scielo e Periódicos Capes, além de livros disponíveis no acervo da biblioteca central da Ufes. Foi encontrada uma quantidade satisfatória de trabalhos de cada um dos termos acima citados. Entretanto, quando agrupados no intuito de localizar trabalhos que abordassem o assunto sobre *HIV/Aids*, *práticas corporais/AF* e *políticas públicas* [todos em um mesmo trabalho] o insucesso desta tentativa nos provocou certa inquietação. Cabe ressaltar que durante toda a construção deste trabalho, foi utilizado qualquer aporte teórico que agregasse valor à discussão já iniciada, não cessando assim a fase de revisão bibliográfica.

Num terceiro momento, foram selecionados três casos para analisar e para comparar os efeitos da implementação das políticas públicas para PVHA do ponto

de vista da oferta de PC/AF. Para a análise dos casos, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com algum gestor do programa, bem como uma análise documental a ele relativa.

Segundo Demo (1995) a entrevista semi-estruturada pode ser definida como a atividade científica que possibilita o pesquisador desvendar a realidade. Minayo (1996) afirma que a entrevista semi-estruturada é o fenômeno que permite ao pesquisador aproximar os fatos ocorridos na realidade da teoria existente sobre o assunto analisado, e isso se dá a partir de uma combinação entre os dois. Sendo assim, tais entrevistas foram necessárias para comparar a diferença na trajetória e no modelo de cada programa de HIV/Aids quando da oferta das práticas corporais às PVHA, o que possibilitaria entender efeitos e consequências que algumas percepções, concepções e modelos de gestão causariam.

Os casos selecionados dizem respeito às cidades de Vitória<sup>7</sup>, Natal e São Paulo, capitais do Espírito Santo, Rio Grande do Norte e São Paulo, respectivamente, que ocupam o 10<sup>o</sup>, o 20<sup>o</sup> e 25<sup>o</sup> lugar no ranking da taxa de detecção (por 100.000 habitantes) de casos de Aids no período de 2003 a 2015 (BRASIL, 2016). O caso de Vitória representa um modelo de integração da oferta de práticas corporais aos programas já existentes no SUS. O segundo caso, Natal, representa um programa específico, construído em parceria com uma universidade (PREFEITURA MUNICIPAL DE NATAL, 2017). Por fim, o caso de São Paulo representava a oferta de práticas corporais num programa específico gestado em parceria com a sociedade civil, uma ONG ativista da causa. A seguir, detalhes da trajetória de cada um dos casos selecionados.

## 1.2 Procedimentos para a seleção dos casos e dos sujeitos entrevistados

Partindo da perspectiva de comparar diferentes possibilidades de oferta de práticas corporais para PVHA, procedeu-se ao levantamento de casos-referência para subsidiar a compreensão do cenário. É possível citar dois exemplos de parcerias firmadas entre Secretarias de Estado de Saúde e universidades públicas

---

<sup>7</sup> O presente estudo foi realizado colhendo entrevistas com sujeitos das seguintes cidades: Vitória, Natal e São Paulo.



locais. Um deles, ocorrido em Porto Alegre-RS, é o caso do Laboratório de Pesquisa em Fisiologia Celular (FisCel) e do Laboratório de Pesquisa em Exercício (Lapex) da UFRGS. Em parceria com a Secretaria de Estado de Saúde do Rio Grande do Sul, por meio do Laboratório Central de Saúde Pública (IPB-Lacen), criaram conjuntamente o Grupo Interinstitucional de Exercício Físico e Pesquisa Direcionados a Paciente HIV/Aids (GEP-Aids), o qual disponibiliza práticas corporais direcionadas às PVHA.

Outro caso em que se estabeleceram parcerias foi o de Natal-RN. Em 2012, foi inaugurada a academia do Programa de Práticas Corporais para Grupos Especiais, destinada a pessoas com HIV/Aids, obesos, idosos e hipertensos. A unidade faz parte das atividades desenvolvidas pela Secretaria de Estado da Saúde Pública (Sesap), por meio do Programa Estadual DST/Aids e Hepatites Virais, e conta com a parceria da Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (Uern).

Segundo Silva e Silva (2011), outra possibilidade de parcerias, além das estabelecidas com as universidades, ocorre através das ONGs – atividade regulamentada pela Lei 9.790/99. As ONGs têm sido um instrumento importante no desenvolvimento de ações de prevenção em vários espaços e com grupos distintos das comunidades, de acordo com as características peculiares das localidades e de suas populações. Ademais ao suporte afetivo e material, as ONGs que trabalham com o HIV/Aids (ONGs/Aids) desde o início da epidemia exercem importante papel no apoio às pessoas que vivem com o vírus. Essas organizações incentivam a ocorrência de ações de fortalecimento de direitos de PVAH, contribuindo direta e indiretamente para a reconstrução do projeto de vida dessas pessoas.

Ainda sobre a importância da parceria entre Estado e sociedade civil, a Agência Aids destaca que a disponibilização da oferta de atividades físicas para pessoas que vivem com HIV/Aids nas unidades de assistência do município de São Paulo existe desde 2001 e sempre teve sua administração desempenhada por organizações da sociedade civil. Parcerias entre o Programa Municipal de DST/Aids de São Paulo e ONGs possibilitaram a expansão do serviço.

Em 2009, a coordenação municipal de São Paulo deu início ao projeto *Malhar é Viver+*, que oferece atividades físicas para PVHA. Segundo o Programa Municipal

de DST/Aids de São Paulo, todos os projetos deste programa passam por um processo de reavaliação e readequações, conforme necessidades e realidades locais. Fato que fez a gestão considerar a possibilidade, dentro da perspectiva de intersetorialidade, de buscar alternativas em outros equipamentos municipais, como os clubes da comunidade (CDC) (unidades esportivas em terrenos municipais ou parcerias com outras instituições de atividade física).

Por isso, na medida em que a sociedade civil se apresenta como um sujeito importante na interlocução sobre a construção desses programas, além de se entrevistar os gestores, também foi selecionado um integrante de um movimento social relacionado às PVHA, a fim de se detectar a participação desse movimento na constituição de programas de oferta de práticas corporais para o segmento da população objeto deste estudo.

Depois de algum tempo buscando contato com os casos citados, obtivemos êxito no contato com os sujeitos dos municípios de Vitória/ES, Natal/RN e São Paulo/SP. Tais escolhas foram possíveis devido à disponibilidade das pessoas contatadas em participar deste estudo.

O município de Vitória tem uma área de 98,194 km<sup>2</sup> de extensão territorial e uma população estimada de 358.267 mil habitantes para o ano de 2018, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012). A Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (Semus) relata que a série histórica dos casos de HIV no município apontam uma média de 120 a 150 novos casos/ano, desde 2005, de acordo com informações do Centro de Referência em DST/Aids da Secretaria Municipal da capital. Tal índice pode estar relacionado à ampliação do diagnóstico, bem como a uma diminuição das medidas de prevenção entre as pessoas (SEMUS, 2015). Vitória possui três serviços de atendimento especializado, os quais também funcionam como CTAs<sup>8</sup>; um deles, como Hospital-Dia, além de possuir somente um movimento social ativo de luta contra a Aids.

O município de Natal tem uma área 167,264 km<sup>2</sup> de extensão territorial e uma população estimada de 877.640 mil habitantes para o ano de 2018, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012). Segundo dados da

---

<sup>8</sup> Centro de testagem e aconselhamento em DST/Aids

prefeitura e do governo do estado, há no município da capital dois locais de atendimento especializado para PVHA: o hospital estadual Giselda Trigueiro, que funciona como SAE e também como hospital-dia, que nada mais são que leitos onde os pacientes podem permanecer por algumas horas, para a ministração de medicamentos. Além do hospital, que é de gestão estadual, há o SAE, que funciona no Centro de Especialidades Integradas Leste II (CEI Leste II) e é de competência municipal. No hospital Giselda Trigueiro São realizados cerca de três mil atendimentos relacionados ao HIV por mês, enquanto no SAE do CEI Leste II, o serviço conta, atualmente, com cerca de 1.800 usuários cadastrados, que são atendidos por uma equipe multidisciplinar (GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE, 2017). Existem 19 ONGs cadastradas em Natal que atuam na temática de HIV/Aids, segundo Ministério da Saúde.

Em Natal, existe ainda a oferta de práticas corporais, fato que se deve a um acordo de cooperação assinado entre a Secretaria de Estado de Saúde Pública do Rio Grande do Norte e a Universidade Estadual do Rio Grande do Norte. Deve-se destacar que o projeto continua em vigor, tendo sido iniciado em 2012.

O município de São Paulo tem uma área 1.521,110 km<sup>2</sup> de extensão territorial e uma população estimada de 12.176.866 habitantes para o ano de 2018, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012). Nessa capital, segundo registro no Ministério da Saúde, há 26 SAE's. Entre eles, existem serviços com administração municipal, bem como outros com administração estadual. Além deles, na capital paulistana há também 26 ONG's que atuam com a temática de HIV/Aids.

O programa desta capital foi pioneiro ao adotar a estratégia de incorporar os representantes da sociedade civil, definindo um modelo de atenção básica que seria adotado em todo o território nacional. Entre 1980 e junho de 2014, foram notificados 242.475 casos no estado de São Paulo e 86.112, no município de São Paulo. Segundo o Movimento Paulistano de Luta Contra a Aids (Mopaid), atualmente a resposta à epidemia de DST/HIV/Aids tem como premissas três aspectos: sustentabilidade técnica, política e financeira. Devem ser consideradas a relação com a sociedade civil organizada, a promoção dos direitos humanos e a garantia do direito à prevenção e à assistência.

São Paulo, como um caso peculiar e diferenciado, teve um programa específico de práticas corporais dentro dos serviços de atendimento especializado (SAE). Entretanto, devido a alguns fatores que serão abordados mais à frente, as práticas corporais das PVHA foram sendo incorporadas por outros serviços da prefeitura, ou oferecidas por meio de parceria com as ONGs atuantes no município.

O quadro (2) a seguir apresenta descrição de cada participante entrevistado nesta pesquisa. Utiliza-se o termo “sujeito” seguido de um número (1 a 4) visando preservar a identidade dos entrevistados. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), sob o parecer nº 2.227.945

Quadro 2 - Descrição dos sujeitos participantes da pesquisa, data da realização da entrevista e sua duração

Nome	Função	Data de nascimento	Data de Realização da entrevista	Duração da entrevista
Sujeito 1	Gestor do Serviço de Atendimento Especializado no município de Vitória	9 set. 1971	17 mar. 2017	59'15''
Sujeito 2	Coordenadora de um projeto de práticas corporais para PVHA em Natal-RN	10 out. 1971	9 jul. 2018	49'24''
Sujeito 3	Consultor no Programa Municipal de HIV/Aids na cidade de São Paulo	18 jul. 1967	26 ago. 2018	43'44
Sujeito 4	Integrante do Movimento Social que dá suporte às PVHA	17 abr. 1970	4 ago. 2018	22'52''

### 1.3 Análise e interpretação dos dados

As entrevistas foram interpretadas através de categorias de análise definidas segundo o conteúdo encontrado nas próprias entrevistas. Para realizar a análise dos dados, a técnica utilizada foi a de análise de conteúdo, que se caracteriza como um recorte dos conteúdos de acordo com os assuntos mais relevantes para o estudo, para, posteriormente, se agrupar e categorizar as unidades de respostas. Desse

modo, empregando técnicas de análise de conteúdo em cada texto, o conteúdo de interesse direto da pesquisa foi identificado e interpretado a partir da literatura (BARDIN, 1977; RICHARDSON et al., 1999).

A codificação dos textos foi estabelecida com base nos conteúdos mais significativos para este trabalho e, com esses dados, analisamos as seguintes categorias, detalhadas mais a frente: 1) A percepção das práticas corporais como terapia complementar para as PVHA; 2) Percepções sobre equidade, saúde e práticas corporais nos serviços de atendimento às PVHA; 3) Implementação das políticas públicas de oferta de práticas corporais/atividade física para PVHA .

Bardin (1977) indica que as fases de análise de conteúdo são organizadas de forma cronológica e divididas em três fases: 1) a de pré-análise, que tem por objetivo operacionalizar e sistematizar as ideias; 2) a análise do material, que consiste na codificação, categorização e quantificação da informação coletada; 3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação, visto que uma vez ultrapassadas as etapas anteriores, esta etapa tem por objetivo responder às perguntas que originaram o trabalho.

Nos capítulos subsequentes, a análise das entrevistas será realizada dialogando seu conteúdo com o conteúdo documental utilizado no presente trabalho, bem como com a literatura que corrobore tais análises.

Salienta-se que a análise e discussão dos dados coletados está referenciada conforme revisão bibliográfica correspondente às temáticas de cada subtópico – por assim se acreditar que o leitor possa desfrutar de uma leitura mais dinâmica do conteúdo do presente estudo.

As entrevistas foram gravadas, com livre consentimento dos entrevistados, e posteriormente transcritas. Após leitura cuidadosa e exaustiva do material (BARDIN, 1977), as unidades de registro foram classificadas em tópicos para melhor discussão com a revisão de literatura apresentada concomitantemente. Os tópicos analisados a seguir são: a) A percepção das práticas corporais como terapia complementar para as PVHA; b) Percepções sobre equidade, saúde e práticas corporais em um serviço de atendimento às PVHA; c) implementação das políticas públicas de oferta

de práticas corporais/atividade física para PVHA: descentralização, participação e intersetorialidade.

## 2. A PERCEPÇÃO DAS PRÁTICAS CORPORAIS/AF COMO TERAPIA COMPLEMENTAR PARA AS PVHA

Para efeito de contextualização sobre a discussão apresentada no presente trabalho, procedemos com a correlação entre as falas em que aparecem a relação entre o HIV/Aids e as práticas corporais/AF e a teoria que as justificam, onde a mesma é apresentada juntamente com a revisão de literatura pertinente ao conteúdo encontrado em cada fala. São também apresentados os efeitos oriundos da realização dessas práticas no aspecto físico, social e psicossocial da pessoa que vive com HIV/Aids.

Atualmente, existe um consenso de que a prática regular de exercícios físicos é benéfica na prevenção de vários fatores associados às enfermidades e comorbidades que possam acometer qualquer indivíduo (HASKELL et al., 2007). Pensar tais benefícios torna inerente abranger também as PVHA. Entretanto, alguns fatores associados aos efeitos colaterais resultantes do uso das medicações inerentes à terapêutica fazem com que seja necessário pensar alternativas para sua diminuição e também para o aumento na adesão ao tratamento.

Nas falas de quem vive a realidade do tratamento, bem como junto aos que representam o movimento social das PVHA, identificamos a indicação de que as práticas corporais podem ter influência positiva na adesão ao tratamento:

Pra ele conseguir ter uma adesão na medicação, ter uma adesão no tratamento por completo, eu acho que ele teria que ter assistência, e se esse tipo de exercício acrescentaria melhorias física, emocional, psicológica, eu acho que seria de grande valor pra gente (Sujeito 4).

Nesse sentido, é importante dar voz às PVHA, visto que ele próprio seria o beneficiário dos efeitos oriundos da inserção de práticas corporais/AF em sua rotina. Quando se observam os indicadores cardiovasculares, a orientação para a realização de exercícios físicos pelas PVHA tem sido incentivada de maneira similar à da população em geral. O exercício, neste caso, constitui uma ferramenta considerável para a melhora da composição corporal, para a redução da pressão

arterial e melhora no quadro de dislipidemia<sup>9</sup>, dentre outros fatores de risco relacionados a doenças cardiovasculares (BLANCO et al., 2010).

Ao analisar a função muscular, é importante notar que, ademais de a perda de massa muscular esquelética estar estreitamente associada com o avanço da doença, o decréscimo da capacidade física e a mortalidade, estudos apresentam fortes indícios de que a perda de massa muscular (*sarcopenia*) pode acontecer de maneira independente da perda de massa corporal total em períodos assintomáticos, e também devido ao prolongado uso de antirretrovirais (DUDGEON et al., 2006; PINTO, PAES & FARINATTI, 2013). Os autores concluem que, para estimular o aumento de massa magra, bem como o aumento da força em PVHA, uma estratégia eficiente seria a utilização de exercícios físicos, destacando-se o treinamento resistido, ainda que para isso não se utilizem recursos ergogênicos e/ou terapias hormonais.

É correto afirmar que o sistema imune pode ser influenciado pelo exercício/PC/AF, em maior proporção (de forma aguda) e em menor proporção (de forma crônica). De acordo com Eichner e Calabrese (1994), o exercício pode elevar ou diminuir o processo imune, e o que pode ser apontado como favorável em mediar essa capacidade é o nível do estresse, ou seja, o nível da intensidade do exercício. Sendo o exercício uma forma de estresse para o organismo, ele cria um desvio do estado homeostático, provocando um novo arranjo da resposta de diversos sistemas, entre eles, o imune (COSTA ROSA e WAISBERG, 2002).

A prática de exercícios crônicos de caráter moderado parece ter efeito reduzido sobre a função imune de repouso, podendo, no entanto, melhorá-la. De acordo com Santos et al (2007), podem ser entendidas por reposta aguda as modificações temporárias da resposta imune provocadas por uma sessão de

---

<sup>9</sup>Cf. Anvisa (2011), "A dislipidemia é definida como distúrbio que altera os níveis séricos dos lipídeos (gorduras). Na dislipidemia, há alteração dos níveis séricos dos lipídeos. As alterações do perfil lipídico podem incluir colesterol total alto, triglicerídeos (TG alto), colesterol de lipoproteína de alta densidade baixo (HDL-c) e níveis elevados de colesterol de lipoproteína de baixa densidade (LDL-c).<sup>1</sup> Em consequência, a dislipidemia é considerada como um dos principais determinantes da ocorrência de doenças cardiovasculares (DCV) e cerebrovasculares, dentre elas aterosclerose (espessamento e perda da elasticidade das paredes das artérias), infarto agudo do miocárdio, doença isquêmica do coração (diminuição da irrigação sanguínea no coração) e AVC (derrame)<sup>2</sup>. De acordo com o tipo de alteração dos níveis séricos de lipídeos, a dislipidemia é classificada como: hipercolesterolemia isolada, hipertrigliceridemia isolada, hiperlipidemia mista e HDL-C baixo".



exercício; por adaptações crônicas, as transformações na resposta imune originadas por múltiplas sessões de exercício, caracterizando um treinamento.

Entretanto, grandes períodos de treinamento com a realização de exercícios intensos podem levar a uma sutil supressão de fatores imunes, sendo capaz de ajudar no surgimento de algumas infecções (SANTOS et al., 2007). Os mesmos autores continuam, em sua revisão, afirmando que não existem evidências de que as PVHA tenham apresentado resposta negativa ao exercício; com relação ao sistema imune, contudo, deve-se atentar para a sua intensidade, sendo ela relacionada com o estado do paciente e também com o estágio da infecção pelo HIV.

Ainda conforme Santos et al. (2007), encontramos a assertiva de que uma prescrição ótima de exercício para PVHA é definida por inúmeras condições. Destacamos dentre elas: o histórico médico, a condição de saúde atual, o histórico de aptidão física, a participação atual em atividades de aptidão física e os objetivos de aptidão física relacionados à saúde. Sendo assim, o paciente, o médico e outros profissionais da área da saúde [aqui incluído o professor de educação física] deverão escolher com extremo cuidado e monitorar a modalidade, a intensidade e o volume da prescrição do exercício, objetivando, assim, otimizar os resultados para o paciente. Os autores sustentam, com base em sua revisão, que o treinamento cardiorrespiratório, aliado ao treinamento de força progressivo, tem demonstrado melhora na qualidade de vida das PVHA.

Estes critérios podem ser observados no cenário das práticas que acontecem em Natal:

Nós exigimos o encaminhamento médico, o médico que dá o parecer clínico da condição do paciente e ele traz também os últimos exames que ele tenha feito: CD4, carga viral, todos aqueles exames complementares que ele faz. Com esse parecer clínico do médico, a gente define a programação (Sujeito 2).

A gente faz uma anamnese e define a prática (Sujeito 2).

A prescrição do exercício vai de acordo com a intensidade, pra eles principalmente, porque eu vou receber esse sujeito que está com a carga viral detectável e vai ter sujeito com a carga viral indetectável. Então eu vou poder trabalhar com a intensidade mais baixa ou com a intensidade mais elevada, vai ter uma frequência de treinamento maior ou uma frequência de treinamento menor, conforme o grau de imunidade que esse paciente se encontra. Por isso que eu falo com bastante segurança, a gente tem esse

controle e esse cuidado pra que? Nunca aconteceu de pacientes nossos, que estão nas nossas rotinas de exercícios, eles baixarem a imunidade, adoecer, se internar, viver gripado (Sujeito 2).

As falas acima reforçam a necessidade de um acompanhamento por parte de profissionais capacitados, e que a ciência sobre a sorologia do indivíduo é de extrema importância para que a prescrição das práticas corporais/AF ocorra de forma segura. Em contrapartida, a fala do gestor na cidade de Vitória demonstra uma opinião diferente em relação ao atendimento mais voltado às individualidades que esse público apresenta, revelando não acreditar ser necessário para um melhor atendimento que, com o consentimento do indivíduo, a sorologia seja revelada. Sobre as práticas corporais, diz:

Olha só, é a mesma orientação que é dada pra qualquer pessoa, e não é uma orientação específica para a pessoa que vive com HIV (Sujeito 1).

Adiante vemos que essa afirmação não é consenso entre os participantes deste estudo. No entanto, cabe aqui a alusão à algumas questões relativas a esse desencontro de perspectivas. Interpretamos tal posicionamento do Sujeito 1, como uma tentativa de inserção ou não segregação das PVHA no âmbito do atendimento no serviço de saúde (leia-se: práticas corporais/AF). Entretanto, mesmo tendo assumido esse caráter de patologia de longo prazo, existe sim a necessidade de um acompanhamento especializado para que as práticas corporais sejam melhor aproveitadas como alternativa terapêutica.

Existe a inquietação por parte das pessoas que já discutem sobre HIV/Aids a muitos anos, sejam eles trabalhadores da saúde ou representantes do movimento social, sobre a transferência do atendimento às PVHA para a atenção básica, apontada inclusive pelo sujeito 1. Isso ocorre devido à falta de preparo desse trabalhador da atenção básica para atender a essa população. Da mesma forma, a discussão pode ser aplicada ao contexto das práticas corporais/AF para essa população: como inseri-los dentro de serviços que já existem, sem que exista o cuidado e preparo do profissional que irá recebê-los na interpretação do estado clínico desse indivíduo? Outro ponto seria como projetar segurança para PVHA revelar sua sorologia e seu estado clínico ao professor para que ele prescreva uma prática corporal de acordo com as suas necessidades?

No que diz respeito ao histórico da doença no Brasil, tem-se observado ao longo dos anos, uma série de mudanças corporais relacionadas com os efeitos adversos que a terapia medicamentosa pode apresentar. A lipodistrofia é uma delas. Diversos estudos descrevem uma diminuição na qualidade de vida das PVHA que exibem alterações corporais, o que leva a problemas de adesão à terapia medicamentosa (BRASIL, 2012).

Com base no exposto até o momento, é possível perceber que a prática regular de exercícios físicos é benéfica em muitos fatores quando se observa sua realização por parte das pessoas com sorologia positiva para o HIV. No entanto, um ponto importante a se abordar é a temática da lipodistrofia.

A síndrome da lipodistrofia compreende uma redistribuição da gordura corporal e mudanças no metabolismo. Este evento pode ser observado devido ao uso prolongado da terapia antirretroviral, e somente foi relacionado ao HIV após a admissão da Haart (HERRANZ et al., 2008; BRASIL, 2012). Na ocorrência desta síndrome, a disposição da gordura acontece de maneira irregular, com a diminuição do tecido adiposo subcutâneo periférico (lipoatrofia) e o acúmulo de gordura centrípeta (lipohipertrofia). A lipoatrofia ocorre na face, nos membros superiores e inferiores e nos glúteos, enquanto a lipohipertrofia é observada no tronco, no abdome, na região dorso-cervical, na região submentoniana e no púbis (PINTO, PAES & FARINATTI, 2013).

A esse respeito, para Pinto, Paes e Farinatti (2013), o exercício físico demonstra resultados benéficos, pois, ademais da melhora no estado metabólico, do decréscimo no percentual de gordura, bem como da lipodistrofia, pode se relacionar com a melhora de indicadores psicológicos das PVHA. Os autores afirmam haver ainda uma associação negativa entre PVHA e lipodistrofia em testes de imagem corporal, sendo a atividade física um ponto positivo quando relacionada com a lipodistrofia, principalmente em pessoas que apresentavam a síndrome. Quanto a um indicador psicossocial, medido através do índice de satisfação de vida, foi percebido que, após 12 semanas de treinamento - que incluía exercícios aeróbios de força e flexibilidade -, verificou-se incremento na percepção de qualidade de vida, que pode ser considerado positivamente diante de sintomas psicológicos como

depressão, ansiedade e isolamento social, geralmente encontrados nesse grupo especial.

Fazendo jus ao seu lugar de fala, o representante do movimento social reforça que consegue vislumbrar efeitos benéficos na utilização de práticas corporais/AF como terapia complementar para as PVHA:

Sem dúvida, sem sombra de dúvida. Com mais essa oportunidade, com mais essa prática, eu acredito que a autoestima levantaria, faria um bem pro organismo e a pessoa se sentiria melhor, eu acredito que com certeza, também, a adesão à medicação seria bem melhor (Sujeito 4).

Observa-se, também, o reforço positivo em relação à realização das práticas corporais pelas PVHA, que ocorrem na capital do Rio Grande do Norte:

Eu vejo como algo muito positivo. Já estou convivendo com esses pacientes há 10 anos, inclusive tenho pacientes que estão vinculados ao projeto há 10 anos e não tem outra resposta a dizer que não seja positiva. Eles nunca se internaram durante esse período; eles mantêm uma excelente adesão ao tratamento, carga viral indetectável, não foram acometidos de outras doenças; então, só vejo resultados satisfatórios. Alguns voltaram a trabalhar, outros voltaram a namorar, estão bem reinseridos na sociedade, participam de movimento social, estão participando de grupos de coral, viajando, inclusive. Algumas pessoas conseguiram compartilhar com as suas famílias o seu diagnóstico. Então, assim, eu só vejo coisas boas (Sujeito 2).

Como dito anteriormente, o conflito de perspectivas para a oferta das práticas corporais/AF para as PVHA é um fato. Foi possível perceber, todavia, um caráter positivo nas práticas (como observado nos exemplos acima); além de que parece ser de interesse do público atendido no município de Vitória ter acesso a tal serviço. Fica a questão de como isso deve acontecer, reiterando a importância do diálogo entre as partes envolvidas no serviço.

### 3. PERCEPÇÕES SOBRE EQUIDADE, SAÚDE E PRÁTICAS CORPORAIS NOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO ÀS PVHA

A rede assistencial para atenção às pessoas que vivem com HIV é parte da estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecida em todo o território nacional, o que permite uma grande cobertura no que diz respeito às ações de promoção e prevenção, ainda que sua expansão se faça necessária com vistas a facilitar o acesso de populações rurais, notadamente na Amazônia e no semiárido do nordeste brasileiro (UNAIDS, 2010).

Ao reconhecer o exercício físico/prática corporal como um componente importante na promoção, prevenção e proteção da saúde de toda a população, como também das PVHA, percebe-se a marca da Carta Magna do país no artigo 196: “A saúde será garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

#### 3.1 Como as concepções sobre práticas corporais se desdobram na oferta de serviços?

Para tanto, será aqui apresentado o que se encontra na fala dos sujeitos entrevistados para agregar conhecimento a este trabalho. Na fala do gestor da capital do Espírito Santo, é possível perceber que, para ele, a ideia da oferta de tais práticas parece não ser positiva dentro do serviço, visto que na atenção básica já ocorre a oferta dessas práticas para a população em geral:

A atenção básica, no município de Vitória, tem atividade física ligada a ela. Como nós somos atenção especializada (até as coordenações que a gente sai pelo organograma da prefeitura é totalmente diferente, a gente sai no mesmo tronco, mas a gente pega coordenações diferentes), perpassa pela atividade física. Todas as unidades do município têm profissionais educadores físicos, têm os módulos do SOE, que são ligados a alguma unidade de saúde; então esse movimento de oferecer esse tipo de serviço, dentro do município de Vitória, pela política municipal, ela está muito mais ligada à atenção básica do que à atenção especializada (Sujeito 1).

Ainda segundo o gestor de Vitória, as PVHA poderiam ter acesso a esse serviço pela atenção básica, da mesma maneira que os outros indivíduos:

Mas você não entende que de repente todo o nosso paciente do SAE, ele está ligado à atenção básica também, aí nós estaríamos atropelando, oferecendo coisas distintas. Talvez seria muito mais interessante ele fazer alguma coisa próxima à casa dele. Porque os nossos pacientes, moradores aqui do centro, eu sei que fazem yoga, fazem atividade física no parque Moscoso, que é o módulo mais perto daqui. Da mesma forma, eu acredito que outros pacientes também que moram (sic), de acordo com o seu território, é ofertado, agora se ele está executando essa atividade física é outra história. Pela política municipal está ligada a atenção básica, e ligada a atenção básica, vai fazendo esses caminhos, então, por exemplo, a Fabíola nunca terminou um momento dela de PIC's<sup>10</sup> aqui dentro, sem falar o movimento que acontece no SOE, sem dar os horários todos detalhados do que acontece no SOE (Sujeito 1).

Eu acho que (o SOE) é uma escolha de acesso não só pro paciente de HIV, eu acho que é uma escolha de acesso pra todo mundo. Então se você começar a pulverizar a atenção básica em cima de tudo que ela tem, é alguma coisa que vem junto. Agora, a atenção especializada, virar e ter que ter obrigação também de fazer esse movimento de atividade física, não sei se seria uma boa para o serviço. Acho que talvez a lotação de um professor de educação física aqui seria interessante para a adesão, sim, eu não estou descartando. Eu acho que quanto mais interdisciplinaridade aqui, mais esse contexto de ter pensamentos diferentes, de formação diferente, vale muito a pena nesse serviço (Sujeito 1).

Podemos observar na fala acima que, por mais vantajoso que se pareça o trabalho conjunto que um professor de educação física realize dentro do SAE, o gestor acredita não ser relevante a presença do mesmo e a oferta desse serviço dentro de um serviço especializado, já que a PVHA pode ter acesso às práticas corporais de maneira equânime às pessoas com sorologia negativa para o HIV.

Tal fala vai de encontro ao exposto até o momento, no que se refere à questão da necessidade de acompanhamento diferenciado das práticas corporais/AF para segurança do paciente em tratamento contra o HIV. A fala do sujeito 1 o reforça argumentos de que a relevância da oferta de tal serviço em um SAE seja questionável devido à adesão do público.

Por isso eu acho que a atenção está mais próxima da casa, está mais próxima do território, e é um mecanismo mais interessante para os nossos pacientes que estão aqui, mas são de um bairro, do que a gente trazer eles

<sup>10</sup>A Organização Mundial de Saúde (OMS) denominou o conjunto de práticas e saberes, de Medicinas Complementares e Alternativas/Medicinas Tradicionais (MAC/MT) aqui chamados de PIC. Tais práticas visam estimular o uso de métodos naturais de prevenção e recuperação, com ênfase no desenvolvimento do vínculo terapêutico, integração do ser humano com a natureza, visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção do cuidado colaborando como coadjuvante de tratamentos alopáticos. Ver: Ischkanian e Pelisconi, 2012.

pra cá. É muito complicado fazer grupos aqui nesse serviço, os grupos que existem aqui hoje são o grupo de tabagismo (que é uma modalidade do INCA) e o grupo de adesão, que também já foi remodelado várias vezes para manter as pessoas aqui. Outra coisa, o grupo de adesão só tem pessoas porque tem troca, tem um lanche, esse lanche vem com dinheiro específico do HIV, então o que iria ter de troca dentro de um grupo, de um movimento de atividade física? As pessoas ficam esperando ainda uma paternalização, uma maternalização do Estado, então eu não sei. Eu acho que é alguma coisa a ser muito bem pensada, como que seria isso (Sujeito 1).

Percebemos na fala do Sujeito 1 que existe o receio de que o movimento da inclusão das práticas corporais na dinâmica do atendimento dentro do SAE esteja previamente fadado ao insucesso, vide experiências prévias de reuniões de grupos com outras temáticas. Entretanto, acreditamos ser precipitado avaliar sem mesmo oferecer o serviço, visto que é possível encontrar experiências positivas em outros locais pelo país. Analisamos ser necessário um planejamento minucioso, não só para que a oferta aconteça, como também para a segurança da PVHA e sua adesão nas práticas.

Além da opção de ofertar as práticas corporais dentro do SAE, existe a possibilidade de se realizar parcerias para que o serviço seja garantido. Observa-se um processo de descentralização com caráter intersetorial na fala do sujeito 2 (gestor do Rio Grande do Norte), quando faz referência à possível cooperação entre diferentes órgãos estaduais, como a Secretaria de Estado de Saúde e a Universidade Estadual:

Na época existia (porque eu não sei dizer se ainda existe hoje) essa possibilidade. Na participação também com o movimento social, eles deixavam claro, na política da Secretaria, como é que poderia ser utilizada essa verba. Então tantos por cento pra assistência, tantos por cento pro movimento social e as reuniões que se chamavam PAM, onde o projeto foi planejado. Foi na oportunidade em que eu me coloquei à disposição pra ser colaboradora na Secretaria de Saúde e ficamos batalhando pra conseguir essa verba e através da verba, conseguir a compra dos equipamentos. Como eu sou professora na Universidade Estadual (UERN), nós firmamos uma parceria entre a Universidade Estadual e a Secretaria. E até então quando conseguimos comprar o equipamento, aí fizemos um termo de cooperação técnica onde a Universidade entra com o espaço e com a (minha) participação através dos projetos de pesquisa e extensão. Hoje eu fiquei responsável por isso aí. Quando a gente conseguiu comprar o equipamento, eu fiquei responsável por esse projeto, aí o conduzo até hoje. O início foi justamente com o doutorado (Sujeito 2).

Nota-se na fala do Sujeito 2 a necessidade de grande empenho de sua parte para que ocorresse o movimento de compra dos equipamentos destinados à oferta das práticas corporais. Fato que demandou, além da pressão para obtenção do

recurso financeiro, que o sujeito se colocasse à disposição para ministrar as aulas. Isso demonstra que o movimento para que as práticas ocorram [ainda] depende muito de atores que estão fora do âmbito da gestão dos recursos/serviços. Todavia, como o próprio texto da portaria demonstra, existe a possibilidade de que essa oferta ocorra por meio de parcerias.

Através da fala do Sujeito 4 (integrante de movimento social) percebemos certa abertura para a ideia de que a oferta das práticas ocorra de forma intersectorializada com outro serviço. Vejamos:

Eu acharia fantástico, porque nós que somos PVHA, às vezes a gente tem uma especificidade e, se tiver alguém complementando e mostrando à gente uma forma melhor, acho que seria interessante. Eu até já conversei com a coordenação municipal de Vitória pra que ela nos ajudasse a tentar implantar dentro do SOE um professor de educação física que entenda a questão do HIV, pra que ele faça uns exercícios específicos, até mesmo pra ajudar na lipodistrofia, pra ajudar com as dores que às vezes acontecem no corpo, nas pernas, porque o HIV traz muitas dores nas pernas, a medicação. Então acho que é muito interessante. Até conversei com a Rosângela esses dias, falei: “Rosângela, você podia nos dar essa força, como técnica no serviço, conversar com o SOE, fazer esse diálogo com eles, pra ver se eles entendam que isso vai ser importante para os municípios de Vitória” aí ficaram de dialogar e me chamar pra conversar (Sujeito 4).

Sendo assim, observamos que a intersectorialidade não deve ser vista ou tida como uma “troca de favores” entre diferentes níveis e instâncias, mas como uma troca permanente de saberes e vivências, buscando integrar e consolidar ações ou um processo do qual o cidadão, sujeito de direitos, é o cerne. Infelizmente, ainda é muito presente e marcante a lógica setorial nas políticas atuais, o que diminui seu potencial.

Um exemplo importante de trocas positivas de caráter intersectorial é observado em Natal, onde não somente se oferecem práticas, como também se provoca uma mobilização de diferentes setores para dar condições de acesso ao indivíduo:

A gente concede a eles uma declaração de que eles fazem prática de atividade física e eles vão no sistema de transporte urbano e conseguem inserir nos seus cartões a quantidade de passagens pra aquela semana, ou seja, eles têm a gratuidade. Se o sujeito tiver um poder aquisitivo, e quiser, [poderá] custear inclusive o seu próprio transporte. Mas a maioria deles requerem esse benefício (Sujeito 2).



Buscamos trazer, no caso do projeto “Malhar e Viver +”, do município de São Paulo, o exemplo de como se podem oferecer práticas dentro de um serviço especializado, além de o transferir para outros locais através de parcerias entre os órgãos públicos e organizações não governamentais. Pode-se observar aqui, um exemplo de descentralização das ações para entidades da sociedade civil:

Eu estava em Brasília, foi em 2009. Pela conversa com as pessoas que iniciaram esse processo, em 2009 foi exatamente o boom: 1996 chegam os antirretrovirais e já na década de 2000 inicia aquele processo depois de um tempo, da questão da lipodistrofia, que até então diziam ser por conta dos efeitos colaterais dos medicamentos e a necessidade de educação física, de exercício físico (Sujeito 3).

A ideia foi, dentro desses projetos que tem dentro do próprio programa, anualmente eles vão se estabelecendo, o que vão fazer, quais as prioridades; então se instituiu, no caso do malhar e viver, pra que dentro do serviço especializado tivesse um cantinho onde as pessoas pudessem fazer exercícios, e aí se comprou esses equipamentos e foi iniciado esse processo de trabalho. Contrataram pessoas, pessoas pra dar aula (Sujeito 3).

Dentro dos recursos que chegavam, estava no final do projeto da UNESCO, acho que era esse projeto e aí se colocou a necessidade de que [e aí assim, aquela gestão até então, também tinha a visão de que a Aids tinha que fluir no rio da saúde pública municipal, isso que é importante]; então, assim, alguns trâmites de serviços da Aids foram repassados pra saúde pública como um todo. Algumas coisas que eram centralizadas dentro do programa saíram de lá [...] (Sujeito 3).

[...] no campo dos exercícios físicos que também a gente fizesse a parceria com o esporte e também dentro da saúde que é onde tem a questão da reabilitação, onde já tinham esses centros. Então já havia essa visão, ainda mais com os recursos findando e com outras prioridades se colocou isso como uma das linhas de trabalho. Esses equipamentos passaram pra o CER, centro especializado de reabilitação e por NIR, que é o núcleo intenso de reabilitação e foram enviados esses equipamentos para vários serviços. Foi realizada também uma parceria com o “Lá em casa” e também com o Instituto Vida Nova, que têm também academias que desenvolvem esse tipo de trabalho (Sujeito 3).

Entretanto, por mais aberto que o público esteja, para que o serviço aconteça independentemente do local da oferta é importante abordar o fato de que ainda há muito preconceito, discriminação e estigma em torno do da problemática do HIV. Podemos perceber tal situação na fala do Sujeito 4:

Eu, sim, vou ser sincero pra você. O paciente tem uma certa dificuldade, principalmente aquele que já está afetado com a lipodistrofia; ele já tem uma certa dificuldade de convivência, por ele achar que ele está diferente das pessoas, elas vão ficar observando. Tem alguns pacientes em que a lipodistrofia é gritante, mas tem outros que é tranquilo. Então eu acho que se o serviço, que é hoje o CTA de Vitória, não só o CTA de Vitória como o CTA da HUCAM, como o da Santa Casa tiver um profissional da educação

física pra nos auxiliar, nossa, seria fantástico. Eu acho que a adesão seria bem melhor (Sujeito 4).

Encontramos, pois, uma questão pertinente à discussão: como garantir a equidade no atendimento à essa população sem levar em conta suas especificidades, suas demandas e, principalmente, seu receio em compartilhar um ambiente de práticas corporais/AF com pessoas soronegativas sem ter medo de sofrer algum processo de preconceito e estigmatização? Interpretamos aqui a falta de diálogo, bem como a não colocação dessas demandas em pauta, de ambas as partes para que a oferta das práticas corporais/AF ocorra no município de Vitória de uma forma que seja mais produtiva possível para o público alvo.

Desde o surgimento dos primeiros casos de Aids, no começo da década de 1980, quando ainda se desconhecia a doença, suas causas e as formas de transmissão, o estigma e a discriminação relacionadas à Aids, que eclodiram de diferentes formas, como, nas expressões utilizadas “câncer de gay”, “Síndrome da Ira de Deus” ou “peste de gay”, não foram de todo eliminadas. Dessa forma, ademais do sofrimento físico que o HIV e as infecções oportunistas provocam, as vítimas da Aids se sentem obrigadas a lidar com a culpa individual pelo acometimento da doença e com o grande preconceito e aversão por parte da sociedade (CARVALHO & PAES, 2011).

Seidl e Machado (2008), ao investigarem os efeitos da lipodistrofia sobre o bem-estar psicológico e a adesão ao tratamento antirretroviral, encontraram resultados que indicaram que a descoberta e a vivência da lipodistrofia podem influenciar o bem-estar psicológico, levando à redução da autoestima, à percepção negativa da imagem corporal e ao distanciamento de contatos sociais. Segundo as autoras,

O medo da revelação forçada do diagnóstico foi referido como fonte importante de preocupação e de estresse por boa parte dos entrevistados. Isso se deve ao fato de que a visibilidade dos sinais de lipodistrofia, em especial no rosto, pode colocar em risco o sigilo sobre a própria condição de soropositividade, deixando as pessoas que vivem com HIV/aids vulneráveis à descoberta do diagnóstico por terceiros e às suas prováveis consequências: o preconceito e a discriminação. Nessa perspectiva, alguns participantes mencionaram que a lipodistrofia é a nova cara da aids, fazendo com que estratégias diversas para esconder esses sinais sejam implementadas, o que é mais fácil em relação ao corpo e bem mais difícil quando esses sinais estão presentes na face (SEIDL, MACHADO, 2008, p. 245).

Caliari et al. (2017), ao analisarem os fatores relativos à estigmatização percebida de pessoas vivendo com HIV, concluem:

Desta forma, as análises sugerem que a estigmatização pode impactar a vida de pessoas vivendo com HIV, gerando sentimentos de culpa e inferioridade que podem levar à depressão e ao isolamento social, impactando também a adesão ao tratamento e o seguimento clínico destas pessoas (CALIARI et al., 2017, p. 6).

Num estudo publicado em 2017, foram entrevistados usuários do SAE. O objetivo foi identificar e explorar as dimensões das dificuldades enfrentadas por PVHA no manejo da doença (JESUS et al., 2017). Através das entrevistas, obtiveram-se cinco categorias, dentre as quais podemos citar: “Preconceito social: os impactos do macroambiente”. É importante expor que as vivências que as PVHA enfrentam na sociedade civil incluem estigmas e falta de informação sobre a infecção, tratamento e perspectivas de cuidado. A busca da PVHA por uma qualidade de vida melhor é afetada, de forma indireta, pela escassez de informação, visto que suas relações acabam sendo interpostas por preconceitos de pessoas que os veem como “contaminados” ou “condenados”, diminuindo, assim, seu suporte social. Segundo Jesus et al. (2017), “esse isolamento pode ser observado nas expressões-chave contidas nesta classe, em que os participantes destacam: ‘no trabalho eu não comento com ninguém que eu tenho HIV’” (JESUS et al., 2017, p. 304).

Outro ponto a ser observado é a possibilidade de ocorrer baixa adesão às práticas, em virtude do medo de ter sua sorologia revelada, como ocorre em Natal:

Embora, para o tempo que nós já estamos ofertando essa oportunidade, há um baixo número de participantes, porque eles se percebem inseguros, eles são temerosos em encontrar pessoas conhecidas, a ser feito algum tipo de divulgação, embora não haja nenhum tipo de divulgação, a não ser no hospital de referência e no SAE. Na própria Universidade o nome do projeto é “práticas corporais para grupos especiais”, e junto aos pacientes existe idosos, obesos, hipertensos, diabéticos. É um grupo bem grande e eles estão inseridos. O sigilo é preservado, nós temos bastante cuidado em relação a isso. O médico encaminha pra que esse paciente me procure no projeto, eu repasse para os professores e a gente faça o acompanhamento deles (Sujeito 2).

Isto nos faz questionar qual seria a melhor forma de ofertar as práticas corporais/AF para as PVHA de forma que, além dos benefícios de caráter psicológico, elas possam proporcionar também bem-estar psicológico, como forma de atenção integral à saúde. Reforçando o que foi dito anteriormente, somente com

diálogo entre ambas as partes é possível vislumbrar alguma dissolução dessa questão da não oferta de práticas corporais/AF no município de Vitória, pois o público alvo necessita demarcar suas demandas frente ao poder público.

### 3.2 Como a aids tensiona o conceito de saúde

De acordo com a Constituição brasileira, as pessoas que vivem com HIV/Aids, assim como todo e qualquer cidadão brasileiro, têm obrigações e direitos garantidos. Entre esses direitos, encontramos a dignidade humana e o acesso à saúde pública, assegurados por lei (BRASIL, 1988).

O Brasil possui legislações específicas em favor dos grupos mais vulneráveis ao preconceito e à discriminação, a respeito disso podemos citar a Lei nº 12.984 (BRASIL, 2014). No âmbito das políticas públicas de luta e controle da epidemia da AIDS, o Ministério da Saúde criou em 1986 o Programa Nacional de DST e AIDS (PN-DST/AIDS), implementado na década de 90, e avaliado como referência mundial por diversas agências internacionais (BRASIL, 1999b; SZWARCOWALD & CASTILHO, 2011). Em 1989 foi aprovada a Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da Aids, por ocasião do Encontro Nacional de ONG's que trabalham com Aids (Enong), ocorrido em Porto Alegre-RS.

Passaremos a uma breve apresentação conceitual sobre o Sistema Único de Saúde e o que ele entende por saúde. Instituído pela Lei nº 8080/1990, trata-se de um conjunto de todas as ações e serviços de saúde realizados por órgãos e instituições públicas, sejam de nível federal, estadual ou municipal, bem como das instituições de administração direta e indireta, e das fundações mantidas pelo poder público. De maneira complementar, é permitida a participação da iniciativa privada (BRASIL, 1990).

Elaborado em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, o relatório final apresenta como conceito ampliado de saúde o seguinte trecho:

1 - Em sentido amplo, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social,

de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p. 12).

Além de apresentar seus princípios norteadores, que são a universalidade, a equidade e a integralidade nos serviços e ações de saúde, encontramos também os princípios que dizem respeito à sua operacionalização: a descentralização dos serviços, a regionalização, a hierarquização da rede e a participação social (BRASIL, 1990). Nesse sentido, seu surgimento representa a materialização de um novo conceito de saúde, sendo a visão binária de saúde-doença substituída, de acordo com Scliar (2007), por uma visão mais ampla desse conceito:

O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças. Aquilo que é considerado doença varia muito (SCLIAR, 2007, p. 30).

Foi a partir deste conceito ampliado de saúde que o SUS foi pensado e igualmente construído. Daí parte nossa tentativa de diálogo com a literatura com vistas a uma aproximação do conceito de saúde para as pessoas que vivem com HIV/Aids:

[...] a clínica procura, através de noções anatômicas, fisiológicas ou neuronais, determinar a realidade da doença, mas essa realidade, a clínica só a percebe através da consciência de decréscimo da potência e das possibilidades de relação com o meio, consciência está veiculada primeiramente pelo sujeito que sofre (SAFATLE, 2011, p. 19).

Contudo, convém, fazer uma reflexão sobre o quanto a Aids tensiona esse conceito de saúde. Cunha (2012) apresenta dois termos que ajudam a explicar melhor a discussão: “Aids de agora” e “Aids de antes”. O termo “Aids de antes” esconde uma visão catastrófica, sem perspectivas, cheia de frustrações e sofrimento. Já o termo “Aids de agora” representa uma história heroica, do conhecimento acumulado que possibilitou progressivos níveis de intervenções clínicas e epidemiológicas.

Dessa maneira, a pessoa que vive com HIV/Aids precisa desvincular-se das marcas da “Aids de antes”, dando-se conta da necessidade de ser um “(soro)positivo feliz”. Neste contexto, a saúde representa uma espécie de dever, ético e estético, que não permite a aproximação da feiura, da dor, do adoecimento e da consequente morte (CUNHA, 2012).

A autora ainda sugere que, seguindo moldes da noção foucaultiana de disciplina, o referido autocontrole seja produto de colaboração que inclui o próprio sujeito – que compreende a “necessidade” de trabalhar um controle sobre si e seu próprio corpo – alusão a um contexto que lhe dá sentido. Depreende-se, dessa atitude, que as pessoas que vivem a “Aids de hoje” não estão isentas da responsabilidade de ter uma consciência sobre si e sobre sua saúde, sendo envolvidas subjetivamente num controle de si, com a obrigação de adotar atitudes consideradas saudáveis, afastando definitivamente o espectro da “Aids de ontem”, e assumindo de vez a cara da “Aids de hoje” (CUNHA, 2012).

Safatle (2011) analisa a obra de Canguilhem (2010) e nos apresenta uma ideia apropriada para dialogar dentro desse tópico. Como pensar a saúde para indivíduos que apresentam uma enfermidade de caráter incurável até o momento? Tal indagação, que não deixa de ser pertinente, estimula a discorrer brevemente sobre ela, a fim de suscitar novas dúvidas.

Como pensar no acesso à saúde como garantia de um direito básico e constitucional sem mesmo compreender o que é saúde para os envolvidos no processo do cuidado? Para tanto, com base em algumas reflexões pré-existentes, os dados serão trabalhados com o cuidado de ajudarem a entender como se dá a construção da ideia de saúde nesse contexto.

Ao se pensar sobre saúde, é possível encontrar diversas perspectivas, o que depende de diferentes olhares. Entretanto, o que se propõe aqui é encarar tal fenômeno além da visão polarizada nos opostos saúde/doença e também extrapolar a concepção biologicista, que encerra os sujeitos em suas responsabilidades individuais sobre seus corpos.

A ideia do corpo visto como máquina, segundo Beccalli (2012), leva a crer que a doença se apresente como invasora a ser combatida, havendo, por isso, necessidade de vigília constante e conservação do bom funcionamento dessa máquina, evitando, assim, possíveis avarias para seu portador. De acordo com Canguilhem (2010), a doença, vista dessa maneira, é tida como algo alheio ao corpo e por isso necessita ser expurgada/extraída dele para que seja possível o retorno de

seu bom funcionamento. Todavia, não é prudente utilizar o binômio saúde/doença de forma crua, ao ponto de dizer que onde termina uma começa a outra.

O conceito de saúde atualmente utilizado pela OMS é de uma visão abrangente e não estática do processo saúde-doença e confirma o pensamento anterior. Trata-se do completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença, reconhecendo, assim, a essencialidade do equilíbrio interno e do homem com o ambiente (OMS, 1946). É possível perceber um grande conflito sobre essa concepção e um dos principais pontos que a envolve em um caráter impraticável é o subjetivismo que tanto a expressão “perfeição” como a de “bem-estar” apresentam em seu cerne; afinal, “perfeição” não é definível e “bem-estar” só é passível de conceituação de forma individual, dada a sua subjetividade.

Encontramos nas respostas dos participantes desta pesquisa uma aproximação com a definição fornecida pela OMS:

A organização mundial de saúde (OMS) fala que é o completo bem estar e tudo mais, não é só a ausência de doença, é o completo bem estar bio, psico, sociocultural e tudo mais. Tem um termo na Física que é chamado de equalização (Sujeito 1) .

Um completo bem-estar, físico, emocional, psicológico... É muito subjetivo a saúde, né (Sujeito 2).

Saúde é o bem-estar, é a paz interior, é a alegria é o convívio, saúde é tudo, não só a ausência de doença. É o lazer, é o bem-estar, tudo pra mim é saúde (Sujeito 4) .

Contudo, sabe-se hoje que o que pode ser entendido por saúde está intimamente ligado à visão que se tem do homem e de sua simbiose com o ambiente, e tal entendimento pode variar de um indivíduo para outro, de uma cultura para outra, como, igualmente, no decorrer do tempo. É possível, então, dizer que saúde seria um conjunto de fatores que envolvem desde o meio físico, biológico, social e cultural (MINAYO, 2006). A este respeito, foi possível observar uma similaridade com a afirmação anterior, quando o gestor de Vitória complementava sua concepção de saúde dizendo:

Eu acho que saúde é você encontrar seu ponto de equalização, que não é tarefa fácil, haja vista que qualquer ida para um lado ou para o outro a equalização não consegue acontecer como deveria (Sujeito 1).

Inúmeras transformações ocorreram ao longo do tempo, no que diz respeito à concepção de saúde. Mas foi somente em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, coincidindo com o mesmo ano no qual também foi realizada a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa, no Canadá, em que se consolidou uma visão de saúde que a considera em seu conceito ampliado. O nascimento desse debate aconteceu concomitantemente ao processo da Reforma Sanitária Brasileira, que acabou se consolidando no texto constitucional em 1988.

Ainda assim, pensar e conceituar saúde para as pessoas que vivem com o HIV [uma doença para a qual ainda não foi encontrada a cura] é complexo. Para isso, com base em Safatle (2011), inverte-se a pergunta a fim de chegar ao objetivo desejado: “O que significa, para um organismo, estar doente?” (2011, p. 20). Sobre a complexidade desse estado, que se convencionará como saúde, encontram-se falas diversificadas.

O gestor do SAE de Vitória narrou ter de fazer a profilaxia pós-exposição devido a um acidente de trabalho com um objeto perfurocortante. Alega que após a essa experiência, passou a associar a questão da saúde para PVHA à dificuldade encontrada por parte dos pacientes em realizar o tratamento medicamentoso:

[...] Quando eu via os pacientes passando por isso [FARMACODERMIA], eu pensava: “nossa, realmente não deve ser nada fácil”, agora estou sentindo que não é. Realmente, ter saúde com controle medicamentoso não é tarefa fácil, e aí eu entendo perfeitamente hoje que a adesão para os pacientes que tem eventos adversos não é tranquila [...] (Sujeito 1).

O gestor complementa sua fala apresentando um exemplo de como a adesão ao tratamento é difícil devido aos efeitos adversos, que podem influenciar a percepção do indivíduo sobre saúde:

[...] trocar o medicamento é modificar, e essa é uma grande reclamação que o paciente faz. O medicamento tal vai precisar ser trocado no esquema porque ele não está fazendo efeito como deveria, e isso muda todos os eventos adversos, então você acompanha isso e a situação não é fácil (Sujeito 1).

Já o Sujeito 2 demonstrou ter com as PVHA um convívio diferente do citado anteriormente, e é nesse convívio, através das práticas corporais nas quais eles estão inseridos, que o participante desenvolveu sua concepção de saúde para essa população:



Diverge muito. Vai depender do estado em que ele se encontra. O convívio que eu tenho com eles hoje é na academia; então eles se percebem como pessoas que estão em uma ótima condição de saúde, são fisicamente ativos, têm o acompanhamento de todo o corpo multidisciplinar de profissionais, se percebem inseridos na sociedade... Então, assim, eles não demonstram pra mim que não estão bem. Saúde pra eles é esse estado de equilíbrio (Sujeito 2).

A fala pode indicar um caráter polissêmico do que cada um define e interpreta como saúde. Além do caráter puramente fisiológico e asséptico, há na fala do Sujeito 4, representante do movimento social, uma caracterização bem ampla do que ele compreende como saúde. É pertinente lembrar que este participante possui seu lugar de fala, visto que é uma PVHA:

Só de você levantar, respirar, tudo pra mim é saúde, entendeu? Agora, quando começa a você ter alterações, aí já deixa de ser saúde (Sujeito 4).

Ao se considerar o conceito de saúde através de uma ótica ampliada, encontram-se diferentes questões trazidas pelos entrevistados. O Sujeito 3, representante de São Paulo apresentou em sua definição de saúde para as PVHA o caráter de direito, mais especificamente um direito humano:

O nosso conceito extrapolou a questão da saúde. Quando a gente fala em Aids, a gente coloca a Aids como um tripé: prevenção, assistência e direitos humanos. No caso da Aids, a gente não costuma dizer que é um problema de saúde pública, mas sim um problema generalizado em todas as áreas, mas no campo da saúde especificamente falando, que é o latifúndio da Aids, que interessa para a Aids. O conceito que a gente tem de saúde é que a saúde é direito humano e que ela deve ser desde o processo do Sistema Único de Saúde, os conceitos no campo da saúde no Brasil, né, universalidade, equidade. O conceito que ele tem é que é um direito humano e se inicia nesse processo de visão na questão da Saúde, e na AIDS a gente sempre coloca que a gente extrapola do limite da Saúde, porque se a gente não fizer isso, a gente não tem sucesso nenhum no enfrentamento de uma epidemia como essa (Sujeito 3).

Corroborando a fala do representante de São Paulo, há uma definição de saúde na Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, no artigo XXV, que define que todo ser humano tem direito a um padrão de vida que seja capaz de lhe garantir, e à sua família, saúde e bem-estar, incluindo-se nessa definição alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis. Dessa forma, não existe outra forma de se pensar o direito à saúde sem associá-lo ao direito à vida, que foi inspirado no valor de igualdade entre as pessoas.

Conclui-se, então, que o conceito de saúde pode ser visto de diferentes formas e apreendido de distintas maneiras, dependendo da bagagem e da realidade de cada um que a interpreta. As formas de considerar e interagir com o que se processa como saúde deve levar em consideração este aspecto caleidoscópico provocado por um conceito polissêmico e grandemente abrangente, como demonstrado anteriormente.

#### 4. IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE OFERTA DE PRÁTICAS CORPORAIS/ATIVIDADE FÍSICA PARA PVHA: DESCENTRALIZAÇÃO, PARTICIPAÇÃO E INTERSETORIALIDADE

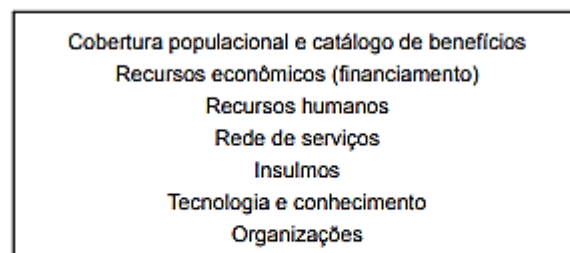
Será apresentada, neste capítulo, uma discussão conceitual sobre políticas públicas. Tal apropriação se faz necessária para melhor compreender os caminhos percorridos seja para planejar, seja para implementar serviços que visem à garantia de serviços a que têm direito os cidadãos.

Com a Constituição de 1988, o Brasil passou a contar com um sistema público nacional de saúde denominado Sistema Único de Saúde (SUS). A partir dessa data e desse fato, foi estabelecido que a saúde é um direito assegurado a todos, sendo dever do Estado proporcionar acesso universal a suas ações e serviços (LOBATO, 2012).

Entretanto, é importante destacar que foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986) que foram estabelecidos os princípios e propostas apresentados e defendidos pelos movimentos sociais junto à Assembleia Nacional Constituinte. Posteriormente, no ano da promulgação, em 1988, foram formalizados os princípios e diretrizes que objetivavam mudar de maneira significativa a ação do Estado no setor saúde (LOBATO, 2012).

A partir do exposto, se abordarão os componentes do sistema enquanto ação concreta de política pública. Segundo Lobato (2012), seus componentes fundamentais são a cobertura, os recursos (humanos, econômicos, a rede de serviços, os insumos e a tecnologia e o conhecimento) e as organizações.

**Figura 1. Componentes dos Sistemas de Saúde**



Fonte: LOBATO, L.V.C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: Giovanella, Lígia; Lobato, Lenaura; Escorel, Sarah; Noronha, José e Carvalho, Antonio Ivo: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

De acordo com a autora, a cobertura é o componente mais importante, pois, “se o objetivo dos sistemas é zelar pela saúde dos cidadãos, deve-se saber quem é coberto, por quem e para quê” (LOBATO, 2012, p. 41).

Quando se fala em cobertura, entendem-se duas possibilidades: a de pessoas e a de serviços. A cobertura de pessoas expressa o direito dos cidadãos ao acesso a ações e serviços. A cobertura de serviços está relacionada à abrangência das ações e serviços a que os cidadãos têm direito. O Brasil conta com um amplo sistema público e universal, o SUS, além de um sistema privado que atende às pessoas que contam com planos de saúde. A cobertura de serviços nos planos privados depende dos contratos estabelecidos (LOBATO, 2012).

Ao se falar em recursos econômicos, se está falando do financiamento disponível para a atenção à saúde<sup>11</sup>. Tais recursos podem ser de origem pública ou privada, e são uma parte importante para que os objetivos de proteção e melhora da saúde dos indivíduos sejam atingidos. Os de origem pública provêm de tributos pagos pela sociedade, e incluem os impostos diretos, indiretos e as contribuições da seguridade social. Os de administração federal, estadual ou municipal, são públicos e de recolhimento obrigatório (LOBATO, 2012; SILVA, 2012).

Já os recursos privados são chamados de voluntários e são pagos diretamente por famílias, empresas e indivíduos. O desempenho do sistema está diretamente ligado ao seu modelo de financiamento. A experiência dos países mostra que, para atender aos objetivos de proteção e melhora da saúde dos cidadãos, mais público e solidário deve ser o financiamento do sistema de saúde (LOBATO, 2012).

Como recursos humanos podem-se definir os profissionais e técnicos que realizam alguma atividade na área. Devido aos avanços nas tecnologias em saúde, juntamente com sua visão ampliada, a gama de profissionais de diversas atribuições que compõem o sistema de saúde é enorme, além das pessoas responsáveis pela gestão do sistema, que, mesmo sem contato direto com os pacientes, também

---

<sup>11</sup> “Atenção à saúde designa a organização estratégica do sistema e das práticas de saúde em resposta às necessidades da população. É expressa em políticas, programas e serviços de saúde consoante os princípios e as diretrizes que estruturam o Sistema Único de Saúde (SUS)” (MATTA; MOROSINI, 2009).

participam. Os profissionais, quando organizados, têm grande poder de influência na condução do sistema(LOBATO, 2012).

As profissões com um papel central demonstram maior poder e influência, caso da classe médica; tal capacidade de influência, porém, está ligada a quanto o Estado intervém na regulação do próprio sistema. A formação profissional tem ligação direta com a estrutura e a organização dos recursos humanos (Idem, 2012).

Quanto à rede de serviços, pode ser dividida em duas categorias: a de serviços coletivos e a de serviços de assistência médica. Serviços coletivos são aqueles que geram consequências sobre a população em geral e que têm como objetivo a prevenção, a promoção e o controle de ações, tipo controle ambiental e o saneamento. Os de assistência médica são serviços ambulatoriais, hospitalares, de atenção a doenças crônicas e serviços de atenção de longa duração, tanto no atendimento de caráter público, quanto no de caráter privado(LOBATO, 2012).

Sistemas universais de saúde, como no Brasil, normalmente dão maior visibilidade à atenção básica e à prevenção, sendo esses os que conseguem fazer mais com menos [recursos]. Onde o setor privado de assistência médica predomina e a atenção é mais especializada, observa-se um serviço de custo maior e menor efetividade em relação ao de caráter universal (LOBATO, 2012).

Em relação a insumos, pode-se dizer que constituem todo e qualquer tipo de recurso empregado em tratamento e prevenção. Entre eles, podem-se citar equipamentos, medicamentos, além de todo tipo de suprimento para exames e diagnósticos. Grande parte dos sistemas de saúde não mostra muita interferência na produção de insumos, que se encontra geralmente sob controle de indústrias multinacionais privadas, o que a torna uma área de muitos conflitos. O interesse das empresas em escoar a produção faz com que utilizem profissionais da saúde como intermediários para esse fim (LOBATO, 2012).

A maior disponibilidade de insumos se encontra, geralmente, nas regiões mais ricas, tendo, em alguns casos, mais que o necessário, enquanto outras, contraditoriamente, não contam nem com o mínimo necessário. Sistemas de saúde mais avançados contam com uma regulação meticulosa quanto à utilização dos

insumos. Isso acontece para que os recursos sejam usados da forma mais eficiente possível (LOBATO, 2012).

Por se apresentarem como temas de grande valor, quanto ao avanços nas condições de saúde das populações, tecnologia e conhecimento dialogam com as alternativas e soluções de novas técnicas, práticas, procedimentos, bem como com os insumos capazes de prevenir e combater as mazelas que acometem a saúde. Da mesma forma que os insumos, sua distribuição se mostra de maneira desigual entre as nações e sofre controle de parte de grandes indústrias de países desenvolvidos. Devido a isso, os sistemas podem apresentar pouco poder de decisão sobre as prioridades em tecnologia e conhecimento, principalmente as nações mais carentes de recursos. Nessa área, ainda, sistemas de saúde de caráter universal apresentam, por vezes, desempenho superior, pois buscam criar e conservar políticas públicas consolidadas de produção e difusão de conhecimento e novas tecnologias (Idem, 2012).

Finalmente, podem-se citar como organizações dos sistemas de saúde os ministérios e as agências, entre outras estruturas encarregadas da condução das atividades, ações e serviços de saúde. Os sistemas de saúde dos mais diversos países dispõem de organizações que realizam tarefas formais, subordinadas a legislações e regulações em vigor e preenchem funções dentro de uma hierarquia previamente definida. Sendo assim, ademais das funções e atribuições legais, todas as organizações são influenciadas pelos princípios que regem o ambiente político, as ligações entre os atores, os valores e normas sociais, além da própria organização. Para que se garantam condições de saúde melhores para a população, o mais importante não é a pluralidade das organizações, mas o quanto e como conectam e conseguem trabalhar para a garantia dessas condições (LOBATO, 2012).

Neste ponto da discussão convergem as ideias dos autores mencionados com o que se propõe neste trabalho. Como pensar o atendimento às PVHA de maneira universal respeitando suas singularidades? Sabe-se que o tratamento medicamentoso tem prolongado a expectativa de vida dessa população. Provoca, ao mesmo, tempo efeitos colaterais e deletérios que fazem com que a taxa de adesão ao tratamento seja por vezes inferior ao esperado.

Como tratado anteriormente, a prática de exercícios físicos pode ser considerada uma terapia complementar à Tarv, apresentando inúmeros benefícios. Por isso, é importante questionar como tais singularidades no tratamento desses indivíduos são encaradas pelo poder público, visto que o tratamento é oferecido pelo Estado, e que na portaria interministerial aqui tratada, a oferta de práticas corporais para as PVHA aparece de forma compulsória:

Assim, quando se fala em política social como ação concreta de proteção social, uma nova questão se coloca: compreender como os sistemas de proteção social são geridos e, principalmente, como eles agem concreta e diretamente sobre a realidade social (FLEURY; OUVÉRY, 2008, p. 16).

A seguir, serão abordados de forma mais específica os processos que ocorrem na implementação da política, dentre eles: a descentralização, a intersetorialidade e a participação social. Também será encarada a maneira como essas faces produzem efeitos sobre os programas de oferta de práticas corporais.

#### 4.1 Descentralização e seus efeitos para a promoção de práticas corporais para PVHA

As políticas públicas no Brasil, no que dizem respeito à epidemia da Aids, têm como foco prestar assistência de qualidade às pessoas que convivem com esse mal. Foram implementados, a partir de 1994, os projetos: Serviço de Assistência Especializada (SAE), o Hospital-Dia (HD) e a Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT), este último sob responsabilidade do PN-DST/Aids – os demais ficaram a cargo das coordenações estaduais ou municipais (BRASIL, 1998).

Nesta perspectiva, foram elaboradas portarias ministeriais, dentre elas, a de número um, de 16 de janeiro de 2013, que altera, na tabela de serviços especializado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), o Serviço 106 - Serviço de Atenção a DST/HIV/Aids, e institui o Regulamento de Serviços de Atenção às DST/HIV/Aids, que define suas modalidades, classificação, organização das estruturas e o funcionamento (BRASIL, 2013).

Segundo o documento, os serviços de atenção especializada (SAE) são unidades ambulatoriais voltadas à atenção integral das pessoas com DST/HIV/Aids. São atribuições do serviço: prestar atenção integral, com uma equipe multiprofissional voltada ao atendimento ambulatorial, individual e/ou coletivo, às pessoas com DST/HIV/Aids; como principais atividades: “realizar ações de prevenção e qualidade de vida direcionadas às pessoas vivendo com HIV/Aids e seus parceiros, como o manejo de eventos adversos, incluindo a lipodistrofia; avaliação e diagnóstico nutricional, bem como aconselhamento nutricional e *prática de atividade física* (grifos nossos), por meio de parcerias ou profissionais de outros serviços”.

Para melhor entendimento sobre o funcionamento do SAE, é necessário frisar que, como forma de descentralização e integração, seu comando é de responsabilidade das coordenações estaduais e/ou municipais de DST/Aids. Tais coordenações distribuem o incentivo a estados, ao DF e a municípios, que, em dezembro de 2002, por meio da Portaria Ministerial nº 2.313, foi instituído no âmbito do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Tal incentivo é uma modalidade de financiamento pelos mecanismos regulares do SUS, um instrumento de integração das diretrizes nacionais e regionais de combate à epidemia de AIDS, tendo o repasse automático do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais de saúde, elaborado em razão da necessidade e da importância da criação e implementação de alternativas de sustentabilidade da Política Nacional de DST e Aids, levando em consideração as características que a epidemia vem assumindo nos últimos anos no território nacional. Este recurso permite a estipulação de planos e metas entre os gestores do SUS, respeitando os diferentes graus de autonomia, a capacidade de execução e as responsabilidades nos níveis de governo. Para isso, foi instituído um instrumento de planejamento de programação anual - Plano de Ações e Metas (PAM) -, que deve ser apresentado pelo gestor de saúde e necessita da aprovação dos conselhos de saúde locais.

O PAM é um instrumento de planejamento, monitoramento e avaliação das ações a ser implementado pelas secretarias estaduais e municipais de saúde selecionadas para receber recursos do incentivo. O mesmo foi instituído pelo ministro de Estado da Saúde, do Ministério da Saúde, através da Portaria nº 2.314,



de 20 de dezembro de 2002. Atualmente, 26 estados, o Distrito Federal e 456 municípios estão qualificados para recebimento desse incentivo em suas secretarias de saúde. Esses municípios respondem por uma cobertura de 62% da população no Brasil e por 89% dos casos de aids registrados no país.

Devido à grande demanda assistencial sempre crescente, foi necessária a implantação de serviços de forma descentralizada. É preciso ressaltar que a Constituição de 1988, vista ou chamada de cidadã, cravou um novo marco na formulação e implementação das políticas públicas, conferindo autonomia político-administrativa aos municípios. A partir desse momento, estes passaram a ser entes da Federação, com capacidade e autonomia para formular e implementar políticas. Tal situação trouxe consigo o desafio, para estados e municípios, de coordenar de maneira intergovernamental dentro da gestão pública (SILVEIRA; COSTA & OLIVEIRA, 2010). Os autores destacam ainda:

A descentralização está inserida no contexto da redemocratização, sendo um processo sobretudo político, e não meramente técnico-administrativo, tendo como tese a proposta de restaurar a federação através do aumento do poder político e tributário das entidades subnacionais, e o de consolidar a democracia por meio do empoderamento (empowerment) das comunidades locais no processo decisório das políticas públicas (SILVEIRA, COSTA & OLIVEIRA, 2010, sem paginação).

Cabe aqui uma conceituação sobre as estruturas lógicas da descentralização. Pimenta (1995) apresenta um conceito segundo o qual:

a descentralização no setor público pode ocorrer de formas muito distintas, mas sempre em alguma direção, que pode ser uma entre três possibilidades: descentralização interna (de cima para baixo na estrutura administrativa atual - descentralização intragovernamental); descentralização externa (de dentro para fora da estrutura do Estado) ou ainda descentralização entre os níveis de governo (descentralização intergovernamental) (PIMENTA, 1995, p.174).

Souza (2004) afirma existirem duas variáveis centrais que explicam a descentralização das políticas sociais, que são: o desenho institucional da política e o apoio do Executivo federal na liberação de recursos. A variável desenho institucional, apresentada primeiro, é significativa, pois proporcionou a formulação de mecanismos de recompensas e sanções, regras claras e universais. Tal fato, por sua vez, possibilitou uma gama de incentivos para os municípios aderirem a programas e políticas de descentralização, ou seja, à oferta de serviços públicos. A outra variável, apoio do Executivo federal, foi importante, uma vez que o governo

central, além de assumir a descentralização como tema prioritário na agenda, assegurou um desenho institucional munido de recursos federais:

O desenho institucional da política – moldado em torno de mecanismos de recompensas e sanções, regras claras e universais – e o apoio do Executivo federal na liberação regular dos recursos parecem ser as variáveis mais importantes para a transferência de responsabilidades de implementação para os governos locais (SOUZA, 2004, p.37).

Mantendo esta linha, o autor demonstra que a descentralização/municipalização não representou necessariamente a transferência de capacidade de tomar decisões para as esferas subnacionais, senão a delegação na implementação das políticas sociais universais. A experiência brasileira expõe que as relações entre os níveis de governo avançaram em um sentido que apresenta um sistema que mescla recompensas e sanções, o que diminuiu o grau de conflito entre os diferentes níveis de governo e simultaneamente restringiu a autonomia de poder decisório dos governos locais, previstos na Carta Magna de 1988. Souza (2004) destaca que

A experiência brasileira também mostra que as relações intergovernamentais evoluíram para um sistema lubrificado por recompensas e sanções, o que reduziu o grau de conflito entre os níveis de governo, mas, ao mesmo tempo, restringiu a autonomia de gasto e de decisão concedida aos governos locais pela Constituição de 1988 (SOUZA, 2004, p.37).

O Brasil é composto por 5.570 municípios, distribuídos em 26 estados, mais o Distrito Federal (IBGE, 2012). Tal como Souza (2004) expõe, a Constituição de 1988 aviou uma forte descentralização de políticas públicas; porém, nem todos com recursos necessários para implementar políticas e/ou com estrutura administrativa adequada para gerir os programas. Neste sentido, a coordenação intergovernamental dos programas em forma de sistema apresenta-se como fundamental para o sucesso do programa.

Como visto, a descentralização é um princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem a tutela de uma significativa transversalidade conceitual e operativa com os demais princípios que o fundamentam. Assume um papel de eixo estruturante, posto que demanda que os três entes governamentais federados (União, estados e municípios) se articulem, cooperem entre si e zelem pela qualidade das ações e serviços de saúde. As mesmas unidades da Federação apresentam-se como os principais atores, como instâncias do Poder Executivo mais

próximas do cidadão. Conseqüentemente, estão mais aptas a suscitar o reconhecimento, a definição e dinâmica dos espaços locais onde serão desenvolvidas ações sanitárias articuladas, buscando a satisfação das necessidades de saúde e do bem-estar da população pertencente a tais espaços.

Ao se falar de descentralização das ações de HIV/AIDS, percebe-se que o Brasil representa um caso paradigmático. Dispõe de um sistema de saúde que tem na descentralização uma das principais diretrizes e conta também com um dos maiores e mais amplos programas de HIV/AIDS, quando comparado aos de países em desenvolvimento (UNAIDS, 2010). Ainda que o programa brasileiro de Aids tenha sido, desde a sua implementação, em 1985, altamente centralizado, seus gestores procederam, do ano 2000 em diante, às primeiras iniciativas de descentralização (FONSECA et al., 2007).

Para entender como se deu esse incentivo à descentralização, é preciso aludir ao fato de que a partir da década de 1990, ou, mais especificamente, entre os anos de 1994 e 2003, foram firmados convênios entre o governo brasileiro e o Banco Mundial para acordos de empréstimos que foram denominados “Projeto Aids I” e “Projeto Aids II”. Tais convênios tiveram como objetivos a implantação e a estruturação de serviços assistenciais no primeiro e a redução da incidência de casos de HIV e DST, e a expansão e melhora da qualidade do diagnóstico, tratamento e assistência às pessoas com DST/HIV/Aids Villarinho et al. (2013),.

Segundo Fonseca et al. (2007) e Villarinho et al. (2013), foi observado que, tendo em conta as avaliações de execução dos acordos de empréstimos nos Aids I e II, foi firmado um novo convênio, com o nome de “Projeto Aids III” com seu período de execução programado de 2003 a 2006. Em tal projeto, foi indicado que o Brasil investiria recursos próprios na descentralização do financiamento de ações programáticas relativamente a estados e municípios, fazendo uso dos mecanismos legais existentes no SUS. Tal fato fazia parte do receituário neoliberal indicado por organismos internacionais para reformular e ajustar políticas públicas (CAMPOS; TEIXEIRA, 2006).

Ademais das taxas de infecção do vírus HIV no presente momento no Brasil, interessa e inquieta saber que atualmente, segundo o Ministério da Saúde (2014),

ainda existem aproximadamente 355 mil pessoas em tratamento contra o vírus. De acordo com a ex-diretora do Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, Mariângela Simão, este número por si só, já é suficiente para que se tenha ideia de qual seja a conta de necessidades diferenciadas. Necessidades diferenciadas porque se trata de pessoas que iniciaram o tratamento medicamentoso há mais de uma década, o que torna complexa a qualidade da atenção demandada por tais pessoas de parte do SUS.

Estes números, por si impressionam, impõem saber ou descobrir as impressões de profissionais e técnicos, da porção chamada de recursos humanos, em relação à política nacional que trata das questões de HIV/Aids, e entender como se aplica em nível estadual e municipal. Quando perguntado sobre esse tema, o gestor do Serviço de Atendimento Especializado sinaliza sua insatisfação com a iniciativa de descentralização das ações de acesso ao diagnóstico e também do encaminhamento de pacientes assintomáticos para a atenção básica como preconiza a Portaria nº 77, (BRASIL, 2012c).

Segundo o gestor:

[...] falar que atrair o paciente HIV positivo nacionalmente para a atenção básica, isso pra mim é acabar com a atenção básica e acabar com total sigilo diagnóstico do paciente HIV, porque diariamente o que eles falam aqui, eles querem o sigilo diagnóstico, eles não querem aparecer, então como seria essa história de ir para atenção básica? Todas as reuniões do Estado que tiveram com o Ministério eu participei, cheguei levar puxão de orelha porque eu estava falando demais na reunião, sou radicalmente contra essa ida para a atenção básica, não acho que tem viabilidade técnica (Sujeito 1).

Tais ações estão em consonância com as diretrizes políticas do Ministério da Saúde. Dentre elas, estaria prevista a oferta de teste rápido para HIV e sífilis e aconselhamento nas unidades básicas de saúde (UBS). A oferta do teste rápido foi uns dos fatores que possibilitaram esse movimento, visto que, antes, o resultado levava por volta de 15 dias para ficar pronto. Outro fator seria a capilarização da rede básica para uma grande cobertura nacional (ZAMBENEDETTI, 2016).

O gestor continua sua crítica ao processo de descentralização do atendimento com argumentos como adesão e sigilo. É importante destacar que a adesão ao tratamento medicamentoso pelas PVHA é um ponto crucial para o controle da doença, por isso tão importante quando se pensa em prevenção,

promoção da saúde e também em controle de agravos. Segundo ele, tal manobra esconde um caráter desumano (sic):

[...] eu digo que é cruel porque, digamos que se fosse amanhã começar pela atenção básica, primeiro nosso prontuário, a rede bem estar ela é um prontuário em rede, então eu vejo tudo o que acontece com qualquer paciente em qualquer ponto de integração que ele é atendido na saúde no município de Vitória. Nosso prontuário é oculto, a atenção básica não nos vê, o Centro de Referência não nos vê, mas a gente vê o que o paciente faz fora daqui. Eles não vêem o que o nosso paciente faz aqui, e isso ajuda num percentual de adesão melhor. Ir pra Atenção Básica hoje em rede bem-estar é dizer pra todas as Unidades que o paciente é HIV positivo, só que a gente tem HIV positivo de todas as classes sociais e todas as formações, eu trabalhei com algumas pessoas que são HIV positivo e só pude descobrir que são HIV positivo trabalhando aqui (Sujeito 1).

Outro ponto importante a ser destacado é a falta de preparo para o manejo da doença. O gestor demonstra sua preocupação e afirma sua apreensão na fala:

Não é uma política consolidada, mas é uma política que foi fortemente, desde final de 2014, endereçada aos 26 entes federados e foi dada como se a porta de entrada do serviço é a atenção básica que teve que ser a porta de entrada de uma atenção que pra mim é muito especializada, porque é você simplificar uma patologia que é multifacetada, então você achar assim “ah é muito tranquilo atender o paciente na Atenção Básica”. Gente, eu vim da atenção básica, eu sei que a atenção básica mal dá conta do hipertenso, do diabético, que, respeitando o grau de particularidade de um hipertenso e de um diabético, é muito mais simples a complexidade da Hipertensão e diabetes como doença crônica do que o HIV como doença crônica (Sujeito 1).

[...] existem categorias profissionais (vou falar demais), como os dentistas, que quando descobrem que o paciente é HIV positivo fazem uma confusão. Mal sabem eles que eles já atendem muitos pacientes HIV positivo, e não tem consciência, por isso não precisariam ser tão cruéis com um paciente que você precisa usar medidas de precaução padrão iguais a qualquer outro paciente (Sujeito 1).

Um contraponto a ser exposto aparece na fala do Sujeito 3. Por sua fala, é possível observar coerência no discurso que fomenta tais descentralizações:

[...] a grande questão é a seguinte: a gente costuma dizer isso, já desde o conselho nacional de saúde, depois da chegada dos antirretrovirais, que a aids não é mais aquela, já houve seminários do vivendo quanto a isso que coloca a questão que: precisamos sair do umbigo da Aids e abrir o campo pra questão de saúde pública como um todo (Sujeito 3).

Noutro momento da entrevista, é possível observar exemplos que corroboram sua perspectiva:

Eu vou te dar um exemplo dentro das casas de apoio: Hoje as casa de apoio estão pressionadas para que elas abram, por exemplo, as de criança para que não tenha somente criança com Aids, porque em um momento isso foi muito necessário mas hoje já não é mais. Hoje você pode colocar

as crianças com HIV junto com todas as outras crianças, isso está caminhando muito, inclusive com a legislação de São Paulo entende isso claramente e pressionam as organizações que ampliem essa visão. No campo da saúde é a mesma coisa: em minha opinião uma coisa não inviabiliza a outra, para mim eu acho que atenção básica tem que atender sim, também, mas a especialidade ainda tem que continuar, então que haja os centros especializados em Aids, mas que a atenção básica possa complementar sim: a questão de testagens, a questão de PeP de PreP A questão do atendimento, muitas vezes já foi atendido, já foi feito o primeiro atendimento e depois a pessoa é encaminhada para o serviço especializado. A pessoa testou HIV, faz os primeiros exames, o médico pode depois já passar para o serviço especializado. Nessa visão, inclusive aqui em São Paulo, em alguns lugares é feito. Agora, diretamente, abrir, você acabar com o serviço especializado e entrar só na unidade básica também não, acho que não há ainda preparação pra isso não. Acho que esse é o caminho, deveria ser o ideal, mas não é o real que está aí para as pessoas. Tanto que se cogitou de alguma forma e não teve êxito (Sujeito 3).

Por isso, infelizmente, é sabido que a atenção básica ainda não contempla todas as pessoas que dela necessitam, por diversos motivos que não serão aqui explorados. Contudo, afirmar este fato é importante para entender que o processo de transferência de tutela desses pacientes para atenção básica é algo, até o momento, de sucesso improvável. O gestor capixaba reforça sua opinião negativa em relação ao tema, dizendo:

Aí se pensar assim, “ah, mas se eles chegarem atendidos na atenção básica eles vão ter que falar que são HIV positivo”, mas eles não falam, eles vêm pra cá com os medicamentos prescritos ou com as caixinhas do medicamento em mãos, marcam consulta ora com o médico, ora com enfermeiro, ora com farmacêutico e vão perguntar, “Eu posso tomar isso daqui? Não faz interação com meu antirretroviral?”. Então assim, isso não é incomum, porque eles sabem que essa atenção, seja uma dor de garganta, ou seja, até um próprio diabetes que eles receberam diagnóstico no decorrer da doença ou que modificou o tratamento medicamentoso em que ele já era diabético, eles perguntam aqui se não tem interação medicamentosa, então eles não se apresentam assim (Sujeito 1).

É possível perceber que a transferência do tratamento das PVHA para a atenção básica, mesmo que sejam assintomáticas, não é algo unânime entre os envolvidos no cuidar, como também entre os beneficiários desse cuidado. Notamos insatisfação com tal medida também na fala do Sujeito 4, que já representou esta parcela da população no município de Vitória:

Hoje a gente tem a dificuldade, muita dificuldade, mas a gente tá lutando e a gente vai lutar pra que a gente consiga manter o serviço. Porque hoje a tendência é quererem jogar a gente pra atenção básica pelo fato de que a falta de infectologista está muito grande e os serviços estão cada vez mais saturados com os pacientes, com os diagnósticos presentes que está cada vez maior e o despreparo mesmo do serviço para receber esse público, porque o governo se preparou muito para o 90/90, ele se preparou muito

para o primeiro 90, mas para o segundo ele está tendo muita dificuldade, que é a assistência (Sujeito 4).

Ademais das potencialidades encontradas na fala do sujeito, é preciso contextualizar um conceito apresentado por ele: 90-90-90. Buscando o fim da epidemia, foi lançado em 2014, na capital da França, a Declaração de Paris, com o objetivo de mobilizar esforços em nível local, buscando alcançar o fim da epidemia de Aids até 2030.

Por nível local, entendem-se as prefeituras, e os municípios brasileiros, que se juntam a mais de 200 municípios ao redor do mundo para atingir as metas de tratamento 90-90-90 até 2020: ter 90% das pessoas vivendo com HIV diagnosticadas; que, dentre essas, 90% estejam em tratamento e que 90% dessas pessoas em tratamento tenham carga viral indetectável. Ao aderir à Declaração de Paris, tais prefeituras e governos assumem o compromisso de alcançar as populações e comunidades mais vulneráveis, instruindo as lideranças locais e os processos de inovação a orientarem as políticas de saúde e os serviços direcionados ao HIV para que ninguém fique à margem - isso inclui desde o acesso ao diagnóstico, seguindo pela adesão ao tratamento e, inclusive, a preservação de seu bem-estar e o exercício dos seus direitos (UNAIDS, 2016).

Nota-se, aqui, a dificuldade enfrentada por parte de quem depende do serviço. Existe a iniciativa federal de que tal serviço especializado seja prestado juntamente com a atenção básica, que não foi consolidada em todo o território nacional; entretanto, segundo a fala do Sujeito 4, o serviço especializado já se encontra defasado. Mesmo tendo uma meta a cumprir até 2020, o 90-90-90, infelizmente, não tem ocorrido como esperado e está aquém das expectativas dos usuários do serviço.

Observa-se tal situação na fala do gestor e, em seguida, na fala do militante do movimento social:

[...] os três estados do sul já estão nisso e está o caos (Sujeito 1).

Porque aqui a gente não faz só atenção de HIV, nós deveríamos e poderíamos ser só HIV, porque a atenção básica deveria dar conta das outras IST's e a gente ser só referência em casos de complicações ou medicamentos que não foram respondidos da forma como é. E além do mais, falar de pênis e vagina na atenção básica é você não querer ouvir, então as pessoas encaminham pra cá, das mais diversas formas, sem

terminar de ouvir. Ainda é tabu, ainda é mito falar de órgãos que a gente não tem nome, ou melhor, a gente tem nome demais pra eles, e aí com isso, as pessoas não querem falar deles: nariz tem só um nome, boca tem só um nome, olho tem só um nome, pênis e vagina, quantos nomes têm? (Sujeito 1).

Ainda no Espírito Santo não concretizou (a assistência ser na atenção básica), está amortecido porque o movimento amorteceu, mas em alguns estados já está acontecendo, por exemplo o Rio de Janeiro, alguns estados do norte e do nordeste, o Rio Grande do Sul, por eles não entenderem e não compreenderem o problema que isso traria, aí deixou essas coisas acontecerem, o movimento não entrou em ação. Aqui no Espírito Santo a gente teve uma luta e tivemos uma grande briga, tanto com a coordenação estadual, quanto o ministério da saúde que vem tentando falar desse projeto, dessa importância, desse serviço, do valor, que seria melhor para as PVHA. Só que a gente não entendeu dessa forma porque se a atenção básica não tem o preparo pra hoje uma criança nascer com sífilis, pra hoje um adulto que tem desgovernado o índice de sífilis no estado, que é uma doença que tem cura, imagina o HIV que ainda não tem cura e ainda tem essas questões da dificuldade, do preconceito, da questão do sigilo dessas coisas todas. Então eu acho que primeiro a atenção básica tem que preparar mais, porque ela não consegue nem tratar uma IST, quanto mais tratar um HIV (Sujeito 4).

Tal defasagem se vem mostrando em todo o território nacional e é uma queixa recorrente nas falas dos participantes deste trabalho, percebida também no discurso do gestor da capital paulista:

Tem um problema no município de São Paulo, não só no município de São Paulo, acho que deve ser no Brasil. No município de São Paulo tem só para a Aids, 1200 pessoas que trabalham com a Aids. Nós estamos tendo, no campo da saúde, uma baixa grande de funcionários públicos que se aposentam e não tem a reposição[...] (Sujeito 3).

[...] esse recorte nos recursos humanos, é um grande problema que a gente está vivenciando, acho que no país, mas aqui estamos enfrentando muito forte [...] (Sujeito 3).

Isso está sendo tão complicado aqui que existem áreas sendo extintas (Sujeito 3).

Foram vários e vários setores que foram se extinguindo, e isso teve um reflexo muito forte depois na qualidade do atendimento às pessoas, ou seja, a Aids não ficou fora disso. Hoje a gente coloca que a primeira reclamação dos gerentes é a questão mesmo do número de pessoas que diminuiu pra esse trabalho (Sujeito 3).

Quando buscamos entender como se dá, quais são o entendimento e a opinião dos entrevistados sobre a política nacional de HIV/Aids, o que se pôde perceber, além do tema da descentralização do atendimento para a atenção básica, foi um outro discurso bastante presente na fala dos sujeitos. É o que trata do sucateamento do serviço, decorrente do encolhimento dos investimentos na área. O



fato está claro na fala do Sujeito 2, que conduziu um projeto de práticas corporais na capital do Rio Grande do Norte:

Atualmente a Política Nacional tem influenciado consideravelmente na política estadual (de HIV/Aids). Então mudou muito em termos de assistência, pelo menos aqui no nosso estado (RN) e a concepção que eu tenho é de que baixou muito a condição de oferta de tratamento, de verba pra sustentar/conduzir a política. Então assim, tem influenciado negativamente (Sujeito 2).

O mesmo também aparece na fala do representante do movimento social, que, de forma pragmática, manifesta sua visão sobre o cenário atual de desmonte dos serviços prestados a essa população:

Olha, eu falo pra você como pessoa vivendo com HIV/AIDS, na atual conjuntura política, eu tenho muito medo e eu tenho muita insegurança. Porque com esses desmontes que estão acontecendo, com esse recurso que hoje está cada vez sendo diminuído, então eu tenho um grande temor com relação a isso sabe, a deixar de ter a medicação, deixar de ter uma assistência precisa, é preocupante (Sujeito 4).

Tem uns dois anos que a gente vem observando esse enfraquecimento nas políticas de HIV. Já vem com essa conversa a mais anos, mas de uns dois anos pra cá as coisas tem sido concretas entendeu? As coisas estão cada vez mais difíceis. Antigamente só ficava na conversa, a gente conseguia manter, mas de uns dois anos pra cá as coisas estão ficando cada vez mais difíceis (Sujeito 4).

A política de descentralização da Aids, no âmbito do SUS, mostrava-se a mais desenvolvida, porque a Portaria nº 2.313, que trata do PAM, citado anteriormente, estabeleceu o mecanismo fundo a fundo, e isso deu um salto de qualidade.

Entretanto, no cenário atual de financiamento de políticas, houve dois acontecimentos marcantes: a Emenda Constitucional nº 95/2016 e a Portaria nº 3.992/2017 (MARIANO, 2017). Tal emenda resultou das propostas 241 e 55, que tramitaram, respectivamente, na Câmara dos Deputados e no Senado Federal, tendo sua votação final, em segundo turno, nesta última casa legislativa, no dia 16 de dezembro de 2016. Como resultado da aprovação, foi implementado um novo regime fiscal, segundo o qual, os gastos do governo federal serão limitados pelos próximos 20 anos.

O início para a aplicação desse regime fiscal para a saúde ocorreu no ano de 2018, não sendo permitidas mudanças nas regras senão a partir do décimo ano de vigência. As novas regras não possibilitam o aumento dos gastos totais e,

principalmente, reais do governo acima da inflação, ainda que a economia esteja satisfatória, sendo essa a diferença entre o caso do Brasil e o de outros países que adotaram o teto nos gastos públicos como medida. Para que os investimentos em uma área sejam feitos na saúde, por exemplo, outras terão de sofrer cortes. Tais regras não consideram as taxas de crescimento econômico e também as demográficas nos 20 anos que se seguem, podendo levar ao sucateamento das políticas sociais, principalmente das que compõem o tripé da seguridade social: previdência, assistência social e saúde, além da educação, que, sendo fragilizada, afeta de maneira cruel a qualidade de vida do povo brasileiro (MARIANO, 2017).

Complementando o que foi dito anteriormente, o Sujeito 2 acrescentou que as mudanças ocorridas no modelo de política e de repasses tem influenciado negativamente as ações que dizem respeito ao HIV/Aids em seu estado:

Dos últimos três, quatro anos, desde as reformas políticas, das mudanças de governo a política não é mais a mesma, a proposta é outra. Antes a verba vinha diretamente para o programa (DST/Aids); ela hoje não vem especificamente para o programa e sim para a secretaria de saúde como um todo e a partir de então que ela é repassada. Atualmente, não sei dizer como está, mas sei que tem acontecido mudanças e diminuição de valores (Sujeito 2).

Como o participante afirmou, ocorreu uma mudança no modelo de transferência de recursos. Isto se deu devido à Portaria nº 3.992, do Ministério da Saúde, publicada dia 28 de dezembro de 2017, a qual reduziu de seis para dois blocos de financiamento do SUS. Um bloco de custeio, que reúne quase todo o montante dos recursos federais, e outro de investimentos, que desmembra e deforma o sistema ao flexibilizar o uso dos recursos da saúde. Este fato compromete a manutenção e a ampliação dos serviços de atenção básica e de vigilância em saúde.

Além disso, há outros prejuízos a listar em consequência dessa manobra, que é o enfraquecimento do Ministério da Saúde como gerador de políticas alicerçantes do SUS e a redução de seu papel a simples repassador de recursos aos estados e municípios (SORANZ, 2018). Essa forma de financiamento, permite aos municípios destinar os recursos recebidos da maneira que achar mais interessante. Ou seja, o repasse do recurso continuará existindo, porém, com a inexistência de mecanismos

para garantir quanto será destinado a cada demanda, como, por exemplo, tratamento contra o HIV/Aids para as PVHA.

Como a política de HIV/Aids está atrelada a um todo maior, que é a saúde pública, observa-se na fala do sujeito de São Paulo a preocupação com sua fragilidade:

[...] toda uma política de saúde pública que a Aids hoje depende é a política de saúde pública que acho que está em risco. Essa é uma opinião pessoal minha, [...] o Sistema Único de Saúde está em risco (Sujeito 3).

Quantos aos recortes e à descentralização das ações, é possível vislumbrar que as unidades da Federação que possuem menos recursos sofrerão mais ainda:

Se você pular num campo muito maior, você vai ver que os estados e municípios que não tem, muitas vezes, o respaldo que tem o programa nacional, vão ser afetados mais ainda. Ou seja, nós estamos, e aí eu como pessoa, estou, muito preocupado para onde vai a questão da saúde pública do Brasil, e eu estou falando aí do sistema único de saúde (Sujeito 3).

[...] isso afeta diretamente a Aids em todos os aspectos e principalmente nesses lugares que você vai ter que bancar a Aids de forma diferente, por exemplo, do conselho municipal de saúde. Ou seja, recursos que tem que ser, muitas vezes, conquistados porque vai estar uma briga ali dentro de várias patologias. Então quando a gente fala, o cobertor é curto para grandes necessidades (Sujeito 3).

O município de São Paulo apresenta um caso diferenciado de disponibilidade de recursos, como evidencia o Sujeito 3, mas a conjuntura que vem se desenhando no cenário brasileiro se impõe de forma apreensiva:

Eu estou falando como pessoa que já atuou no campo nacional, minha preocupação é com o Brasil. Olha, a cidade de São Paulo tem 12 milhões de habitantes, Portugal tem 10 milhões, pra você ver o quanto isso aqui é um país O programa de Aids da cidade de São Paulo tem uma média de 7 a 8 milhões de reais que vem do governo federal, mas tem mais 8 milhões que ele coloca dos cofres do município. Então o município banca a questão da Aids ainda. Ele está à frente da questão da Aids, então é um município privilegiado nesse sentido e a gente já via isso lá de Brasília. O município de São Paulo tem umas questões que os outros não têm de jeito nenhum, os outros estados não têm municípios que tenham essa condição. Tem municípios que só usam pra Aids os recursos federais, o município não coloca nada, os municípios grandes, não tô dizendo nem pequenos, estou dizendo capitais que não colocam o recurso dele, e isso fica muito complicado (Sujeito 3).

Tais recortes impactam diretamente na força e na atuação dos movimentos sociais que lutam pelo direito à vida das pessoas vivendo com HIV/Aids. Este discurso aparece de forma marcante na fala do integrante da RNP:

Hoje, com esse governo que vem cada vez mais dificultando as coisas, tem impedido os municípios e estados trabalhar a política de forma íntegra. Sempre há uma dificuldade enorme de a gente fazer os projetos acontecerem. A Rede (RNP) não é institucionalizada, mas a gente tem parceria com ONGs, que também está dificultando pelas ONGs não terem a sobrevivência que precisa né. A dificuldade de manter o CNPJ, a dificuldade de manter a documentação em dia, as prestações de conta. Então a gente tem sempre uma dificuldade, tanto do governo de fazer de forma que facilite, como também, as ONGs de permanecerem vivas pra poder atuar nos projetos, quando tem (Sujeito 4).

É necessário ressaltar o papel decisivo das ONGs no cenário nacional de luta contra a Aids, tanto por conta do apoio prestado à população acometida pelo vírus, quanto por ter sido fundamental nas ações de prevenção ao longo das décadas. Ramos, entretanto, (2004) sinaliza uma crítica ao papel descentralizador das ONGs:

Um dos dilemas das organizações da sociedade civil, em particular do campo das ONGs, é manter a defesa do fortalecimento de suas formas associativas e organizativas sem confundi-las com a lógica privatista e de minimalismo estatal de cunho liberal, tão presentes no campo da saúde (implícitas, por exemplo, nas recomendações de apoio às ONGs por serem menos onerosas, mais ágeis e mais eficazes do que o Estado para a realização de certas tarefas públicas) (RAMOS, 2004, p. 1.076).

Portanto, é necessário um olhar crítico sobre a atuação dessas organizações para evitar que o Estado se isente de suas responsabilidades sociais e acabe transferindo toda essa tarefa para as ONGs, ao invés de buscar trabalhar em conjunto para obter um melhor resultado no serviço ofertado.

Refletindo sobre o caso capixaba, chamou a atenção a inexistência de ONGs que trabalhem com a temática do HIV/Aids em Vitória, capital do Espírito Santo, através da participação social, o que explica o panorama do estado exposto pelo entrevistado:

Tem a casa de apoio de Campo Grande, tem o CAC lá na Serra, mas assim, eles estão com muita dificuldade porque como eu te falei, o governo vem dificultando o acesso dessas políticas. Isso tem dificultado as ONGs de sobreviver, porque elas não conseguem ter um projeto e conseguir pagar os encargos sociais pra contratação dessas para efetivar os serviços, pra fazer as coisas acontecerem, então elas estão tendo muita dificuldade. Hoje no Espírito Santo, não tem nenhuma ONG que trabalha com a temática HIV que está apta a exercer um projeto desses do estado e do município. Eles acabam dificultando o financiamento, acaba dificultando para as ONGs manterem a prestação da forma que precisa, tendo dificuldade, acabam ficando inadimplentes, as vezes sem precisar, mesmo porque eles não querem, mas a dificuldade é muito grande (Sujeito 4).

Sem recursos financeiros para fazer as coisas acontecerem, os movimentos sociais ficam congelados no cenário das lutas pelos seus direitos. Ações de

prevenção, promoção da saúde, bem como de assistência às PVHA, ficam, assim, prejudicadas. Tal fato pode trazer consequências negativas para o contexto epidemiológico brasileiro.

Como salientado, somente através da participação social é possível que se garanta, ou que pelo menos que suas demandas sejam conhecidas por parte dos representantes da democracia. Infelizmente, não é algo que se tenha visto, muito menos que tenha sido preconizado por parte de quem destina os recursos para este fim.

A seguir, serão apresentados os casos que contam com alguma forma de participação da sociedade civil e os efeitos dessa participação sobre os programas de oferta de práticas corporais/atividade física.

#### 4.2 A participação social e a intersetorialidade como forma de descentralização e seus efeitos na promoção de práticas corporais para PVHA

Observar a participação de setores da sociedade civil e a intersetorialidade na política pública implica, em primeira instância, analisar as formas de planejamento dos programas. Na fala do então gestor do serviço de Vitória vemos uma demonstração de como ocorria o planejamento das ações de caráter anual. O participante diz que:

O planejamento anual é feito num seminário interno, ele é trabalhado em cogestão e a gente faz todo esse mecanismo junto com as duas referências técnicas municipais de IST. Porque, na realidade, eu sou assistência, eu sou diretor aqui do serviço do centro de referência enquanto assistência. Mas tem a R. e a T. que são referências técnicas da secretaria, então a política de IST/HIV do município ela é construída entre os três e internamente, ela é construída com o grupo, todos os servidores daqui (Sujeito 1).

A gente tenta o tempo inteiro fazer a política do próximo ano em cima da política nacional, ver o que a gente vai conduzir internamente (Sujeito 1).

Todavia, não foi possível observar nessa fala a questão da participação social na construção do planejamento, apesar de levantada, pois o planejamento construído a cada ano visa a elaborar as ações que serão realizadas para fornecer

um serviço de qualidade aos usuários que acessam tal serviço. Cabe enfatizar a importância da participação social na construção dessas ações.

Ao se falar de participação social no Brasil, é necessário fazer uma breve contextualização sobre o processo de redemocratização ocorrido em nosso país. Durante a década de 1980, a sociedade brasileira viveu um processo intenso de mudanças em diversos setores da sociedade, que mostraram a necessidade de uma nova concepção de caminhos políticos, econômicos e sociais que rumassem em direção ao processo de redemocratização da nossa sociedade. A culminância dessas mudanças pode ser observada através das lutas de diferentes movimentos que almejavam assegurar, dentro da legalidade, o Estado democrático de direito, que se afirmou com a Constituição da República Federativa do Brasil em 1988 (ALBUQUERQUE, 2006).

Desde o período supracitado, pode-se observar a consolidação da participação social a partir de processos sociais que direcionam as ações do governo. Entretanto, em termos de qualidade ou efetividade, a participação política se depara com inúmeros impedimentos que podem ofuscar seus objetivos, como observa Nogueira (2011):

Particularmente em países que romperam com regimes e com situações ditatoriais ao longo dos anos 1980, o processo mesmo da (re)democratização funcionou como importante incentivo à participação. Antes de qualquer coisa, porque a própria dinâmica desse processo dependeu, em maior ou menor medida, de avanços em termos de mobilização social, ou seja, de participação política (p. 38),

Segundo Vieira (1992, p. 13), participar “[...] envolve níveis crescentes de coletivização das decisões [...]”; “[...] fora disso a participação é formal, ou até mesmo passiva ou imaginária [...]”. A “sociedade democrática é aquela na qual ocorre a real participação de todos os indivíduos nos mecanismos de controle das decisões, havendo, portanto real participação deles nos rendimentos da produção” (VIEIRA, 1992, p. 13).

Compreende-se a participação como “o próprio processo de criação do homem ao pensar e agir sobre os desafios sociais, nos quais ele próprio está situado. Como tal é um processo dinâmico e contraditório” (SOUZA, 1999, p. 81). É algo que atinge a todos os indivíduos da sociedade, independente de qualquer

categoria, e pode acontecer em ao menos dois sentidos: o de subordinação ou o de emancipação. Quando da subordinação, a falta de participação pode significar riscos à garantia de direitos, enquanto na emancipação, a concretização desta participação retrata avanços e viabilidade de uma prática interventiva. Por isso, a emancipação oriunda da prática da democracia promove uma oposição à dominação, permitindo, assim, o exercício da cidadania de forma ativa e politizada, propagando seus efeitos para todos os âmbitos da vida social.

Como visto anteriormente, a emancipação assume o sentido de participação como algo conquistado, não como algo dado ou concedido como dádiva. Sendo assim, a participação da sociedade civil não está ligada somente à busca por direitos sociais, mas também à definição de uma agenda que as políticas públicas devem seguir. Daí a necessidade de a participação ser verdadeiramente efetiva:

Dizemos que participação é conquista para significar que é um processo, no sentido legítimo do termo: infindável, em constante vir-a-ser, sempre se fazendo. Assim, participação é em essência autopromoção e existe enquanto conquista processual. Não existe participação suficiente, nem acabada. Participação que se imagina completa, nisto mesmo começa a regredir (DEMO, 1999, p. 18).

A participação efetiva é o fruto da conquista contra a opressão que perdura na continuidade das lutas. Segundo Santos (2002a; 2002b), a organização da sociedade com o objetivo de ocupar os espaços de participação social, resultado da conquista da sociedade através de relações historicamente construídas com o Estado, perdura como condição primordial para a obtenção da qualidade na intervenção sobre o aparelho estatal. Porém, é importante lembrar que alguns impeditivos têm atravessado esse percurso recente da história da sociedade civil. De acordo com Nogueira (2011):

A ineficiência, a ineficácia e a falta de efetividade também devem ser vistas como obstáculos. Os processos participativos são quase sempre longos e vivem ameaçados pela inconstância e pela irregularidade. Caso procedam por espasmos, não produzirão efeitos virtuosos, ou seja, serão ineficientes e pouco efetivos. Para ser constante e regular, a participação precisa de treino, educação política e consciência cívica. A inconstância e a irregularidade acabam fazendo par com o risco de ilegitimidade das decisões (NOGUEIRA, 2011, p. 156).

Sobre a participação dos movimentos sociais no cenário paulistano, a fala do Sujeito 3 descreve como acontece esse planejamento:

Sim a gente tem a PAM [...] na verdade a construção desse plano que hoje mudou o nome, na verdade é programa de ações e metas aqui em São Paulo, por quê a construção desse plano que são todas as ações que o programa vai estar desenvolvendo, é construída em conjunto com a sociedade civil que coloca o plano anterior fazendo as adaptações para o momento atual. E aí ele é compartilhado, apresentamos isso no Conselho Municipal de Saúde ele é aprovado. Depois eles fazem o monitoramento através das reuniões que são feitas. Na verdade, no Conselho Municipal de Saúde existe uma comissão de Aids, dentro do Conselho, que se reúne para acertar essas questões (Sujeito 3).

Além disso, notou-se haver uma comunicação forte e consolidada com os movimentos sociais de luta contra a Aids no município de São Paulo:

[...] o programa municipal de Aids tem um encontro com o movimento social, tanto no mopaid (movimento paulistano de Aids), tem reuniões que participam tanto o estado quanto o município (Sujeito 3).

Com base no exposto por meio das falas dos sujeitos e também do aporte teórico apresentado, considera-se necessário que os movimentos sociais se mantenham unidos e também com pressão constante, para que as conquistas não retrocedam e novos horizontes sejam mais otimistas em relação à assistência prestada às PVHA. O desafio à escassez de recursos é real; entretanto, é necessário que estratégias sejam pensadas a fim de driblar tais dificuldades para que as conquistas acompanhem as necessidades que se manifestam de maneiras diversas ao longo do desenvolvimento da doença.

A relação de parceria e comunicação entre determinados setores da administração pública com ONGs e movimentos sociais, bem como a comunicação interna, no sentido de buscar a cooperação na prestação dos serviços e a realização das ações remete à intersectorialidade. No caso de intersectorialidade, pôde-se observar um carácter intersectorial na fala do sujeito 3. É necessária uma breve contextualização sobre o termo *intersectorialidade*, o que se fará adiante, por meio da apresentação de conceitos que auxiliarão na articulação deste com o tema central.

Custódio e Silva (2015) apontam a importância da intersectorialidade como instrumento e mecanismo de gestão, visto que no Brasil já foi possível identificar que a fragmentação, acrescida de uma abordagem de carácter setorializado das políticas públicas é custosa e se mostra ineficaz, pois resulta em ações distantes das metas a serem alcançadas. Outro ponto é que não há como não associar a construção de políticas com a importância da relação e integração de diversos órgãos e instituições



no engajamento coletivo para a efetivação de direitos, assegurando-se, também, a participação social como condição primordial de legitimidade das políticas sociais.

A intersetorialidade é uma combinação de saberes e experiências, que compreende a articulação de diferentes pessoas, órgãos, departamentos, organizações – tendo em conta a fragmentação de tais saberes na sociedade. Sob outra perspectiva, uma ação intersetorial toma forma também como uma ação em rede, concebida aqui como um arranjo entre essas pessoas, órgãos, departamentos, divisões, organizações, etc. (CKAGNAZAROFF & MOTA, 2003).

Ao se observar as três esferas governamentais do país, é possível encontrar uma ampla organização setorial, o que dificulta a execução de políticas públicas. Segundo os autores citados:

As estruturas setorializadas tendem a tratar o cidadão e os problemas de forma fragmentada, com serviços executados solitariamente, embora as ações se dirijam à mesma criança, à mesma família, ao mesmo trabalhador e ocorram no mesmo espaço territorial e meio ambiente. Conduzem a uma atuação desarticulada e obstaculizam mesmo os projetos de gestões democráticas e inovadoras. O planejamento tenta articular as ações e serviços, mas a execução desarticula e perde de vista a integralidade do indivíduo e a interrelação dos problemas (JUNQUEIRA; INOJOSA; KOMATSU; 1997, p. 21).

Segundo Junqueira (1997), é assertivo dizer que a esfera das necessidades humanas deve ser considerada na sua integralidade, através de uma visão que almeje superar a autonomização e a fragmentação, o que tem levado a gestão das políticas sociais para outra direção, para uma perspectiva intersetorial. Dentro dessa perspectiva, Buss (2000) afirma que a nova compreensão se coloca também para a saúde, considerada como direito do cidadão e dever do Estado, fruto de “um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos e culturais que se combinam de forma particular, em cada sociedade e em conjunturas específicas, resultando em sociedades mais ou menos saudáveis” (BUSS, 1998, p. 174). Sendo assim, é através da intersetorialidade que se pode vislumbrar que a promoção da saúde necessita de diálogo e interação entre diferentes políticas sociais.

Junqueira (1997) contextualiza:

A intersetorialidade é a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando o desenvolvimento social, superando a exclusão social. É uma nova lógica para a gestão da cidade,

buscando superar a fragmentação das políticas, considerando o cidadão na sua totalidade. Isso passa pelas relações homem/natureza, homem/homem que determinam a construção social da cidade. Nessa perspectiva, é interessante ressaltar que a intersectorialidade não é um conceito que engloba apenas as dimensões das políticas sociais, mas também a sua interface com outras dimensões da cidade, como sua infraestrutura, ambiente, que também determinam a sua organização e regulam a maneira como se dão as relações entre os diversos segmentos sociais (1997, p. 37).

O caso de Natal, como visto anteriormente, ocorreu por meio de um acordo de cooperação entre a Coordenação Estadual de HIV/Aids e a Universidade Estadual do Rio Grande do Norte. Para que, após sua implementação, o projeto pudesse prosseguir gerando bons resultados, foi necessária uma ação conjunta, intersectorial, entre os executores do projeto e os profissionais do SAE. De fato, há relação entre o termo intersectorialidade e o termo parceria. Nas diversas falas dos sujeitos, o termo foi encontrado, assim como no caso de Natal, que o utiliza para sinalizar a razão do sucesso do projeto:

Foram as parcerias, o interesse. Do grupo de médicos que faziam parte de um grupo de pesquisa e que me convidou através de um projeto de doutorado. O meu vínculo com as pessoas da secretaria de saúde, as pessoas abraçaram a causa e o movimento social. Então assim, na verdade é um grupo de pessoas que tem interesse que as coisas aconteçam. Eu tenho um contato muito bom com a assistente social, com a psicóloga e elas abraçam a causa, elas querem, se preocupam com esse cuidado, então eu não estou sozinha, tenho pessoas comigo que lutam junto à gestão, principalmente o movimento social. Se eu precisar chamar o movimento social pra brigar comigo hoje por determinada coisa, eu tenho eles comigo. Então assim, é a parceria, são várias pessoas unidas pra atingir um determinado objetivo (Sujeito 2).

Tal depoimento reforça Junqueira (1997) quando fala da articulação dos saberes. A comunicação entre os pares, no caso referido, entre os diferentes profissionais no cuidado em saúde, foi fundamental para que o projeto de PC/AF apresentasse um desfecho positivo. Podem-se encontrar também na fala do sujeito 2 os resultados de uma ação intersectorial realizada de maneira eficiente. Tal eficiência pode ser refletida até mesmo nos resultados das PC/AF, além do caráter fisiológico:

Eu tenho uma aproximação muito boa com os médicos dos pacientes, dos meus alunos no caso, então qualquer intercorrência que eu percebo, eu faço o contato com os médicos, eu faço contato com a assistente social, eu faço contato com a psicóloga. Então não foi exatamente a resposta do exercício. O sujeito precisa se perceber, que ele tem várias pessoas em contextos diferentes que estão responsáveis por aquele cuidado e que quando ele chegar no hospital pra marcar naquele dia, pra ser atendido naquele dia ele vai ser atendido, no dia que ele for pro projeto vai ter aula, no dia que ele for pra nutricionista vai ser atendido. Essa relação entre os

pares passa muita segurança para o paciente. Então a resposta não é exatamente a resposta fisiológica do exercício (Sujeito 2).

Vê-se aqui que pensar o cuidado do indivíduo através da comunicação entre os pares pode ser positiva de diferentes maneiras:

Eu tenho uma aproximação muito boa com o profissional da farmácia, quando ela não vai, ou ele deixa de buscar a medicação eu sei, eles me avisam, pedem pra que eu puxe a orelha... De fato é a comunicação, o cuidado integral (Sujeito 2).

Para citar a relação do caso de Vitória com a experiência vivida pelo projeto de Natal, citam-se aqui Cavalcanti, Batista e Silva (2013), que apresentam também a relação da intersetorialidade com a necessidade de enfrentamento da questão social:

A intersetorialidade é a articulação entre as políticas públicas por meio do desenvolvimento de ações conjuntas destinadas à proteção social, inclusão e enfrentamento das expressões da questão social. Supõe a implementação de ações integradas que visam à superação da fragmentação da atenção às necessidades sociais da população. Para tanto, envolve a articulação de diferentes setores sociais em torno de objetivos comuns, e deve ser o princípio norteador da construção das redes municipais (CAVALCANTI; BATISTA & SILVA, 2013, p. 1-2).

Vista a necessidade de articulação entre as políticas públicas e a obrigatoriedade de oferta das PC/AF em consonância com a Portaria Conjunta de 2013, pergunta-se sobre o porquê da ausência de diálogo entre o Serviço de Atenção Especializado (SAE) e o Serviço de Orientação ao Exercício (SOE), se existe a possibilidade de uma ação intersetorial para que a oferta de PC/AF ocorra. Sendo o SAE e o SOE políticas consolidadas dentro do município, não há como não se inferir o potencial positivo de um diálogo entre os serviços, e não somente a responsabilização do SOE como porta de entrada para o serviço. A responsabilidade pela oferta continua sendo do SAE, cabendo a ele buscar a melhor maneira de fazê-la, mesmo que com parcerias de outros órgãos ou setores na administração pública.

Portanto, retomando a discussão exposta anteriormente sobre descentralização, vê-se que apresenta a característica de transferência de poder político-administrativo já apontada por Junqueira; Inokosa, Komatsu (1997) ao demonstrar que os conceitos de intersetorialidade e descentralização dialogam entre si:

Os conceitos de intersetorialidade e descentralização aproximam-se, na medida em que este último é compreendido como a transferência do poder de decisão para as instâncias mais próximas e permeáveis à influência dos cidadãos e o primeiro diz respeito ao atendimento das necessidades e expectativas desses mesmos cidadãos de forma sinérgica e integrada. Ambos devem considerar as condições territoriais, urbanas e de meio ambiente dos micro espaços que interagem com a organização social dos grupos populacionais (JUNQUEIRA; INOKOSA, KOMATSU, 1997, p. 24) .

Entende-se que integrar ações e promover o diálogo entre os pares constitui uma maneira eficiente de realizar determinadas ações que culminam no efetivo atendimento das necessidades dos sujeitos. Há exemplos disso em campo; não só, mas também há exemplos de que esta pode ser uma eficiente estratégia no planejamento das ações relacionadas às PC/AF.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise de diferentes modelos de políticas públicas de oferta de práticas corporais/AF para as PVHA revelou questões importantes para se refletir sobre todo o processo, desde a construção da política até sua execução. Expôs-se tanto o caráter positivo da oferta de práticas/AF, quanto sua face desafiadora, que é garantir que essa oferta aconteça.

Entende-se que a necessidade de confrontar diferentes casos e diferentes sujeitos era inerente ao estudo, para que se pudesse apreender melhor todos os processos no caminho da construção das ações aqui investigadas. Apesar de distintos em muitos aspectos, desde os mais simples (como os geográficos), aos mais complexos (como os níveis hierárquicos), toda contribuição foi válida no sentido da tecelagem de conhecimentos apreendidos, e que aqui se encontram. Cada sujeito pôde dar sua contribuição e ajudar a entender como são desenvolvidas as ações relacionadas às PC/AF para as pessoas acometidas pelo HIV/Aids.

Quanto aos subtópicos escolhidos, todos serão contemplados nestas considerações finais, por sua importância em se compreender melhor o todo. No que se refere à percepção das práticas corporais/AF como terapia complementar para PVHA, a fala dos sujeitos confirma a literatura que indica seu uso e prova seus benefícios, não somente de um ponto de vista regulador das funções bioquímicas, como também pelo aspecto mais psicossocial do sujeito suscetível às alterações que se encontram no bojo da doença e do tratamento medicamentoso.

Nesse ponto, quando se pensa em PC/AF como terapia complementar, a própria palavra terapia remete a outro conceito profundo e polissêmico, que é o da saúde. O próprio caráter crônico da doença tenciona esse conceito de saúde: como pensar saúde nesse caso, em que a enfermidade é, ainda hoje, incurável? Apesar de encontrar nos discursos dos participantes uma fala ainda um pouco engessada no conceito inatingível de “completo bem-estar”, é necessário dizer que cada sujeito interpreta tal conceito à sua maneira, exercendo sua individualidade.

Os desdobramentos dessas concepções sobre as PC/AF se mostram de maneira diversa quando de sua oferta nos distintos locais investigados. Ademais dos locais que já demonstram a existência das práticas, sejam elas por meio de

parcerias ou não, é importante levantar a questão suscitada pelo sujeito da capital do Espírito Santo. Se admitir que nunca houve uma oferta direcionada para as PVHA, parece inviável e precoce falar em insucesso no tratamento das pessoas acometidas por tais problemas. Visto que existem exemplos bem sucedidos, é de se acreditar que o diálogo com o público interessado e diretamente beneficiado se faz necessário de antemão, para que se possam discutir as potencialidades e incoerências ao se executar um movimento voltados às PC/AF.

A discussão sobre política, política pública e política social tem fornecido um aporte para detalhar um pouco mais a questão das interfaces da implementação dessa instância da vida de um povo. Isso tudo valeu para apreender aqui duas maneiras de descentralização na política de HIV/Aids: a primeira, pela descentralização dos serviços, e a outra, pela descentralização das ações.

A descentralização dos serviços, lamentavelmente, pela resistência de ambos os lados, ainda não se pôde consolidar. Isto reforça ainda mais a necessidade do atendimento especializado, não somente no manejo farmacológico da doença, mas também no manejo através das PC/AF. Outra característica aqui encontrada e enfatizada é o forte caráter intersetorial, principalmente no caso de São Paulo, em que o diálogo entre diferentes órgãos do município acontece de forma a torná-lo mais eficiente para quem o acessa. Dois fatores parecem relevantes para isso: o tempo, visto que o município é de vanguarda na luta contra a Aids; além deste, a avaliação e o planejamento das ações, que acontecem periodicamente e tornam o serviço mais eficaz.

Com a descentralização das ações propiciam-se parcerias e acordos de cooperação com ONGs. Tais ações são tanto mais válidas quanto mais se otimiza a prestação de um determinado serviço. Entretanto, cabe aqui dizer que isso reporta a um outro assunto, que é o da participação social. É através dela que a cobrança acontece, seja no direito à voz dentro do planejamento das ações, seja na fiscalização da execução de um determinado serviço. É o único meio que permite pensar e almejar que algo seja realmente um direito conquistado.

Face à complexidade encontrada em campo, bem como à escassez de discussões acerca da temática, é óbvio, importante e imprescindível insistir em que o

assunto continue em pauta na esfera acadêmica, a fim de que novas contribuições surjam e possam servir de subsídio para mudanças positivas no meio.

## 6. REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. C. Participação popular em políticas públicas: espaço de construção da democracia brasileira. 2006. Disponível em: <<http://www.polis.org.br/uploads/939/939.pdf>>. Acesso em: 8 out. 2018.

ALENCAR, T. M. D.; NEMES, M. I. B.; VELLOSO, M. A. Transformações da “aids aguda” para “aids crônica”: percepção corporal e intervenções cirúrgicas em pessoas vivendo com HIV e aids. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008, v. 13, n. 6, pp. 1841-1849. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000600019>>. Acesso em: 8 out. 2018.

AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Dislipidemia. *Boletim Saúde e Economia*, 6ª Edição, out. 2011. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/regulamentacao/boletim-saude-e-economia-no-6.pdf>> Acesso em: 15 jul. 2018.

ARAUJO, V. L. et al. Características da Aids na terceira idade em um hospital de referência do Estado do Ceará, Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. São Paulo, v. 10, n. 4, pp. 544-554, dez. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2007000400013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2007000400013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 jul. 2015.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BECCALLI, M. B. *Mais que Atividade Física: os usos e entendimentos da saúde entre usuários do serviço de orientação ao exercício da Prefeitura Municipal de Vitória*. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Espírito Santo, 2012.

Blanco, F. et al. Management of metabolic complications and cardiovascular risk in HIV-infected patients. *AIDS Rev*. 2010; v. 12, n. 4, pp. 231-41. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/49703172\\_Management\\_of\\_Metabolic\\_Complications\\_and\\_Cardiovascular\\_Risk\\_in\\_HIV-Infected\\_Patients](https://www.researchgate.net/publication/49703172_Management_of_Metabolic_Complications_and_Cardiovascular_Risk_in_HIV-Infected_Patients)>. Acesso em: 14 out. 2020.

BOCHIO, L. M; FORTES, P. A. A influência da AIDS no processo de desenvolvimento organizacional das organizações não-governamentais: um estudo de caso sobre a Casa de Assistência Filadélfia. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, pp. 2.541-2.550, nov, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001100009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 jul. 2015.

BRASIL. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida entre os dias 17 e 21 de março de 1986. Disponível em: <[https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf)> Acesso em: 14 out. 2020.

\_\_\_\_\_. *Constituição (1988)*. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.



\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 3 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L9790.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9790.htm)>. Acesso em: 3 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. PN-DST/AIDS: Princípios e Diretrizes. Brasília, Ministério da Saúde: 1999b. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03\\_17.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_17.pdf)>. Acesso em: 30 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria N.º 2.313, de 19 de dezembro de 2002. Dispõe sobre as normas relativas ao incentivo para estados, Distrito Federal e municípios no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST. Disponível em: <[http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/publicacoes/Legislacao/Portaria\\_2313-2002\\_PAM-Aids.pdf](http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/publicacoes/Legislacao/Portaria_2313-2002_PAM-Aids.pdf)>. Acesso em: 30 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria N.º 2.314, 20 de dezembro de 2002. Norma Técnica: Incentivo HIV/Aids e outras DST. Disponível em: <[http://sistemas.aids.gov.br/incentivo/manual/Port\\_2314\\_Norma\\_Tecnica.doc](http://sistemas.aids.gov.br/incentivo/manual/Port_2314_Norma_Tecnica.doc)>. Acesso em: 30 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Unidade de Assistência. Setor de Serviços/AIDS. Aids I – Relatório de Atividades. Brasília, 1998. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/08aids\\_relatorio\\_atividades.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/08aids_relatorio_atividades.pdf). Acesso em: 23 ago. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Recomendações para terapia antirretroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV - 2008*. Brasília, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria conjunta nº 1, de 16 de janeiro de 2013. Altera na Tabela de Serviço Especializado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), o Serviço 106 - Serviço de Atenção a DST/HIV/Aids, e institui o Regulamento de Serviços de Atenção às DST/HIV/Aids. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2013/poc01\\_16\\_01\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2013/poc01_16_01_2013.html)>. Acesso em: 20 jun. 2020.

\_\_\_\_\_. Lei nº 12.984, de junho de 2014. Define o crime de discriminação dos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de aids. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2011-2014/2014/lei/l12984.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2014/lei/l12984.htm)>. Acesso em: 15 de março de 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico aids e DST 2011. Brasília, 2011. Disponível em:

<[http://www.aids.gov.br/publicacao/2011/boletim\\_epidemiologico\\_2011](http://www.aids.gov.br/publicacao/2011/boletim_epidemiologico_2011)>. Acesso em: 8 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Recomendações para a prática de atividades físicas para pessoas vivendo com HIV e aids - 2012. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2012/recomendacoes-para-pratica-de-atividades-fisicas-para-pessoas-vivendo-com-hiv-e-aids-2012>>. Acesso em: 29 mai. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Glossário temático: *promoção da saúde*. Brasília, 2012b.

\_\_\_\_\_. Portaria Nº 77, de 12 de janeiro de 2012. Dispõe sobre a realização de testes rápidos, na atenção básica, para a detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais. 2012c. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0077\\_12\\_01\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0077_12_01_2012.html)>. Acesso em: 29 mai. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico aids. DST 2014. Brasília, 2014. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56677/boletim\\_2014\\_1\\_pdf\\_60254.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56677/boletim_2014_1_pdf_60254.pdf)>. Acesso em: 29 mai. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico Aids e IST 2017. Brasília, 2017. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2017>>. Acesso em: 10 jun. 2020.

BRITO, C. J. et al. Impacto do treinamento resistido na força e hipertrofia muscular em HIV-soropositivos. *Motriz*, Rio Claro, v. 19, n. 2, 313-324, abr./jun. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-65742013000200009>>. Acesso em: 16 jun. 2016.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000, v. 5, n. 1, pp. 163-177. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-8123200000100014>>. Acesso em: 22 out. 2020.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e a saúde pública: contribuição para o debate entre as escolas de saúde pública da América Latina. Rio de Janeiro: ENSP Fiocruz, 1998.

CALIARI, J. S., et al. Fatores relacionados com a estigmatização percebida de pessoas vivendo com HIV. *Revista da escola de enfermagem da USP*, São Paulo, v. 51, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016046703248>>. Acesso em: 10 Jun. 2020.

CAMPOS, G. W. S.; TEIXEIRA, S. M. F.. Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde do Brasil. In: Fleury S, (org). *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil & Espanha*. Rio de Janeiro: Editora FGV, pp. 417-42, 2006.

CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2010.

CARR, A; & COOPER, D. Adverse effects of antiretroviral therapy. *Lancet*. 2000; 356(9239), pp.1423-30. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)02854-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)02854-3)>. Acesso: 19 out. 2017.

CARVALHO, S. M.; & PAES, G. O. A influência da estigmatização social em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Caderno de Saúde Coletiva*, n. 19, v. 2, pp. 157-163, 2011. Disponível em: <[http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2011\\_2/artigos/csc\\_v19n2\\_157-163.pdf](http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2011_2/artigos/csc_v19n2_157-163.pdf)>. Acesso em: 10 Jun. 2020.

CAVALCANTI, P. B; BATISTA, K. G; & SILVA, L. R. A estratégia da intersectorialidade como mecanismo de articulação nas ações de saúde e assistência social no município de Cajazeiras-PB. *Anais do Seminário Internacional sobre Políticas Públicas, Intersectorialidade e Famílias*. Porto Alegre, PUC/RS, v. 1, 2013. Disponível em: <<http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/anais/sipinf/edicoes/l/9.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2017.

CHEQUER, P. et al. Determinants of survival in adult Brazilian AIDS patients, 1982-1989. *The Brazilian State AIDS Program Co-Ordinators*. *AIDS*, [S.l.], v. 6, p. 483-7, 1992.

CKAGNAZAROFF, I. B; & MOTA, N. R. Considerações sobre a relação entre descentralização e intersectorialidade como estratégias de modernização de prefeituras municipais. *Revista E & G Economia e Gestão*, Belo Horizonte, v. 3, n. 6, p. 23-41, dez. 2003. Disponível em: <[www.spell.org.br/documentos/download/36443](http://www.spell.org.br/documentos/download/36443)>. Acesso em: 17 mar. 2016.

COSTA ROSA, L. F. P. B.; WAISBERG, M. W. Influências do exercício na resposta imune. Artigo de revisão. *Rev. Bras. Med. Esporte*, v.8, n.4, 2002. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1517-86922002000400006>>. Acesso em: 05 out. 2015.

CUNHA, C. C. Os muitos reverses de uma "sexualidade soropositiva": o caso dos jovens vivendo com HIV/AIDS. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*. n° 10, abril, pp. 70-99, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1678-31662011000100002>>. Acesso em: 4 abr. 2016.

CUSTÓDIO, A. V; & SILVA, C. R. A intersectorialidade das políticas sociais públicas. In: SEMINÁRIO NACIONAL DEMANDAS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA. XI. 2015, Anais. Santa Cruz do Sul, RS: UNISC, 2015.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS DAS PESSOAS PORTADORAS DO VÍRUS DA AIDS. *Boletim ABIA*, Rio de Janeiro, n. 9, nov. 1989. Disponível em: <<http://www.abia.org.br>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

DEMO, P. Metodologia científica em ciências sociais. 3ª Edição, São Paulo, Atlas, 1999.

- DEREZS, L. F. et al. O estresse oxidativo e o exercício físico em indivíduos HIV positivo. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*. v 13, n. 4, jul/ago, 2007. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S1517-86922007000400013>>. Acesso em: 6 jun. 2015.
- DUDGEON, W. D.; PHILLIPS, K. D., CARSON, J. A.; BREWER, R. B.; DURSTINE, J. L.; HAND, G. A. Counteracting muscle wasting in HIV-infected individuals. *HIV Medicine*, v.7, n.5, p.299-310, 2006. Disponível em: < [10.1111/j.1468-1293.2006.00380.x](https://doi.org/10.1111/j.1468-1293.2006.00380.x)>. Acesso em 25 jun 2015.
- EICHNER, E. R.; CALABRESE; L. H. Immunology and exercise. *Physiology, pathophysiology, and implications for HIV infection*. *Med Clin North Am*. Mar, n. 78, vol. 2, pp. 377-388, 1994. Disponível em: <10.1016/s0025-7125(16)30165-1>. Acesso em 25 jun 2015.
- EIDAM, C. L; LOPES, A. S; OLIVEIRA, O. V. Prescrição de Exercícios Físicos para Portadores do Vírus HIV. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, vol. 13, n. 2, pp. 7-15, 2005. Disponível em: < <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-524599>>. Acesso em: 6 jun. 2015.
- FAZITO-REZENDE, E. L; VASCONCELOS, A. M; PEREIRA, M. G. Causes of death among people living with HIV/AIDS in Brazil. *Braz. J. Infect. Dis.*, [S.l.], v. 14, n. 6, p. 558-563, 2010.
- FECHIO, J. J. et al. A influência da atividade física para portadores do vírus HIV. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*. v. 3, n. 2, 1998.
- FERNÁNDEZ, I. L; LARA, P. A. Efeitos do exercício físico em indivíduos infectados pelo vírus da imunodeficiência humana-1. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, v. 4, n. 4 – jul/ago, 1998. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S1517-86921998000400007>>. Acesso em: 07 jun. 2015.
- FLEURY, S; OUVERNEY, A. M. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L; et al. (Orgs.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 23-64.
- FONSECA, E. M. D., NUNN, A., SOUZA-JUNIOR, P. B., BASTOS, F. I., & RIBEIRO, J. M. Descentralização, AIDS e redução de danos: a implementação de políticas públicas no Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23, pp. 2134-2144, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000900021>>. Acesso em: 14 out. 2020.
- FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. *Planejamento e políticas públicas*, nº 21, jun. 2000. Disponível em: < <https://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/89/158>>. Acesso em: 30 jun. 2015.
- GIL, A. C. *Como elaborar Projetos de Pesquisa*. 4. ed. São Paulo, Atlas S.A., 2002.

GIR, E; VAICHULONIS, C. G; OLIVEIRA, M. D. Adesão à terapêutica anti-retroviral por indivíduos com HIV/AIDS assistidos em uma instituição do interior paulista. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 13(5), 634-41. 2005.

GOMES, R. D. Efeito do exercício físico na percepção de satisfação de vida e função imunológica em pacientes infectados pelo HIV: Ensaio clínico não randomizado. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. 14(5): 390-5, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-35552010000500007>>. Acesso em: 05 jun. 2015.

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. Secretaria Estadual de saúde. Plano estadual de saúde 2012-2015. Vitória, nov. 2012. Disponível em: [https://saude.es.gov.br/Media/sesa/SISPACTO/Relat%C3%B3rio%20de%20Gest%C3%A3o/Plano\\_Estadual\\_de\\_Saude\\_2012\\_2015.pdf](https://saude.es.gov.br/Media/sesa/SISPACTO/Relat%C3%B3rio%20de%20Gest%C3%A3o/Plano_Estadual_de_Saude_2012_2015.pdf) . Acesso em: 30 jul. 2015.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria de Saúde Pública. Hospital Giselda Trigueiro tem média mensal de 250 atendimentos a soropositivos. SESAP/ASSECOM. 12/Sep/2017. Disponível em: <<http://www.saude.rn.gov.br/Conteudo.asp?TRAN=ITEM&TARG=159801&ACT=&PAGE=&PARM=&LBL=Materia>>. Acesso em: 13 nov. 2017.

HASKELL, W. L., LEE, I.-M., PATE, R. R., POWELL, K. E., BLAIR, S. N., FRANKLIN, B. A., ... BAUMAN, A. Physical Activity and Public Health. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 39(8), 1423–1434, 2007. Disponível em: <10.1249/mss.0b013e3180616b27>. Acesso em 15 jun. 2015.

HERRANZ, P.; DE LUCAS, R.; PÉREZ-ESPAÑA, L.; MAYOR, M. Lipodystrophy Syndromes. *Dermatologic Clinics*, v. 26, n. 4, pp. 569–578, 2008. Disponível em: <doi:10.1016/j.det.2008.05.004>. Acesso em: 14 out. 2020.

ISCHKANIAN, P. C.; PELICIONI, M. C. F. Desafios das práticas integrativas e complementares no SUS visando a promoção da saúde. *Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano*, São Paulo, v. 22, n. 2, pp. 233-238, 2012. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822012000200016&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822012000200016&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 15 jun. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente. Cidades e estados – dados demográficos, 2012. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados.html?view=municipio> > Acesso em: 5 jan. 2012.

JAGGERS, J. R. et al. A home-based exercise intervention to increase physical activity among people living with HIV: study design of a randomized clinical Trial. *BMC Public Health*. 2013, 13:502, pp. 4-12. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/502>>. Acesso em: 5 jun. 2015.

JESUS, G. J. et al. Dificuldades do viver com HIV/Aids: Entraves na qualidade de vida. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 30, p. 301-307, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-0194201700046>>. Acesso em: 05 ago. 2020.



JUNQUEIRA, L. A. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersectorialidade. *Saúde e Sociedade* 6(2): 31-46, 1997. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000100004>>. Acesso em: 14 jun. 2015.

\_\_\_\_\_.; INOJOSA, R. M; KOMATSU, S. Descentralização e intersectorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza. XI Concurso de ensayos del clad “el tránsito de la cultura burocrática al modelo de la gerencia pública: perspectivas, posibilidades y limitaciones”. Caracas, 1997. Disponível em: [http://nute.ufsc.br/bibliotecas/upload/junqueira\\_inojosa\\_komatsu\\_1997.pdf](http://nute.ufsc.br/bibliotecas/upload/junqueira_inojosa_komatsu_1997.pdf). Acesso em: 14 jun. 2015.

LAZZAROTTO, A, R; DEREZS, L, F; SPRINZ, E. HIV/AIDS e Treinamento Concorrente: a Revisão Sistemática. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte* – v. 16, n. 2 – mar./abr, 2010. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S1517-86922010000200015>>. Acesso em: 5 jun. 2015.

LIMA, M. et al. Osteopenia and osteoporosis in people living with HIV: multiprofessional approach. *HIV AIDS (Auckl)*. 2011; vol. 3, pp. 117-24. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.2147/HIV.S6617>>. Acesso em: 23 jul. 2016.

LIRA, V. A. Atividade física e a infecção pelo HIV: uma análise crítica. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte* \_ v. 5, n. 3, mai/jun, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1517-86921999000300008>. Acesso em: 07 jun. 2015.

LOBATO, L. V. Políticas Sociais e de Saúde. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

MARIANO, C. M. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. *Revista de Investigações Constitucionais*, Curitiba, v. 4, n.1, p. 259-281, jan./abr. 2017.

MARINS, J. R, et al. Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. *AIDS*, [S.l.], v. 17, p. 1.675-1.682, 2003.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. C. Atenção à saúde (verbetes). In: *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html>>. Acesso em: 22 out. 2015.

MENDES, E. L. et al. Treinamento físico para indivíduos HIV positivo submetidos à HAART: efeitos sobre parâmetros antropométrico e funcionais. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte* – v. 19, n. 1 – jan./fev, 2013. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S1517-86922013000100003>>. Acesso em: 05 jun. 2015.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 3.ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 1996.

\_\_\_\_\_. Violência e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

NOGUEIRA, M. A. Um Estado para a sociedade civil. Temas éticos e políticos da gestão democrática. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SANTOS, B. S. Democracia e participação. Porto: Afrontamento, 2002a.

\_\_\_\_\_. Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002b.

SANTOS, C.; SILVA, J. A. F.; BITTENCOURT, G.; MOTA, J. O.; NAVARRO, F.; Efeito do Exercício Físico Agudo e Crônico na Resposta Imunológica de Indivíduos Portadores do HIV. Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício, São Paulo. v 1, n 4, pp.01-16, Julho/Agosto, 2007. Disponível em: <<http://www.rbpfex.com.br/index.php/rbpfex/article/view/32/31>>. Acesso em: 05 jun. 2015.

OGALHA, C. et al. A Randomized, Clinical Trial to Evaluate the Impact of Regular Physical Activity on the Quality of Life, Body Morphology and Metabolic Parameters of Patients With AIDS in Salvador, Brazil. Journal Acquir Immune Defic Syndr. v. 57, Supplement 3, August 15, 2011. Disponível em: <[10.1097/QAI.0b013e31821e9bca](https://doi.org/10.1097/QAI.0b013e31821e9bca)> Acesso em: Acesso em: 5 jun. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO), 1946. USP. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organização-Mundial-da-Saúde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho>>. Acesso em: 14 out. 2020.

PALERMO, P. C; FEIJÓ, O. G. Exercício físico e infecção pelo HIV: atualização e recomendações. Revista Brasileira de Fisiologia do Exercício. v. 2, n. 3, set./dez, 2003. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/provida/acervo/Exercicio%20fisico%20e%20infeccao%20pelo%20HIV.pdf>>. Acesso em: 06 jun. 2015.

PIMENTA, C. C. Novos modelos de gestão descentralizada e de parcerias para as administrações estaduais. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, pp. 171-187, jul./set. 1995.

PINTO, T.; F., PAES, L.; FARINATTI, P. T. Benefícios do exercício físico para pacientes com HIV/AIDS. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, n. 12, vol. 4, pp. 18-26, 2013. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/8709>>. Acesso em: 29 jun. 2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE NATAL. Natal oferece serviço especializado para pessoas com HIV/Aids. 4 dez. 2017. Disponível em: <<https://www.natal.rn.gov.br/noticia/ntc-27476.html>>. Acesso em: 3 mar. 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA. SEMUS. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2014-2017. Aprovado na 101ª reunião ordinária realizada em 06/09/2013 através da Resolução CMSV N.º 863/2013.

RACHID, M.; SCHECHTER, M. Manual de HIV/AIDS. 8ª Edição. Rio de Janeiro: Thieme Revinter Publicações LTDA, 2005.

RAMOS, S. O papel das ONGs na construção de políticas de saúde: a Aids, a saúde da mulher e a saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, p. 1067-1078, 2004. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000400027>>. Acesso em: 15 jul. 2017.

RASO, V. et al. Uma breve revisão sobre exercício físico e HIV/AIDS. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*. 2007; vol. 15, n. 4, pp.115-126. Disponível em: <<https://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/view/781>>. Acesso em: 06 jun. 2015.

REIS, A. C.; SANTOS, E. M; CRUZ, M. M. A mortalidade por aids no Brasil: um estudo exploratório de sua evolução temporal. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 16, n. 3, set. 2007. Disponível em: <[http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742007000300006](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000300006)>. Acesso em: 30 jul. 2015.

REIS, C. T. et al. A interiorização da epidemia de HIV/AIDS e o fluxo intermunicipal de internação hospitalar na Zona da Mata, Minas Gerais, Brasil: uma análise espacial. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, pp. 1219-1228, Jun, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000600003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000600003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 Jul. 2015.

RICHARDSON, R. J, et al. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. 3ª Edição. São Paulo: Atlas, 1999.

SILVEIRA, H. R; COSTA, R. E.; & OLIVEIRA, V. S. A descentralização de políticas públicas no Brasil e o Sistema Único de Assistência Social. In: Conferência Nacional de Políticas Públicas contra a Pobreza e a Desigualdade, 2010. Disponível em: <<http://bvssite.bvseps.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=1555>>. Acesso em: 14 out. 2020.

SAFATLE, V. O que é uma normatividade vital? Saúde e doença a partir de Georges Canguilhem. *Scientia e Studia*, v. 9, n. 1, p. 11-27, 2011. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/ss/article/view/11246>>. Acesso em: 20 out. 2020.

SAVI, L. G. Importância da intervenção nutricional em pacientes com síndrome consumptiva proveniente da síndrome da imunodeficiência adquirida. (Trabalho de Conclusão de Curso – Nutrição). Centro Universitário de Brasília. Faculdade de Ciências da Educação e Saúde. Brasília, 2013. Disponível em: <<https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/235/3925>>. Acesso em: 17 mai. 2017.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>>. Acesso em: 27 fev. 2016.

SEIDL, E. M. F.; & MACHADO, A. C. A. Bem-estar psicológico, enfrentamento e lipodistrofia em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicologia em Estudo*, v. 13, n. 2, pp. 239-247, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-73722008000200006>>. Acesso em: Acesso em: 01 Jul. 2015.



SILVA, J; SILVA, C. HIV/Aids e violência: da opressão que cala à participação que acolhe e potencializa. *Saúde e sociedade*. São Paulo, v. 20, n. 3, p. 635-646, Set. 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000300010>>. Acesso em: 01 Jul. 2015.

SILVA, L. G. Seguridade Social: Das origens e conceito aos princípios que sustentam o Estado Democrático do Direito. In: *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XV, n. 99, abr. 2012. Disponível em: <[http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=11417](http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=11417)>. Acesso em: 15 set. 2016.

SORANZ, D. Portaria do Ministério da Saúde que dá autonomia a gestores locais desestrutura o SUS. *Matéria publicada em: 16 jan. 2018*. Disponível em: <<http://cee.fiocruz.br/?q=portaria-do-ministerio-da-saude-que-da-autonomia-a-gestores-locais-desestrutura-o-sus#Depoimento5>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

SOUZA, M. L. *Desenvolvimento de comunidade e participação*. 6ª edição. São Paulo: Cortez, 1999

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias* [online]. 2006, n. 16, pp. 20-45. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1517-45222006000200003>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

SOUZA, C. Governos locais e gestão de políticas sociais universais. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 18, n. 2, pp. 27-41, jun 2004 . Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-88392004000200004>>. Acesso em: 8 dez. 2015.

SOUZA, H. F.; MARQUES, D. C. Benefícios do treinamento aeróbio e/ou resistido em indivíduos HIV+: Uma Revisão Sistemática. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte – v. 15, n. 6, nov/dez, 2009*. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1517-86922009000700013>>. Acesso em: 06 jun. 2015.

SZWARCWALD, C; & CASTILHO, E. A epidemia de HIV/AIDS no Brasil: três décadas. Editorial. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 27, Suplemento 1. pp. s4-s-5, 2011. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011001300001>>. Acesso em: 14 out. 2020.

TRICKEY, A. et al. Survival of HIV-positive patients starting antiretroviral therapy between 1996 and 2013: a collaborative analysis of cohort studies. 2017. Disponível em: <<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S23523018%2817%2930066-8>> Acesso em: 5 out. 2017.

UNAIDS. Adesão de cidades à Declaração de Paris já beneficia 35 mi de brasileiras e brasileiros. Site UNAIDS. 21/03/2016. Disponível em: <<https://unaid.org.br/2016/03/adesao-de-cidades-a-declaracao-de-paris-ja-beneficia-35-mi-de-brasileiras-e-brasileiros-hiv-aids/>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. Indicadores referentes ao Brasil, extraídos entre 2011 e 2015. *AIDSinfo 2017: global data on HIV epidemiology and response* [online]. Disponível em: <<https://unaid.org.br/wp->

[content/uploads/2017/07/20170720\\_Data\\_book\\_2017\\_Brasil.pdf](#)>. Acesso em: 17 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. Guia de Terminologia do UNAIDS. Brasília: UNAIDS, 2017b. Disponível em:<  
[https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2017/10/WEB\\_2017\\_07\\_12\\_GuiaTerminologia\\_UNAIDS.pdf](https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2017/10/WEB_2017_07_12_GuiaTerminologia_UNAIDS.pdf)>. 03 mai 2016.

\_\_\_\_\_. United Nations Programme on HIV/Aids (2010). AIDS epidemicupdate. Disponível em: <<http://www.unaids.org>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. Epidemia de VIH nos países de língua oficial portuguesa: Situação atual e perspectivas futuras rumo ao acesso universal à prevenção, tratamento e cuidados. 2010. Disponível em: <<https://www.pnvihsida.dgs.pt/estudos-e-estatisticas111111/relatorios1/internacionais-resto-do-mundo1/publicacao-conjunta-da-cplp1/epidemia-de-vih-em-paises-da-cplp1.aspx>> . Acesso em: 12 maio 2015.

VERAS, R.P. et al. (Orgs.). Epidemiologia: contextos e pluralidade [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. 172 p. Epidemiológica series, n. 4. Disponível em: <<https://doi.org/10.7476/9788575412633>>. Acesso em: 27 jun. 2015.

VIEIRA, E. Democracia e política social. São Paulo: Cortez, 1992.

VILLARINHO, M. V. et al. Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 66, p. 271-277, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000200018>>. Acesso em: 20 mai. 2018.

ZAMBENEDETTI, G; SILVA, R. A. Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades. Physis, Rio de Janeiro , v. 26, n. 3, p. 785-806, set. 2016 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312016000300785&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000300785&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 21 ago. 2018.

ANEXO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTOS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr/a. foi convidado a participar da pesquisa intitulada “Práticas corporais e acesso à saúde: garantia do direito social à saúde das pessoas vivendo com HIV”, sob a responsabilidade de Rayane de Oliveira Fernandes.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

OBJETIVOS

Analisar como as políticas públicas de saúde, no que tange o Programa de DST/Aids, inserem a temática das práticas corporais para pessoas vivendo com HIV.

JUSTIFICATIVA

A partir da indagação de como a população que vive com o HIV acessa seu direito social a saúde, através das práticas corporais, surgem então questionamentos, o que torna necessária a realização dessa pesquisa para que os mesmos sejam respondidos, ou que ao menos levantem debates que possam contribuir para a temática.

PROCEDIMENTOS

A colaboração do/a participante ocorrerá por meio de entrevista semi-estruturada, que poderá ter o áudio gravado a partir da assinatura desta autorização.

RISCOS

O presente estudo pode apresentar desconforto para a participante, no momento da entrevista, ao compartilhar informações pessoais ou confidenciais, ou em alguns

tópicos que ela possa se sentir incômodo em falar. Entretanto, a mesma pode recusar-se a participar ou a responder algumas das questões dessa pesquisa a qualquer momento, sem sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

## BENEFÍCIOS

Espera-se que o benefício direto proveniente desta pesquisa seja de conhecer, pelo olhar do participante a finalidade das práticas corporais para as pessoas vivendo com HIV/Aids em tratamento e, como benefício indireto, na oferta ou ampliação de tais serviços no atendimento especializado.

## GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA E/OU RETIRADA DE CONSENTIMENTO

A Sr/a. não é obrigada a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento de sua execução, sem que haja penalidades ou prejuízos decorrentes de sua recusa. Caso decida retirar seu consentimento, o Sra. não mais será contatada pelos pesquisadores.

## GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE

A pesquisadora se compromete a resguardar sua identidade durante todas as fases da pesquisa, inclusive após publicação. Além disso, a participante pode decidir se sua identidade será divulgada e quais são, dentre as informações que forneceu, as que podem ser tratadas de forma pública.

## GARANTIA DE INDENIZAÇÃO

A pesquisadora se compromete a indenizar o participante caso ocorra algum dano decorrente da pesquisa.

## ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou para relatar algum problema, o Sra. pode contatar a pesquisadora Rayane de Oliveira Fernandes no telefone (28)999186239 e também pelo endereço eletrônico [r.oliveirafernandes@yahoo.com.br](mailto:r.oliveirafernandes@yahoo.com.br). Em caso de denúncias e/ou intercorrências na pesquisa a Sra. também pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) pelo telefone (27) 3145-9820, pelo e-mail

cep.goiabeiras@gmail.com, pessoalmente ou pelo correio, no seguinte endereço:  
Av. Fernando Ferrari, 514, Campus Universitário, sala 07 do Prédio Administrativo  
do CCHN, Goiabeiras, Vitória - ES, CEP 29.075-910.

Declaro que fui verbalmente informada e esclarecida sobre o presente documento,  
entendendo todos os termos acima expostos, e que voluntariamente aceito participar  
deste estudo. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento  
Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada por mim e pela pesquisadora principal ou  
seu representante, rubricada em todas as páginas.

Vitória, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

---

Participante da pesquisa

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa “Práticas corporais e  
acesso à saúde: garantia do direito social à saúde das pessoas vivendo com HIV”,  
eu, Rayane de Oliveira Fernandes, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s)  
IV.3 e IV.4 (se pertinente), da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e  
normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

---

Pesquisador