



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

LEONARDO MOURA DA SILVA

ADOLESCENTES E JOVENS VIVENDO COM HIV/AIDS NO BRASIL:
um desenho assistencial em construção no SUS

Florianópolis/SC

2022

LEONARDO MOURA DA SILVA

**Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/AIDS no Brasil: um desenho assistencial em
construção no SUS**

Trabalho Conclusão do Curso de Graduação em Serviço Social do Centro de Socioeconômico da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.
Orientadora: Profa. Dra. Mailiz Garibotti Lusa.

Florianópolis/SC

2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Silva, Leonardo Moura da
Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/AIDS no Brasil :
um desenho assistencial em construção no SUS / Leonardo
Moura da Silva ; orientador, Mailiz Garibotti Lusa, 2022.
75 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio
Econômico, Graduação em Serviço Social, Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

1. Serviço Social. 2. Adolescentes e Jovens. 3.
HIV/AIDS. 4. Estigma. 5. Participação social. I. Garibotti
Lusa, Mailiz . II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Graduação em Serviço Social. III. Título.

Leonardo Moura da Silva

Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/AIDS no Brasil: um desenho assistencial em construção no SUS

Este Trabalho Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social e aprovado em sua forma final pelo Departamento de Serviço Social.

Florianópolis, 22 de julho de 2022.



Documento assinado digitalmente
Andrea Marcia Santiago Lohmeyer Fuchs
Data: 05/08/2022 16:27:12-0300
CPF: 659.378.059-68
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Profa. Dra. Andréa Márcia Santiago Lohmeyer Fuchs
Coordenador do Curso

Banca Examinadora:



Documento assinado digitalmente
Mailiz Garibotti Lusa
Data: 05/08/2022 14:54:36-0300
CPF: 027.819.959-32
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Prof^a Dr^a Mailiz Garibotti Lusa
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina



Documento assinado digitalmente
Marisa Camargo
Data: 05/08/2022 14:59:29-0300
CPF: 001.416.120-61
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Prof^a Dr^a Marisa Camargo
Examinadora
Universidade Federal de Santa Catarina



Documento assinado digitalmente
Maria Teresa dos Santos
Data: 05/08/2022 20:00:26-0300
CPF: 044.459.218-07
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Prof^a Dr^a Maria Teresa dos Santos
Examinadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Dedico este trabalho a todas as pessoas que experienciaram a morte civil devido a AIDS, com a esperança de uma sociedade mais justa e igualitária.

AGRADECIMENTOS

À minha família, em especial, aos meus avós Maria Gonçalves de Oliveira (in memoriam) e João Gomes de Oliveira (in memoriam), que mesmo sendo analfabetos funcionais acreditaram no meu potencial e me construíram como um grande sonhador.

Ao meu irmão Paulo Ricardo Moura da Silva, que sempre foi uma grande referência para mim pelo seu enorme potencial transformador e por ter me guiado para que eu pudesse chegar até a universidade pública.

À minha mãe Maria de Fátima Gonçalves de Oliveira Silva, meu pai Paulo Moura da Silva e minha irmã Leticia Moura da Silva (in memoriam), as quais foram importantes aliadas e pela paciência em acolher minhas dificuldades.

À Profa. Jussara, diretora da Escola Municipal Prof^a. Maria Olympia Braga Sobrinho, que teve papel fundamental para o meu processo de alfabetização e que devido seu compromisso ético com a educação pública de qualidade forneceu todas as ferramentas necessárias para que eu pudesse escrever e ler.

À Profa. Dra. Samira Safadi Bastos e Profa. Dra. Marisa Camargo, as quais são grandes amigas e com sua paciência e compromisso ético político me auxiliou na construção de um arcabouço crítico para análise da realidade.

À Profa. Dra. Mailiz Garibotti Lusa e Profa. Dra. Maria Teresa dos Santos pela leitura atenta e pelas contribuições para o aprimoramento do meu trabalho, sobretudo pelos questionamentos que suscitaram importantes reflexões.

Aos meus colegas de formação Luciana da Costa, Gean Carlos Stein, Tainara Cristina dos Santos, Mathaus Caricate, Jaina da Conceição Goes, Gisllayne de Jesus, Mayara Rodrigues, Cátia Stanck, Ingrid de Cássia, Pâmela Bittencourt e demais que porventura tenha esquecido.

Ao Grupo de Apoio a Prevenção da AIDS de Florianópolis, em especial a Marília de Souza e Terezinha Medeiros, e a Rede Nacional de Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/AIDS e todas as pessoas membras desse coletivo, o qual constitui-se como espaço de formação e construção política para meu aprofundamento na temática HIV/AIDS.

Ao Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), em especial Ariadne Ribeiro Ferreira, e Thainá Kedzierski, as quais foram responsáveis pela melhor experiência de trabalho em toda minha trajetória até aqui.

À minha amiga Ayune Bezerra Soares e ao meu amigo Andrey Roosevelt Chagas Lemos por terem me acolhido em Brasília e por serem pessoas tão especiais para mim.

RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo analisar a Política de Saúde de Adolescentes e Jovens para identificar como as ações de promoção da assistência integral em saúde estão direcionadas para Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/AIDS. Para alcançar este objetivo optou-se por uma análise documental, de caráter exploratório, com abordagem qualitativa, com recorte histórico entre 1989 a 2021. Os critérios de seleção dos documentos foram abrangência, temática, temporalidade e tipo de linha de cuidado. Com o corpus de análise definido, optou-se submeter os dados qualitativos da pesquisa à análise de conteúdo, após foi realizado um quadro analítico para aprofundamento dos núcleos de sentido. Os recortes temáticos estabelecidos foram estigma, integralidade e participação social. O trabalho apresenta os fundamentos históricos das políticas sociais e da política de saúde no Brasil, o debate sobre as estratégias de atenção à saúde em HIV/AIDS e os avanços e desafios no que tange a atenção à saúde de adolescentes e jovens vivendo com HIV/AIDS no Brasil.

Palavras-chave: Adolescente e Jovem. HIV/AIDS. Integralidade. Estigma. Participação social.

ABSTRACT

This research aims to analyze the Brazilian Health Policy for Adolescents and Youth to identify how the actions of promotion to comprehensive health care are directed to Adolescents and Youth Living with HIV/AIDS. In order to achieve this objective, we opted for an exploratory document analysis, with a qualitative approach, with a historical cut between 1989 and 2021. The selection criteria for the documents were comprehensiveness, theme, temporality, and type of line of care. With the corpus of analysis defined, it was decided to submit the qualitative research data to content analysis, after which an analytical framework was created to deepen the nuclei of meaning. The thematic clippings established were stigma, integrality, and social participation. The work presents the historical foundations of social policies and health policy in Brazil, the debate about health care strategies in HIV/AIDS and the advances and challenges regarding health care for adolescents and young people living with HIV/AIDS in Brazil.

Keywords: Adolescent and Youth. HIV/AIDS. Integrality. Stigma. Social participation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mandala da prevenção combinada.....	39
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Documentos nacionais sobre saúde de adolescentes e jovens	47
Quadro 2 – Documentos nacionais sobre saúde de adolescentes e jovens vivendo com HIV/AIDS.....	49
Quadro 3 – Recorte temático sobre estigma relacionado aos Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/AIDS na Política Nacional de Adolescentes e Jovens.....	58
Quadro 4 – Recorte temático sobre integralidade relacionado aos Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/AIDS na Política Nacional de Adolescentes e Jovens.....	61
Quadro 5 – Recorte temático sobre participação social relacionado aos Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/AIDS na Política Nacional de Adolescentes e Jovens.....	64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIA - Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS
AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AJVHA - Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/AIDS
BVS - Biblioteca Virtual em Saúde
COVID-19 - Coronavírus Disease 2019
CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento
CV - Carga Viral
DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e IST
DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF - Estratégia Saúde da Família
FBSP - Fórum Brasileiro de Segurança Pública
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
HSH - Homens que fazem Sexo com Homens
HU - UFSC Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago
IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis
LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais ,Transgênero e Travestis
MS - Ministério da Saúde
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
OSC - Organização da sociedade civil
PEP - Profilaxia Pós-Exposição
PIB - Produto Interno Bruto
PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PrEP - Profilaxia Pré-Exposição
PT - Partido dos Trabalhadores
PVHA - Pessoa Vivendo com HIV/AIDS
PVHIV - Pessoa Vivendo com HIV
SAE - Serviço de Atendimento Especializado
SICLON - Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

SUS - Sistema Único de Saúde

TARV - Terapia Antirretroviral

UBS - Unidade básica de saúde

UDM - Unidades Dispensadoras de Medicamentos

UNAIDS - Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

UNFPA - Fundo de População das Nações Unidas

UNICEF - Fundo Internacional das Nações Unidas para a Infância

VBG - Violência Baseada no Gênero

VMS - Viva Melhor Sabendo

VMSJ - Viva Melhor Sabendo Jovem

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 SAÚDE, TRABALHO E CAPITALISMO	18
2.1 Fundamentos históricos da política social e das práticas em saúde e	18
2.2 Política de saúde no Brasil: um processo permanente de construção	27
3 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE E AS ESTRATÉGIAS VOLTADAS PARA ADOLESCENTES E JOVENS VIVENDO COM HIV/AIDS.....	32
3.1 A superação de imprecisões na atenção em saúde como estratégia de combate ao preconceito relativo ao HIV/AIDS	33
3.2 Estratégias em saúde e as barreiras físicas e sociais relativas ao HIV/AIDS.....	36
3.3 Determinação social em saúde de adolescentes e jovens no Brasil.....	44
4 POPULAÇÃO COM HIV/AIDS NA POLÍTICA DE SAÚDE INTEGRAL DE ADOLESCENTES E JOVENS.....	47
4.1 A superação de imprecisões na atenção em saúde como estratégia de combate ao preconceito relativo ao HIV/AIDS	50
4.2 Estigma, integralidade em saúde e participação social na atenção aos adolescentes e jovens vivendo com HIV/AIDS	57
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
REFERÊNCIAS.....	69

1 INTRODUÇÃO

No Brasil a epidemia de HIV/AIDS ainda necessita de esforços contínuos para seu enfrentamento. Ainda mais no que concerne aos adolescentes e jovens, os quais são sujeitos que vivem “uma fase” considerada de muitas definições. Isso ocorre, primeiro, porque é o momento de mudanças de ciclo educacional, o que por si só já é um grande desafio. Outro fator que modifica, e é passível de ser considerado, é que trata-se de um momento determinante na vida de qualquer pessoa, pois nele vivem-se mudanças de corpo, com o amadurecimento dos órgãos reprodutivos e, principalmente, o início da permanente vivência da sexualidade no seu sentido mais íntimo das trocas entre sujeitos.

Essa realidade se torna ainda mais complexa quando adolescentes e jovens tornam-se Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHA). As inseguranças, consideradas ‘normais’ nessa fase, são acrescidas de uma infecção que é transmissível, ou seja, além dos cuidados extras consigo, como a tomada da medicação, exames e idas ao médico, estes adolescentes e jovens (12 a 29 anos) precisam lidar com o estigma e discriminação de ser um/a Adolescente e Jovem Vivendo com HIV/AIDS (AJVHA).

Diante deste cenário, tomou-se como problema nesta pesquisa a indagação sobre “como a promoção integral em saúde, voltada para adolescentes e jovens vivendo com HIV/AIDS, é prevista na Política de Saúde para Adolescentes e Jovens no Brasil?”. A partir dessa problemática, definiu-se como objetivo geral “analisar a Política de Saúde de Adolescentes e Jovens para identificar como as ações de promoção da assistência integral em saúde estão direcionadas para Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/AIDS”.

Este tema de pesquisa foi escolhido por estar relacionado às questões de ordem teórica, de ordem prática e de ordem pessoal. Primeiramente, no que se refere ao pessoal, a temática surgiu como interesse a partir do envolvimento com projetos sociais e pelo trabalho desenvolvido na Rede Nacional de Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/AIDS (RNAJVHA), onde o pesquisador desempenhou o papel de defensor e mobilizador comunitário.

O fato de ser uma PVHIV aguça o interesse em contribuir academicamente para o debate e possibilitar novos referenciais de análise e reflexão. Assim, pelo fato do mesmo ter desempenhado o papel de estagiário no Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), e de ter realizado consultoria na área de saúde e HIV para o Fundo Internacional das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), reafirma ainda mais o interesse

em compreender como as políticas de promoção integral em saúde estão voltadas para adolescentes e jovens vivendo com HIV/AIDS.

Já nas motivações de ordem acadêmica, o pesquisador já desenvolveu iniciação científica no projeto intitulado “Os fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) e os modelos de gestão: como se apresentam nos Planos Plurianuais de Saúde”. Além disso, durante seu estágio obrigatório realizado no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC) implementou projeto de intervenção intitulado “Formação para Assistentes Sociais inseridos/as nos serviços de saúde: prevenção combinada ao HIV e zero discriminação”.

Relativas às questões de ordem prática, a pesquisa aborda a discussão do HIV/AIDS como vinculada à questão social no Brasil, considerando o contexto histórico em que surgiu esta epidemia no país, sendo esta datado dos anos 1980, até as suas implicações nos dias atuais. Assim, pelo fato do início dessa epidemia atingir grupos, ditos na época como marginalizados, como homens gays, usuários de drogas injetáveis, haitianos, hemofílicos e profissionais do sexo, promoveu-se a criação de um estigma e formas de discriminação, que produzem impactos até a atualidade.

Busca-se resgatar reflexões e potencialidades para o enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS no campo das políticas públicas, evidenciando a Política de Saúde de Adolescentes e Jovens, como uma política que historicamente atua na promoção, prevenção e assistência em saúde, a qual tem como referência os princípios e diretrizes da Lei Orgânica da Saúde, de 1990.

Além disso, por se tratar de uma epidemia são necessários esforços globais para sua erradicação, sendo assim, vale ressaltar as metas promovidas pelo UNAIDS, junto à federação brasileira, estados e principalmente aos municípios prioritários, onde há um alta incidência de detecção ao HIV, onde ficava estabelecido junto aos entes federados signatários que até 2020

90% de todas as pessoas vivendo com HIV saberão que têm o vírus; 90% de todas as pessoas com infecção pelo HIV diagnosticada receberão terapia antirretroviral ininterruptamente; 90% de todas as pessoas recebendo terapia antirretroviral terão supressão viral; e além de buscar a zero discriminação. (UNAIDS, 2015, p.1)

Dessa forma, a Declaração de Paris impulsiona à resposta à epidemia e mais recentemente, após a Reunião de Alto Nível sobre AIDS da Assembleia Geral das Nações Unidas, realizada em 2021, foi estabelecida nova estratégia global e metas para serem alcançadas até 2025, ressaltando novamente a importância de colocar as PVHIV e as comunidades ao centro dessa resposta.

A meta que antes era 90-90-90%, agora passa a ser 95-95-95% e outras metas mais ambiciosas se colocam de forma conjunta como: 95% de mulheres acessando serviços de saúde sexual e reprodutiva; 90% de pessoas vivendo com HIV e pessoas em vulnerabilizadas vinculadas aos serviços integrados; menos de 10% dos países com leis e políticas punitivas; menos de 10% das pessoas vivendo com HIV e populações-chave experienciando estigma e discriminação; menos de 10% das pessoas vivendo com HIV, mulheres e garotas e populações-chaves experienciem desigualdades e violências baseadas em gênero (UNAIDS, 2021); e diversas outras metas.

Contudo, essas políticas possuem diversas dificuldades para sua efetiva implementação, com restrições orçamentárias e de recursos humanos e até mesmo na sociedade como um todo devido às resistências no debate sobre sexualidade. Sendo assim, tal objeto de pesquisa evidencia a importância do debate sobre a saúde de adolescentes e jovens vivendo com HIV/Aids e reforça a necessidade da consolidação de pesquisas nessa área. Dessa forma, compreendemos que as políticas públicas em saúde é algo que possui vinculação direta com o movimento da realidade.

Trata-se de um estudo exploratório sobre as políticas públicas em saúde, particularmente voltadas para saúde de adolescentes e jovens e HIV/AIDS, para o qual se utilizará de pesquisa documental, tendo como referência os documentos de âmbito nacional, com abordagem qualitativa.

De acordo com Triviños (1987, p.109), o estudo do tipo exploratório “[...] permite ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema” [...], sendo indicado, especialmente, quando o tema escolhido ainda não foi suficientemente explorado. Tal estudo permite aprofundar conceitos preliminares, reunir conhecimento, incorporar características e buscar novas dimensões sobre a temática em pauta.

A finalidade da abordagem qualitativa, segundo Gaskell (2004, p.68), não é contar opiniões ou sujeitos, mas explorar “[...] as diferentes representações sobre o assunto em questão”. Para tal, foi feita uma revisão documental, a qual tem como ponto de partida a Política Nacional de Atenção à Saúde Integral de Adolescentes e Jovens. Por política nacional entende-se as diretrizes, guias, marcos teóricos e políticos, ou seja, os documentos que de alguma forma orientam e dão sentido para as políticas de saúde no Brasil.

Os critérios de seleção foram abrangência, temática, temporalidade e tipo de linha de cuidado. No que tange a abrangência optou-se por selecionar os de nível nacional para

inclusão e para exclusão os documentos internacionais, ou aqueles produzidos por estados e municípios.

Para o critério de temporalidade partiu-se de documentos públicos, disponíveis em meio on-line. O primeiro documento considerado por esta pesquisa como documento base é datado de 1989, intitulado Programa Saúde do Adolescente - Bases Programáticas (MS, 1989). Sendo assim, o recorte histórico parte de 1989 até o ano de 2021.

Para o critério temático, foram utilizados descritores que auxiliaram a identificar os documentos desta pesquisa. Em primeiro momento foram analisados os títulos, posteriormente foi realizada leitura flutuante para identificar quais desses documentos enquadram os critérios de seleção. Os descritores utilizados foram: saúde do adolescente e jovem; jovem; adolescentes; juventude; juventudes; HIV; AIDS; DST; saúde sexual e reprodutiva; vivendo; convivendo; portador; soropositivo.

Já no último critério, relativo à linha de cuidado, foram considerados os documentos que tange sobre promoção da assistência à saúde; os de exclusão foram aqueles documentos que discutem exclusivamente as medidas preventivas da infecção por HIV/AIDS. Esse critério foi determinante para a análise documental que será feita pois evidenciará os documentos finais de análise.

O material de pesquisa constituirá o corpus de análise (BARDIN, 1977), o qual foi primeiramente disposto em um quadro analítico com as informações ordenadas sequencialmente, conforme os tópicos que nortearam a coleta de dados. Posteriormente os dados qualitativos da pesquisa foram submetidos à análise de conteúdo proposta por Bardin (1977, p. 42), que afirma ser um “[...] conjunto de técnicas de análise de comunicação, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens”.

Considerando-se os cortes possíveis para a análise de conteúdo, optou-se pela análise de conteúdo temática. Este corte consiste em “[...] descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (BARDIN, 1977, p. 105). Segundo Minayo (1998, p. 209), na análise temática, “[...] a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso”. Assim, a análise temática permitiu ampliar os conhecimentos do conteúdo das produções teóricas pesquisadas sobre o objeto de estudo. A organização da análise dos dados orientar-se-á nas fases propostas por

Bardin (1977), compreendendo a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Apresentada a pesquisa, cumpre agora falar sobre a estrutura de organização deste trabalho, que conta com três capítulos. O primeiro tem como objetivo (II) identificar o processo histórico de formulação de políticas sociais e política de saúde; o segundo (III) identificar as estratégias de promoção e assistência para o HIV/AIDS; e o terceiro (IV) mapear ações de promoção e assistência integral em saúde para Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/AIDS na Política de Saúde para Adolescente e Jovens.

Ao final são apresentadas as considerações finais, que sinalizam conquistas no que tange a construção de estratégias de atendimento aos AJVHA, mas também inúmeros limites que ainda precisam ser enfrentados para que possam ser superadas barreiras e estigmas que ainda marcam a vida destes adolescentes e jovens no Brasil.

2 SAÚDE, TRABALHO E CAPITALISMO

Olhar para a atenção e as ações em saúde exige contemporaneamente olhar para o desenvolvimento das forças produtivas, uma vez que, as primeiras sofrem diretamente as inflexões da estrutura social, mas, dialeticamente, também conferem as bases para o desenvolvimento da estrutura social. Por isso, para tratar sobre a dinâmica de vida e a atenção à saúde de adolescentes e jovens brasileiros que vivem com HIV/AIDS hoje, antes serão resgatados alguns elementos dos fundamentos sócio-históricos da atenção em saúde no capitalismo. Este percurso teórico de reflexão possibilitará compreender a realidade vivida pelos adolescentes e jovens vivendo com HIV/AIDS, a qual é profundamente marcada pelos determinantes do capitalismo. Isso possibilita adentrar nas particularidades do capitalismo brasileiro e do desenvolvimento das práticas de saúde, até chegar ao atual modelo de saúde pública, onde localizam-se as estratégias de atenção em HIV/AIDS para adolescentes e jovens.

Busca-se neste capítulo identificar o processo histórico de formulação dos conceitos e das políticas de saúde, a partir dos quais será possível refletir sobre as ações em saúde voltadas para adolescentes e jovens vivendo com HIV/AIDS.

Para tanto serão abordados neste capítulo os fundamentos históricos das práticas em saúde já situadas no marco da sociedade burguesa, quando o Estado é chamado compulsoriamente a intervir junto aquelas expressões da questão social, consideradas problemas de saúde, através das políticas sociais. Na sequência, de forma bastante sintética, serão apresentados os elementos que caracterizam a política de saúde no Brasil hoje.

2.1 FUNDAMENTOS HISTÓRICOS DAS PRÁTICAS EM SAÚDE E DA POLÍTICA SOCIAL

Parte-se do fato que a expressa maioria das práticas em saúde hoje conhecidas emergiram com o capitalismo já em sua fase monopolista (ANDREAZZI, 2013), a exemplo do próprio Serviço Social. Contudo, o exercício da medicina precede à própria sociedade burguesa, tendo se modificado de sobremaneira com o advento do capitalismo, uma vez que

passa a se articular diretamente com a estrutura econômica do novo modo de produção, bem como política, social e ideológica cultural (BRAVO, 2013).

Tanto o advento destas novas práticas de saúde, quanto as protoformas e depois as formas iniciais da política social, encontram-se diretamente ligadas ao processo de desenvolvimento das forças produtivas. Aliás, as práticas de saúde, restritas quase exclusivamente à medicina, que antes tinham caráter de intervenção técnica e autônoma em relação ao Estado, e acesso privilegiado das elites, passam a ser incorporadas ao conjunto de intervenções do Estado voltadas a viabilizar a reprodução da classe trabalhadora e as condições para extração da mais-valia através da exploração da sua força de trabalho. Portanto, “a melhoria das condições de saúde do trabalhador [volta-se à] possibilitar a obtenção de mais produto em menor tempo de trabalho, o que corresponde à produção de mercadorias com o custo mais reduzido” (BRAVO, 2013, p. 19).

Importante situar que é nos mesmos marcos do advento da sociedade burguesa, tendo em vista justamente viabilizar condições mínimas de reprodução da classe trabalhadora, que segmentos de pessoas não são incorporadas ao espectro da atenção do Estado - das mínimas políticas sociais, dentre as quais as práticas de saúde - , uma vez não eram potencialmente reprodutoras de força de trabalho. Por este motivo, populações de gays, lésbicas, transgêneros, mulheres cis, negros e negras, entre outras, não apenas foram excluídas da atenção das políticas sociais, mas invisibilizadas e estigmatizadas durante todo processo de desenvolvimento da sociabilidade burguesa.

Nota-se, desde já, a conexão indissociável entre as práticas de saúde e a intervenção do Estado via políticas sociais. Desta forma, entende-se a necessidade de resgatar alguns aspectos essenciais dos fundamentos sócio históricos de desenvolvimento das políticas sociais, o que depois possibilitará compreender o papel da política hoje. Para tanto, faz-se necessário a retomada da construção histórica de suas origens e sua estreita relação com a questão social no capitalismo.

As políticas sociais são, em certa medida, respostas às expressões multifacetadas da “questão social”¹ no capitalismo, sendo esta baseada na intrínseca relação entre o capital e o trabalho.

¹ Para Yamamoto (2003, p. 27), a questão social é o: [...] conjunto de expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade

A saúde está diretamente relacionada com as condições de vida e de trabalho da sociedade, articulando e sofrendo as determinações da estrutura social. No capitalismo monopolista, houve a preocupação com a estruturação e sofisticação dos serviços de saúde e incorporação de outros profissionais, além do médico, pela importância econômica, política e social da questão. (BRAVO, 2013, p. 16)

Ainda que com particularidades, isso também vai ocorrer em outras áreas sociais, tais como a previdência e a assistência social. Neste sentido, evidencia-se que a parca e ainda incipiente intervenção social do Estado, tanto no início, quanto ao longo do desenvolvimento capitalista, volta-se a uma única finalidade: a produção das condições necessárias para estruturar o capitalismo. Este será o mote também das políticas sociais, o que ocorrerá com diferentes estratégias ao longo da trajetória histórica das sociedades modernas.

Tendo em vista a importância deste processo, serão dedicados alguns parágrafos deste trabalho para refletir sobre aspectos e momentos que foram decisivos no desenvolvimento das políticas sociais, os quais levam ao atual desenho, inclusive, da política de saúde no Brasil. Para desvelar as primeiras experiências ditas como políticas sociais, resgatam-se suas protoformas, as quais antecederam as sociedades capitalistas, e seu intuito era de manutenção da sociabilidade vigente e punição dos indivíduos, ou seja, estas não tinham o intuito de promover o bem estar social da classe trabalhadora, propriamente dito. Isso ocorria, inclusive, porque as/os trabalhadores não constituíam-se enquanto classe, mas como produtores de mercadorias simples, seja como artesãos ou como camponeses, com vínculos variados em relação aos proprietários de terra, os quais formavam a elite expressa na aristocracia feudal.

A partir de Behring e Boschetti (2011), em sua obra da biblioteca básica em Serviço Social, pode-se considerar que essas primeiras protoformas foram especificamente algumas leis inglesas vigentes no período pré-Revolução Industrial. Dentre os exemplos estão: o Estatuto do Trabalhadores (1349); a Leis dos Pobres Elisabetanas (1531-1601); a Lei do Domicílio (1962) e leis ditas como revisoras da Leis dos Pobres (1834), entre outras.

Com a Revolução Industrial, a proteção social que antes era restritiva e punitiva, a qual também tinha a força de trabalho como moeda de troca para acesso, passa a ser regida por princípios liberais como a liberdade e não intervenção estatal na sociedade, o que justificava a falta de proteção por parte do Estado. Nesse contexto evidencia-se a subsunção

do trabalho para o capital, que provoca o pauperismo², sendo este um dos fenômenos mais agudos da questão social (BERING; BOSCHETTI, 2011).

A questão social expressa essa relação entre a força de trabalho e o capital, a qual não é uma relação linear e hierárquica. Tendo isso em mente, há momentos de maior predominância do domínio das elites burguesas, onde o capital exerce maior pressão sobre a classe trabalhadora e esta por sua vez cria mecanismos de resistência e de luta por direitos. Para ilustrar isso, Behring e Boschetti demonstram o “[...] lugar central e da condição estrutural do trabalho como fonte de valor para o capital [...] mostrando a disputa feroz em torno do tempo de trabalho entre os detentores dos meios de produção — a burguesia — e os trabalhadores [...]”. (BERING; BOSCHETTI, 2011, p.54)

Desde o século XIX o Estado ganha assim um papel fundamental para mediar essa relação entre capital e a força de trabalho, muito embora seu direcionamento seja predominantemente para manutenção da sociabilidade vigente e dos interesses burgueses. Outra função exercida pelo Estado é a da repressão, ou seja, na medida em que a classe trabalhadora busca direitos e melhores condições de vida, esse comitê da burguesia reprime e exerce coerção sobre a força de trabalho, ou seja, sobre a classe trabalhadora.

Entre o século XIX e XX houve diferenciações na perspectiva do Estado, isso não quer dizer que houve uma ruptura definitiva da perspectiva liberal, porém uma noção social-democrata começa a ser incorporada. Essa diferenciação começa a ganhar mais força com as mobilizações e organização dos operários por melhorias na condição de vida. Para Bering e Boschetti (2011, p. 63)

Nesse sentido, as primeiras iniciativas de políticas sociais podem ser entendidas na relação continuidade entre Estado liberal e Estado social. Em outras palavras, não existe polarização irreconciliável entre Estado liberal e Estado social, ou, de outro modo, não houve ruptura radical entre o Estado liberal predominante no século XIX e o Estado social capitalista do século XX. (2011, p. 63)

Em 1883, na Alemanha começa a ser obrigatório o seguro-saúde nacional, o qual foi desenvolvido por Otton Von Bismarck e era direcionado para somente alguns segmentos de

² Para compreender esse fenômeno pauperização ver Dicionário do Pensamento Marxista: “Ao analisar as condições da classe operária, Marx argumenta que o capitalismo inevitavelmente cria e mantém uma reserva de força de trabalho desempregada e parcialmente empregada, o EXÉRCITO INDUSTRIAL DE RESERVA, que, em conjunção com os limites impostos pelas considerações de lucratividade, de capacidade de concorrência e de mobilidade dos capitais, impede necessariamente que SALÁRIOS reais dos operários aumentem de maneira mais rápida do que a produtividade do trabalho. De fato, os salários reais declinam relativamente ao aumento da produtividade do trabalho ou, em termos marxistas, com o aumento da produtividade, a taxa de EXPLORAÇÃO aumenta.[...]” (BOTTOMORE,1988, p.447)

operários da época. Neste momento os seguros não tinham caráter universal e tanto sua contribuição e gerenciamento era feito pelos empregados e empregadores. Para ser considerada uma política social as ações estatais devem ser amplas, planejada, sistematizada e obrigatória. Com esse modelo bismarckiano, devido a forte influência social-democrata e da pressão exercida pela classe trabalhadora, essa lógica do seguro social começa a ser difundida e ampliada para outros países.

Como falar de políticas sociais é expressar os conflitos sociais existentes nas sociedades capitalistas, não podemos deixar de mencionar o surgimento da Primeira Guerra Mundial (1914). A Europa passava por período de crescimento tecnológico, porém a disputa imperialista entre os países europeus por territórios da África e Ásia; com a unificação da Alemanha em uma grande potência a ser desenvolvida; e o forte sentimento nacionalista de pequenas etnias; foram os elementos necessários para travar esse grande conflito. Neste mesmo momento surgiu o fordismo, o qual modificou a forma de produzir e criou as bases materiais para que posteriormente fosse possível a expansão das políticas sociais nos países, ditos, de economia central nas décadas seguintes. Este será o período dos anos de ouro nas políticas sociais nestes países.

Há de se considerar também neste período que a Revolução Russa (1917) foi um grande avanço para que as ideias liberais deixassem de ser as únicas existentes, ainda mais com a grande depressão econômica de 1929 (considere-se também o período que antecedeu 1929 e os anos subsequentes), onde a bolsa de valores de Nova York teve uma quebra e o comércio existente na época, com uma redução de 70%. Foi um momento, portanto, de avanço da ideologia socialista, que propunha outro papel para o Estado. Assim, colocava-se em suspenso a máxima de que somente o mercado era capaz de se auto regular. Embora as forças produtivas tenham ganhado maior dinamicidade com as influências do fordismo e com o consumo gerado a partir da indústria bélica da primeira guerra mundial, estes não foram suficientes para evitar as crises de superprodução, que vieram acompanhadas do tensionamento político entre os modelos societários do ocidente capitalista e do oriente socialista.

O Tratado de Versalhes (1919) foi a declaração que colocou fim à Primeira Guerra Mundial, responsabilizou a Alemanha, autorizou grandes restrições e indenizações altas para este país. Um dos elementos criados a partir desse tratado foi a Liga das Nações, a qual era

responsável por evitar futuras guerras mundiais, o que não ocorreu, pois mesmo assim a Liga não conseguiu impedir a Segunda Guerra Mundial.

Novamente o cenário bélico predomina no globo. A Segunda Guerra Mundial (1939-1945) foi então um grande conflito em toda Europa, que se estendeu para os demais continentes - resguardadas as particularidades - e sua ascensão se deu a partir do facismo e nazismo. Nesta época, tanto a Itália quanto a Alemanha passavam por uma grande crise econômica e política. Devido a Revolução Russa, que apresentava o socialismo como horizonte de sociabilidade, tornava-se concreto o temor, por parte da burguesia, de proliferação das ideias do socialismo. Somavam-se as grandes consequências do liberalismo, o qual coloca em questionamento o próprio capitalismo, o que vai resultar numa terceira via de governo, a qual marcou toda história da humanidade até os dias atuais com o holocausto e que perseguiu diversos grupos como judeus, pessoas com deficiência, negros, homossexuais.

O país que liderou esse massacre contra a humanidade foi a Alemanha e o seu exército conquistou boa parte do território europeu. A busca era por construir a ideia de superioridade da raça ariana em detrimento de outros povos. Para isso, a Alemanha construiu alianças com Japão e Itália e construiu o eixo Berlim-Roma-Tóquio e aos poucos foi dominando diversos territórios. Além disso, a Alemanha também fez acordos com a União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) para não entrar em conflito e dividir o território da Polônia. Esse foi o ponto de partida da Segunda Guerra Mundial, onde a França e a Inglaterra declararam guerra contra a Alemanha.

Outro país que desempenhou um papel para o fim da Segunda Guerra Mundial foi os Estados Unidos da América (EUA), o qual devido aos ataques feitos pelo Japão se aliou à França e à Inglaterra para defender seus interesses políticos e econômicos. A Alemanha conseguiu ocupar parte do território francês e sua estratégia seguinte foi tentar conquistar a Inglaterra, porém a Alemanha falhou nessa tentativa. O próximo passo foi tentar invadir a URSS, porém novamente a Alemanha falha. Um dos pontos finais desse grande conflito foi o “Dia D” (1944) onde os aliados desembarcaram no porto de Normandia e começou o processo de retomada do território europeu. Mas, mesmo com a derrota da Alemanha nazista o Japão resistiu e continuou a fazer ataques contra os EUA, porém o EUA revidou com duas bombas atômicas e marcou a história da humanidade com este ato, pois nunca havia sido usado um artifício de tal porte em nenhuma guerra já registrada.

Em termos de políticas sociais o período entre a Primeira e Segunda Guerra Mundial não houve expansão, porém houve ampliação de práticas estatais intervencionistas. Isso ocorre por efeito do longo período depressivo, que tem como marco a crise da Bolsa de Valores de Nova York em 1929, mas não se reduz a ela, pelo contrário, também se soma aos custos e destruições das grandes guerras, ao risco de êxito da experiência soviética e à baixa do consumo devido à crise econômica. Por efeito, o contexto “vai promover uma inflexão na atitude da burguesia quanto à sua confiança cega nos automatismos do mercado”. Neste contexto ocorre uma suspensão dos princípios do *laissez-faire* e passa a ganhar visibilidade “as proposições de Keynes, que vão se inspirar na experiência do New Deal americano, especialmente nas saídas europeias da crise, que têm um ponto em comum: a sustentação pública de um conjunto de medidas anticrise ou anticíclicas” (BEHRING, 2009, p. 165).

É necessário apontar que o keynesianismo é uma política predominantemente econômica, que lança mão de um conjunto de medidas dentre as quais estão as políticas sociais. Na combinação com as políticas sociais de prestação pública pelo Estado, ocorreu também a planificação da economia, a intervenção na relação entre o capital e o trabalho a partir do estabelecimento da política salarial e do controle de preços, além da combinação entre renúncia fiscal, oferta de crédito e política de juros. Isso tudo terá por efeito a elevação do consumo e, logo, da demanda global, com efeitos positivos no primeiro período, mas insustentável a longo prazo. Com isso, a política keynesiana evitará a emergência de novos episódios da crise entre os anos 1930/1940 aos anos 1960/1970, amortecendo os impactos, porém não será capaz de eliminá-la, uma vez que ela é estrutural ao capitalismo. O que tal política vai gerar no período imediatamente posterior, a partir dos anos 1970, é uma ampliação das dívidas públicas e privadas, associada à inflação permanente, as quais evidenciam que os anos de ouro chegaram ao fim, tanto na economia quanto nas políticas sociais (BEHRING, 2009).

No âmbito das políticas sociais, este período foi marcado pelas políticas chamadas de Bem-Estar Social, ou *Welfare State*, as quais foram desenvolvidas de forma totalmente diferente nos países de economia central e naqueles da periferia do capitalismo. É possível arriscar a afirmação na inexistência do Estado de Bem-Estar Social nos países periféricos, tal como o Brasil. De uma ou de outra forma,

Sabe-se que, do arsenal das técnicas keynesianas, a política social foi a menos utilizada, ainda que não tenha sido completamente dispensada, dependendo das opções políticas, econômicas e sociais de cada governo, sua relação com a classe operária e, sobretudo, sua inserção no capitalismo mundial. A capacidade de

cobertura de um padrão de proteção social é diretamente proporcional à condição do país de capitalismo central ou periférico. Contudo, em ambos os casos, há uma pressão pela diminuição de certas despesas públicas por parte do capital, contraditoriamente articuladas ao aumento das demandas postas ao Estado não apenas pelo trabalho, [mas também] por parte do não-trabalho, do setor não-monopolista, etc. (BEHRING, 2009, p. 172)

Neste sentido, buscando compreender o lugar do Brasil no capitalismo mundial no período de ouro das políticas sociais decorrentes do fordismo e keynesianismo, é fundamental identificar que no Brasil vivia-se intensamente o desenvolvimentismo decorrente da difusão da ideologia estadunidense do *'American way of life'*. Enquanto cultura, reportaria ao 'estilo de vida americano', mas na concreticidade cotidiana significava a difusão do domínio estadunidense para todo continente americano, expresso na máxima da "América para os americanos".

Este desenvolvimentismo durou pelo menos cinco décadas e marcou as parcas e pobres políticas sociais do período. Teve distinções em cada governo, mas, de forma geral, perdurou como ideologia orientadora da intervenção estatal desde os anos 1930 até 1970/1980. Ora, o Brasil vivia um processo tardio de industrialização forçada, com intenso êxodo rural e inchaço das cidades, especialmente das periferias urbanas, além da forte repressão e coerção do Estado sobre a população.

Ainda assim, neste período a classe trabalhadora brasileira tensiona o Estado a partir de suas lutas e conquista direitos e políticas setorializadas, corporativas e insuficientes, mas que permitem acessar condições mínimas de reprodução que são melhores do que nos períodos anteriores. São exemplos: o reconhecimento dos direitos sociais trabalhistas; a formalização de poucas e pobres políticas previdenciárias e de saúde voltadas para segmentos específicos/corporativos de trabalhadores; a revisão da Lei de Terras - que em nada mudou a estrutura agrária concentrada e desigual do país -; e a ampliação controlada das políticas de educação, especialmente aquelas técnicas destinadas aos trabalhadores, e as de ensino superior voltadas para os segmentos médios e as frações da burguesia brasileira. Estas conquistas dos trabalhadores sobreviveram contraditoriamente com a repressão e tensão da ditadura varguista, atravessando, por fim, os governos ditatoriais militares.

No Brasil, o encerramento deste ciclo se deu apenas a partir do esgotamento do regime militar, profundamente marcado pelo fim do milagre econômico, conjugado com a efervescência dos movimentos sociais nos anos 1980 diretamente articulados aos tensionamentos políticos da classe trabalhadora. Foram estes os sujeitos políticos coletivos

que se organizaram para exigir direitos no processo constituinte, que teve por efeito a conquista de direitos sociais na Constituição Federal de 1988.

Há quem diga que no Brasil as políticas mais próximas do que se poderia chamar de ‘bem-estar social’ foram construídas após a Constituição de 1988 e resultaram das conquistas de direitos decorrentes das lutas e tensionamentos políticos de meados da década de 1970 e depois nos anos 1980. Contudo, é evidente que “os países da América Latina jamais implementaram uma sociedade de pleno assalariamento, ou um Estado social universal” (BOSCHETTI, 2012, p. 36).

Além disso, o período de maior avanço nas políticas sociais ocorreu num momento ainda mais recente, em termos históricos, que foi já no século XXI, a partir dos governos do Partido dos Trabalhadores, que tiveram à frente da presidência Luís Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff, mais especificamente entre os anos 2003 e 2016. No período não só no Brasil, mas em toda América Latina houve redução da pobreza e desigualdade social em todo o continente latino-americano, porém isso foi efeito do aumento dos rendimentos do trabalho e dos programas assistenciais de transferência de renda, criados como estratégias de enfrentamento da crise (BOSCHETTI, 2012).

Mesmo num exame mais rápido e superficial, alguns pontos comuns entre o modelo keynesiano e o conjunto de estratégias dos governos do Partido dos Trabalhadores (PT) poderiam ser percebidos. Quando observadas mais a fundo, tais medidas confirmam uma política anticrise, que operou a redução dos custos das políticas sociais, drenando os investimentos sociais para o fundo destinado ao pagamento da dívida pública. Tratou-se de um modelo de desenvolvimento social que certamente ampliou o acesso da classe trabalhadora aos bens de consumo e serviços, retirando um contingente significativo de sujeitos da condição de miséria e pobreza, contudo, não interviu para a desconcentração de renda, ampliação e consolidação dos direitos sociais através da universalização das políticas sociais.

Como o conjunto destas estratégias - ainda que bastante limitadas como apontado - produziu ganhos no cotidiano da classe trabalhadora brasileira, as elites entenderam que havia se instalado um enorme risco de transformação societária e, a partir deste risco, justificaram o golpe jurídico-midiático-parlamentar que retirou Dilma Rousseff da presidência, dando início a um dos períodos mais obscuros do país.

O recrudescimento da violência estatal, a naturalização e intensificação do racismo, xenofobia, LGBTfobia, violência de gênero, sorofobia, entre outras, apenas sinaliza o avanço do conservadorismo articulado ao reacionarismo. Foram elas que conferiram as bases para a manutenção de Michel Temer no poder após o golpe de 2016, posteriormente elegeram Bolsonaro para a presidência da República e o sustentaram no poder durante todo o mandato, à despeito dos crimes de responsabilidade e crimes contra a humanidade, à exemplo das medidas que contrariavam as diretrizes do SUS durante a pandemia no Brasil. Dentre as estratégias utilizadas no período, nota-se a drenagem dos recursos das políticas sociais, operando um verdadeiro desmonte da estrutura que - com seus muitos limites - tinha sido criada e/ou desenvolvida nos governos do PT.

Estes são os fundamentos históricos das políticas sociais, os quais encontram-se umbilicalmente conectados com as práticas de saúde e o reconhecimento lento e processual das ações e estratégias em saúde enquanto política pública de saúde. É sobre esta que passa-se a discorrer algumas considerações.

2.2 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: UM PROCESSO PERMANENTE DE CONSTRUÇÃO

Estes próximos parágrafos serão dedicados para apontar as principais características da política de saúde brasileira no período atual. Demarca-se enquanto temporalidade o período pós-Constituição de 1988, por reconhecer que as bases e diretrizes da saúde pública brasileira remontam a década de 1980, o contexto das lutas sociais, dentre as quais aquelas do movimento da Reforma Sanitária.

O marco do período foram as lutas pela conquista da cidadania, entendendo que o reconhecimento e acesso efetivo aos direitos sociais denotaria o exercício pleno da cidadania, ou da cidadania restrita, no caso do acesso parcial aos direitos e políticas sociais. Esta compreensão encontra-se profundamente conectada com a dinâmica social e ideo-política das manifestações, mobilizações e lutas desenvolvidas nos anos 1980. Nesta dinâmica de lutas, as demandas de saúde pública, articuladas à exigência da construção de um modelo universal, público e participativo de sistema de saúde ganharam destaque frente ao conjunto de lutas que emergiram na sociedade brasileira no período.

Os movimentos desenvolvidos pelos sindicatos, apesar do cunho corporativista inicialmente assumido, na luta por melhores salários e condições de trabalho, tiveram também presentes a dimensão mais ampla da questão da saúde, com bandeiras contrárias à mercantilização da atenção médica, à exploração do trabalho do profissional assalariado, à política de saúde e ao autoritarismo e ao modelo econômico vigente. [...] A ampliação do espaço de atuação das entidades representativas dos profissionais e sindicatos médicos favoreceu o desdobramento da prática política, havendo articulação com outros sindicatos de trabalhadores, outras entidades, movimentos populares e avançando-se no âmbito parlamentar. A luta pela saúde se ampliou e diversos movimentos se destacaram [...] visando a melhoria dos serviços de saúde e alteração das políticas do setor [...]. (BRAVO, 2010, p. 67)

Chama-se a atenção a compreensão de totalidade que perpassa o reconhecimento da vida social e que apenas no conjunto de acesso às políticas sociais seria possível o pleno exercício da cidadania. Neste sentido, as lutas pelo direito à saúde indissociável às demais políticas sociais acabam sendo o mote principal para uma articulação mais ampla dentro da frente da saúde. Note-se que

Ao considerar a política de saúde como uma política social, uma das conseqüências imediatas é assumir que a saúde é um dos direitos inerentes à condição de cidadania, pois a plena participação dos indivíduos na sociedade política se realiza a partir de sua inserção como cidadãos. (FLEURY; OUVREY, 2012, p. 01)

A definição de cidadania, bastante difundida em todos os campos das lutas sociais do período, também comparece na definição do direito à saúde como um direito de cidadania. Esta identificação no período decorreu da politização das lutas sociais que tencionaram primeiro a reabertura democrática e, imediatamente depois, o reconhecimento de direitos na Constituição Federal de 1988. As lutas pela saúde lideradas pelo Movimento da Reforma Sanitária levam a politização da saúde.

A politização da saúde foi uma das primeiras metas a ser implementada com o objetivo de aprofundar o nível de consciência sanitária, alcançar visibilidade necessária para a inclusão de suas demandas na agenda governamental e garantir o apoio político à implementação das mudanças necessárias. [...] A mudança do arcabouço e das práticas institucionais foi realizada através de algumas medidas que visaram o fortalecimento do setor público e da universalização do atendimento; da redução do papel do setor privado na prestação de serviços à saúde; da descentralização política e administração do processo decisório da política de saúde e da execução dos serviços ao nível local, que culminou com a criação do SUDS, passo mais avançado na reformulação administrativa no setor. (BRAVO, 2010, p. 67)

Evidencia-se o quanto as lutas pela transformação do modelo anterior de saúde foram intensas e, de fato, foram responsáveis pelo modelo de Sistema Único de Saúde (SUS) em vigência hoje. A processualidade histórica desta luta pela reforma sanitária também fica evidenciada quando observa-se que as bases atuais da política de saúde são as reivindicações das lutas daquele período. Aliás, pode-se dizer que esta pauta reivindicatória nunca saiu de cena, uma vez que logo após a Constituição de 1988 houve a necessidade de intensa

mobilização política para construir e implementar a Política Nacional de Saúde e mais que isso, continuamente as lutas precisaram adquirir outra dimensão, que é da resistência ao desmonte e retrocesso da política de saúde.

As condições de luta, mas também de efetividade dos direitos conquistados nunca foram favoráveis em se tratando dos interesses da classe trabalhadora. Certamente foram fundamentais as mobilizações da frente pela reforma sanitária desde os anos 1980, que teve marcos históricos como a VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, a qual conferiu a base das reivindicações apresentadas no processo constituinte. Foram elas que imprimiram a dimensão participativa direta da população na política de saúde, através dos Conselhos e Conferências, o que até hoje tensiona a construção de estratégias de atenção em saúde, por mais que sua efetivação seja um dos maiores desafios.

“Os Conselhos foram propostos numa conjuntura de mobilização da sociedade civil e foram implementados, a partir dos anos 1990, num cenário de regressão dos direitos sociais e de destruição das conquistas históricas dos trabalhadores em nome da defesa do mercado e do capital” (BRAVO; MENEZES, 2012, p. 274). Certamente os espaços de participação social na política de saúde configuram-se como espaços de luta de classes pela disputa de poder, cuja hegemonia tem sido exercida pela elite dominante, que abertamente defende os interesses da rede privada (CORREIA, 2012), operando uma verdadeira privatização do SUS, inclusive por dentro do próprio modelo de gestão da saúde pública, por exemplo, através das organizações sociais.

Neste sentido, a maior ameaça de destruição do SUS hoje vem das medidas privatistas, também implantadas através dos novos modelos de gestão da saúde pública.

Desenvolveu-se nos últimos anos, em função da intensificação do poder econômico sobre todas as instâncias da vida social, uma lógica de que as políticas sociais podem ser desenvolvidas nos moldes análogos aos serviços privados, sendo, por exemplo, a gestão dos serviços públicos de saúde se realizar por meio das Organizações Sociais – OS, das Fundações Estatais de Direito Privado e de Empresas Públicas. (KRÜGER, SILVA, BUNN; REIS, 2017, p. 03)

A partir dos breves apontamentos apresentados até este momento, percebe-se o quanto o direito à saúde no Brasil encontra-se permanentemente na ‘corda bamba’ entre a sua negação e o tensionamento pela efetividade. O fundamento de tal disputa encontra-se na estrutura do modo de produção capitalista, que torna tudo mercadoria, especialmente nos momentos de agravamento das crises estruturais e cíclicas. No Brasil esta disputa ganha ainda mais intensidade pela particularidade do capitalismo dependente aqui desenvolvido,

profundamente determinado pelo imperialismo, mas também pelos movimentos de resistência operacionalizados ao longo da formação social brasileira pela classe trabalhadora. Por isso, na saúde o movimento contraditório não poderia ser outro.

Não obstante a isso, a saúde no Brasil vem sendo construída na teimosia dos sujeitos políticos coletivos que insistem em lutar por ela. Assim, permanece sendo uma conquista da qual não se abre mão. Sua efetividade acontece através do Sistema Único de Saúde (SUS), que sofre tensionamentos contraditórios permanentes entre a sua defesa - na perspectiva da classe trabalhadora e, nela, dos trabalhadores/es do SUS - e o seu desmonte - na perspectiva do mercado, muito bem representado pela rede privada.

O SUS é considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, que oferece serviços de saúde estatal, gratuito, integral e universal. Este sistema não foi fruto de deliberações mecânicas e abstratas, mas de um movimento social chamado Reforma Sanitária, que buscou colocar o Estado a serviço das funções públicas e atender as necessidades coletivas. Nos fundamentos do SUS, a saúde é direito de cidadania, é um bem social, coletivo e público. Assim, no SUS saúde é determinada pelo modo de organização social de uma sociedade não é considerada apenas a ausência da doença, e não é um bem e consumo que se adquire como mercadoria via empresariação dos serviços. (KRÜGER; REIS, 2019, p. 274)

Após o golpe de 2016 o cenário da política de saúde ganhou maiores desafios com a criação da EC 95, ou também conhecida como a PEC do teto dos gastos, a qual estabelece um novo regime fiscal para o Estado brasileiro, onde as despesas primárias como educação, saúde, habitação, infraestrutura, etc., ganha limite de gastos tendo o ano fiscal anterior como referência, acrescido da inflação. Porém, esse limite não é colocado nas despesas financeiras como juros e vencimento da dívida pública, o que impossibilita o crescimento e investimentos em políticas sociais no Brasil durante 20 anos.

Em termos de HIV/AIDS o Brasil sofreu um grande retrocesso com o atual governo, o qual desmontou o Programa Nacional de DST/AIDS, o qual era reconhecido internacionalmente como um dos melhores do mundo. O Programa Nacional foi transformado em um grande conglomerado de várias patologias como Tuberculose, Hepatites e outras doenças em estágio de erradicação. Isso demonstra como o Estado brasileiro não tem priorizado a AIDS em suas ações e tem fragilizado ainda mais a resposta brasileira.

A pandemia de COVID-19 também trouxe ao Brasil impactos catastróficos devido a baixa capacidade de governança do Estado brasileiro sobre essa emergência pública, o qual impactou na morte de milhares. O estado do Amazonas, por exemplo, foi um dos estados onde a falta de oxigênio levou a uma crise nos hospitais, além das superlotações em leitos de UTI em diversos estados. A dificuldade do governo brasileiro em adquirir a vacina também

trouxe grandes consequências em termos coletivos; as grandes ondas de *fake news* também dificultaram as estratégias de prevenção, as quais também foram advindas inclusive do chefe de Estado do Brasil, o qual relacionou o uso da vacinação com adquirir AIDS, o que em termos científicos é uma inverdade.

É neste cenário de conquistas, disputas permanentes e de resistência aos retrocessos que a saúde pública brasileira vem sendo construída. Fazem parte dela as estratégias de atendimento às pessoas que vivem com HIV/AIDS, dentre os quais estão os adolescentes e jovens, foco da atenção nesta pesquisa. É sobre as estratégias de atendimento aos adolescentes e jovens que vivem com HIV/AIDS que tratará o próximo capítulo.

3 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE E AS ESTRATÉGIAS VOLTADAS PARA ADOLESCENTES E JOVENS VIVENDO COM HIV/AIDS

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2020, p. 01) saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades”. A construção em nível mundial de uma definição básica e de caráter universal foi importante, pois demarcou uma base comum de consideração sobre saúde, a partir da qual os países signatários, na particularidade dos seus sistemas de saúde, não podem retroceder.

Tal definição tem relevância, inclusive, pois torna-se marco no processo de superação da ideia de ausência de doenças ou enfermidades, incluindo outras dimensões como mental e social. Considerando que o modelo societário mundialmente hegemônico, o capitalismo, em sua estrutura produz processos de exploração, os quais dificultam para a imensa maioria das pessoas atingir um estado completo de bem estar, o que diuturnamente leva a um processo de adoecimento, a grande questão que se coloca é se podemos de fato alcançar um completo bem-estar dentro dos parâmetros do capitalismo?

Especificamente no que se refere ao tema deste estudo, os Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/AIDS (AJVHA), o mais importante ainda é se questionar: uma vez que a doença ou infecção está instaurada, é possível estabelecer um quadro de saúde enquanto estado de bem-estar? Para diversos adolescentes e jovens no Brasil e no mundo este questionamento se torna uma ‘constante’ em sua realidade cotidiana, a partir do momento de descoberta de sua sorologia positiva para o HIV/AIDS.

Ao buscar identificar como a política de saúde no Brasil se comporta em relação aos adolescentes e jovens vivendo com HIV/AIDS, fica evidente que temos certa dificuldade em traçar os caminhos que estão sendo percorridos. Os aspectos de prevenção são mais predominantes e melhor difundidos do que a promoção do cuidado para com estes adolescentes e jovens, os quais se tornam Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHA).

Este capítulo trata sobre a atenção em saúde para adolescentes e jovens vivendo com HIV/AIDS e busca identificar na Política Nacional de Saúde as estratégias desenvolvidas para o atendimento deste público. Para tanto, serão abordadas em um primeiro momento algumas questões conceituais e necessárias para quebra de estigma e preconceito relacionados ao HIV/AIDS. Posteriormente, será evidenciado os aspectos de prevenção na atualidade e suas

interações com práticas assistenciais em saúde para as pessoas vivendo com HIV/AIDS. Iremos finalizar este capítulo evidenciando quais são as questões de saúde que perpassam adolescentes e jovens no Brasil, sob a ótica da determinação social em saúde.

3.1 A SUPERAÇÃO DE IMPRECISÕES NA ATENÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE COMBATE AO PRECONCEITO RELATIVO AO HIV/AIDS

Para iniciar qualquer discussão relacionada ao HIV/AIDS, faz-se necessário apresentar algumas considerações conceituais basilares, uma vez que muitas apreensões difundidas trazem imprecisões as quais contribuem para a manutenção de preconceitos e estigmas em relação à população que vive com HIV/AIDS. Há de se dizer que tais imprecisões, por vezes, adentram os espaços profissionais de atendimento das diversas políticas sociais, para além da política de saúde, o que contribui para sua difusão ampla para a população em geral.

A primeira delas remete à ideia de Doença Sexualmente Transmissível (DST), utilizada anteriormente, que se distingue fundamentalmente da definição de Infecção Sexualmente Transmissível (IST) desenvolvida a partir do avanço das pesquisas e debates em saúde pública. Segundo o Ministério da Saúde (2017), esta nova nomenclatura considera a possibilidade de uma pessoa ter e transmitir uma infecção, mesmo não apresentando sinais e sintomas. Embora em um primeiro momento pareça não fazer muita diferença, ao aprofundar o olhar para a promoção em saúde, é fundamental essa quebra de paradigma, pois promove a ampliação de cuidados contínuos em saúde, em detrimento de outras abordagens onde o cuidado é estabelecido com a presença absoluta de doença. Com isso, percebe-se a necessidade de superação do conceito de DST, uma vez que ele originalmente remetia à PVHA como pessoas doentes de AIDS. O uso de nomenclaturas relacionadas ao estado de ‘doença’, tais como, pessoa contaminada, aidética, portador, soropositivo ou qualquer outra, reforça estigmas e preconceitos.

Outro aspecto fundamental é a diferença entre o HIV e a AIDS. O ‘HIV’ é a sigla para o Vírus da Imunodeficiência Humana, que faz referência à sigla da denominação em inglês, qual seja *human immunodeficiency virus*. Refere-se também à infecção causada pela presença deste vírus, o qual pode ser detectado a partir de testagem, seja ela em laboratório ou de testagem rápida. Já a AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*) é quando a pessoa que

possui a infecção pelo HIV tem níveis bem baixos de células de defesa, grande quantidade de vírus em seu corpo e outras doenças correlacionadas à presença do HIV. Significa que o HIV, que é a infecção pelo vírus, precede a AIDS. É importante considerar que é possível ser infectado/a pelo HIV, realizar os procedimentos de tratamento e dificilmente ou nunca desenvolver o quadro a que se denomina AIDS.

Em termos dos profissionais de saúde, apenas médicos são habilitados para diagnosticar a AIDS. Embora essa discussão verse as ciências da saúde é fundamental trazer para o âmbito das práticas e intervenções sociais em saúde, pois estas informações pode auxiliar na diminuição de estigma e discriminação relacionados ao HIV/AIDS.

O terceiro aspecto fundamental refere-se a forma apropriada para identificar as pessoas infectadas pelo vírus do HIV e/ou que desenvolvam a AIDS, as quais devem ser referenciadas enquanto Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHA). Embora haja, em alguns documentos governamentais, a referência somente para Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV), é importante considerar as duras críticas que os coletivos e movimentos sociais fazem à invisibilidade que a AIDS tem ganhado no Brasil nos últimos tempos. Ainda que tenham ocorrido em 2020 mais de 10.000 mortes por AIDS, segundo Boletim Epidemiológico HIV/AIDS de 2021.

O quarto aspecto conceitual remete à pessoa convivendo com HIV/AIDS, que são aquelas que estão em torno da PVHA. Neste caso, embora ela não porte o vírus do HIV, ainda assim pode sofrer os impactos do estigma e discriminação simplesmente pelo convívio com a PVHA. É importante dar visibilidade a este impacto, pois ele expressa o grau de preconceitos em relação ao HIV/AIDS, profundamente arraigados na cultura brasileira, a ponto de afetar inclusive quem não vive, mas apenas convive com as pessoas infectadas.

O quinto aspecto refere-se ao grupo de risco. Mais recentemente, com a pandemia do Coronavírus/Covid-19³, novamente reviveram-se alguns conceitos importantes que também perpassam a epidemia de HIV/AIDS. A noção de grupo de risco é um deles, o qual é muito utilizado em ambas as epidemias. No que tange o HIV/AIDS, no início da epidemia, por volta dos anos 1980 e 1990, o grupo de risco era identificado como constituído por homossexuais, especialmente gays, hemofílicos, haitianos, usuários de heroína injetável e profissionais do

³ É importante considerar que, no que tange a atual pandemia, o vírus que causa a infecção é o Coronavírus, o qual causa a doença Covid-19. Esta relação entre HIV/AIDS e Coronavírus/COVID-19 contribui para a apreensão do que neste TCC identifica-se como segundo aspecto conceitual importante na superação do preconceito. Traçar este paralelo conceitual contribui para o combate às imprecisões, uma vez que a pandemia da Covid-19 ainda está em curso e que, logo, está mais viva/presente no ideário cotidiano.

sexo (*hoockers*, do inglês). Logo percebeu-se que tratava-se de uma noção equivocada sobre os grupos de risco, a partir da qual a epidemia se tornou generalizada e afetou toda a população, pois vivia-se como se as medidas preventivas e de promoção de saúde fossem necessárias apenas para tal grupo.

Esta apreensão equivocada sobre grupo de risco e estratégias de prevenção e promoção de saúde marcaram definitivamente o imaginário popular sobre HIV/AIDS e repercutem para a continuidade da epidemia, mesmo décadas após o seu início, nas quais acumularam-se avanços técnico-científicos em saúde, com avanços da política de saúde, do SUS e das estratégias de atenção à PVHA. Com efeito, ainda na atualidade, o ideário equivocado sobre os grupos de risco se reproduz ‘para e entre’ os adolescentes e jovens, indicando falsamente que é possível identificar as PVHA, as quais cabe a prevenção, eximindo-se os demais da responsabilidade preventiva. Por conseguinte, se o adolescente ou jovem não pertencer a nenhum dos grupos tradicionalmente considerados como população-chave para HIV/AIDS, não estaria em risco de infectar-se pelo HIV e desenvolver a AIDS e, sendo assim, o que faz-lhes acreditar que não necessitam de cuidados relacionados à prevenção.

Tal como no passado, esta apreensão equivocada contribui diretamente para a continuidade da infecção pelo HIV e, conseqüentemente, para o desenvolvimento da AIDS. Neste sentido, em material produzido para a Estratégia Viva Melhor Sabendo (VMS), o próprio Ministério da Saúde reconhece que,

A epidemia de HIV/AIDS no Brasil está concentrada em populações-chave, que respondem pela maioria dos novos casos da infecção em todo país, como gays e homens que fazem sexo com outros homens (HSH), pessoas trans, pessoas que usam álcool e outras drogas, pessoas privadas de liberdade e trabalhadoras do sexo. Além disso, destaca-se o crescimento da epidemia em outros segmentos, considerados prioritários, que nesse caso são as populações jovem, indígena e em situação de rua. Esses grupos, além de apresentarem maior risco de adquirir o HIV, frequentemente estão sujeitos a práticas discriminatórias, sendo alvo de estigma e preconceito – o que aumenta, assim, sua vulnerabilidade ao HIV/AIDS, às IST e às hepatites virais.(MS,s/d)

Evidencia-se o reconhecimento de grupos que necessitam de maior atenção em termos de políticas de prevenção, os quais são duplamente afetados em termos de vulnerabilidade em ser infectado pelo HIV/AIDS e da existência de barreiras sociais decorrentes do preconceito. Entende-se que o enfrentamento desta dupla situação pode localizar-se destacadamente nas práticas de educação em saúde, preconizadas pelo SUS.

Em termos políticos de luta para a superação de preconceitos, melhoria das condições de vida das PVHA e diminuição da infecção por HIV/AIDS, percebe-se que é fundamental a superação das imprecisões e/ou equívocos conceituais, uma vez que a apreensão correta contribui para a superação do estigma da infecção pelo HIV, possível desenvolvimento das doenças relacionadas à AIDS e, numa probabilidade hoje menor, mas ainda existente, ao óbito decorrente delas. Importante considerar que o grau de preconceito que gera o estigma e a discriminação chega ao ponto de significar a morte civil para a PVHA, a qual precisa enfrentar cotidianamente estas violações de seu reconhecimento e identidade na sociedade, a fim de dela participar como sujeito de direitos, participe da esfera política, social, econômica e cultural do país. A partir disso, elabora-se uma primeira síntese deste capítulo do TCC, qual seja a existência de um processo de estigmatização e discriminações decorrentes de preconceitos, o qual se materializa numa espécie velada de destituição da cidadania da PVHA. Isso precisa ser considerado para a proposição, construção e elaboração de estratégias em saúde que possam enfrentar este cenário.

Neste sentido, a apreensão destas definições também visibiliza as experiências e vozes da PVHA, as quais tornam-se essenciais para a construção de políticas públicas em saúde e demais áreas intersetoriais das políticas, para que assim as necessidades deste segmento da população sejam levadas em consideração na elaboração das estratégias de atenção em saúde e outras políticas públicas e sociais.

3.2 ESTRATÉGIAS EM SAÚDE E AS BARREIRAS FÍSICAS E SOCIAIS RELATIVAS AO HIV/AIDS

Neste subitem serão discutidas as principais estratégias em saúde relativas ao HIV/AIDS adotadas no Brasil e voltadas ao público geral das PVHA. Entendendo que tais estratégias possuem relação direta com a cultura da sociedade em relação às infecções por HIV/AIDS - gerando atitudes de acolhimento e prevenção, ou, pelo contrário, de difusão de preconceitos, estigmas e discriminação -, também serão pontuados os principais desafios vividos pela PVHA, os quais afetam a saúde em seu aspecto psicossocial e dificultam a efetividade das estratégias de tratamento.

Embora as reflexões aqui versem sobre os aspectos de práticas assistenciais em saúde para AJVHA entre idades de 12 a 29 anos, é importante mencionar os aspectos gerais da prevenção em saúde para todos os públicos. A ideia mais comum e difundida sobre a prevenção é a criação de barreiras, tanto físicas quanto, por consequência, sociais. No entanto, é necessário especificar a atenção para tratar de cada uma destas barreiras, uma vez que elas diferenciam-se fundamentalmente, ainda que sejam dialeticamente articuladas, portanto, sejam indissociáveis.

Primeiro, é necessário considerar que é na dimensão das barreiras sociais que estão localizados o preconceito, o estigma e a discriminação sofridas pelas PVHA, logo, pelos AJVHA. No caso específico dos adolescentes e jovens nota-se que tais barreiras sociais emergem do próprio fato de viver com HIV/AIDS, mas também por outros aspectos como raça, gênero, sexualidade, geração, território etc.

Já as barreiras físicas remetem diretamente ao uso do preservativo externo, também chamado preservativo masculino. Essa diferenciação ocorre pelo fato de que o uso de um insumo em saúde não está diretamente vinculado à identidade de gênero da pessoa que o usa, ou seja, uma mulher trans ou travesti pode usar o preservativo externo e se identificar como signos ditos femininos, assim como o inverso também pode ocorrer. O mesmo ocorre com o preservativo interno, ou feminino, embora os paradigmas vinculados sejam outros, perpassando por questões de autonomia de gênero, ou seja, por questões de negociação do uso ou não do mesmo por parte de mulheres cis no momento de suas práticas sexuais.

O enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS no Brasil por muitos anos teve o preservativo externo como um dos elementos centrais. Por efeito, ainda hoje, quando se discute esta temática com adolescentes e jovens, após fazer a pergunta sobre como prevenir o HIV/AIDS, a resposta mais provável é que o uso da camisinha é a única forma de prevenção. Trata-se de mais uma concepção que, ainda que não equivocada, é objetivamente limitada e reducionista, afetando a adoção mais ampla de práticas preventivas. A noção atual, que é oficial inclusive, por ser adotada pelo Ministério da Saúde (MS) no Brasil e vincular-se às diretrizes internacionais para a política de saúde em HIV/AIDS, é da prevenção combinada, sendo esta:

Uma estratégia de prevenção que faz uso combinado de intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais aplicadas no nível dos indivíduos, de suas relações e dos grupos sociais a que pertencem, mediante ações que levem em consideração suas necessidades e especificidades e as formas de transmissão do vírus. (MS, 2017, p. 18)

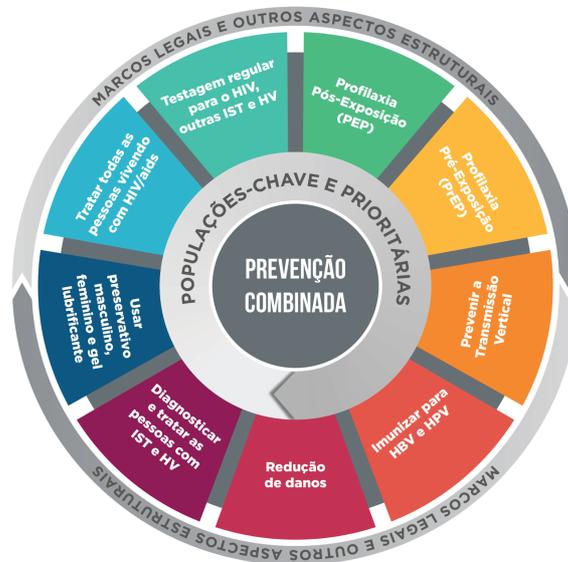
Dessa forma, esta abordagem mais ampla busca superar essa ideia de criação tão somente de barreiras físicas e/ou sociais, apresentando para os sujeitos uma gama de possibilidades de práticas e insumos disponíveis para estabelecer e adotar estratégias mais amplas de prevenção. Em termos práticos pode-se exemplificar a situação daquelas pessoas que fazem sexo desprotegido no que tange a barreira física e que acreditam que não há nenhuma outra possibilidade ou prática a ser adotada para se prevenir. Com essa abordagem da prevenção combinada esta pessoa pode recorrer a outros métodos.

Há também outros métodos como a PEP (Profilaxia Pós-Exposição), que pode ser utilizado até 72 horas após a situação de exposição, a pessoa utiliza medicação durante 28 dias para impedir a infecção pelo HIV e também realiza um acompanhamento médico para verificar a eficácia desse método. O mais recentemente incorporado pelo SUS é a PrEP (Profilaxia Pré-Exposição) que busca com acompanhamento contínuo e a tomada da medicação constante para impedir a infecção pelo HIV. No caso da PrEP é uma questão de risco/benefício, ou seja, uma pessoa que tem mais probabilidades de passar por uma situação de exposição ao HIV pode recorrer a essa forma de prevenção, pois o benefício que ela terá a longo prazo por não se infectar pelo HIV será maior que o desafio e mesmo os efeitos do uso contínuo de medicação.

No caso da PrEP ela está disponível somente para uma pequena parcela da população, quais sejam, gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH); pessoas trans; trabalhadores/as do sexo; e casais sorodiferentes, que é quando uma pessoa vive com HIV e a outra apenas convive. Alguns questionamentos são levantados com o uso tanto da PEP quanto da PrEP, pois ambas somente previnem o HIV e a pessoa ainda fica exposta a outras infecções como sífilis e hepatites virais. Porém, vale mencionar que o desenvolvimento destas estratégias decorre, até mesmo, do fato que ainda se tem resistência na incorporação do preservativo externo como estratégia preventiva cotidiana. Isso se deve muito ao papel desempenhado pela igreja católica em orientar seus seguidores para a não utilização de métodos de forma geral para controle de natalidade, dentre os quais a pílula anticoncepcional, mas, inclusive, o uso dos preservativos interno e externo (barreiras físicas). A difusão desta orientação ocorreu de forma ampla no período de surgimento da epidemia e, ainda que hoje tenha menor vigor dentro da igreja católica e outras religiões, ainda segue sendo difundida.

Considerando que não é objetivo deste trabalho especificar todas as estratégias preventivas, apresenta-se a seguir a imagem da mandala da prevenção combinada, que apresenta as estratégias integradas de prevenção da infecção por HIV/AIDS e ISTs.

Figura 01: Mandala da prevenção combinada



Fonte: MS, 2017.

Ao olhar a figura acima, é possível dimensionar a estratégia da prevenção combinada para HIV/AIDS e as demais ISTs, identificando quais delas estão vinculadas ao tema da pesquisa aqui desenvolvida. Uma delas está associada à **prevenção da transmissão vertical**, ou seja, evitar que, durante a gestação, na hora do nascimento e após o parto, a criança não se infecte pelo HIV, ou até mesmo por outras ISTs como a sífilis.

No que tange a prevenção da transmissão vertical, o pré-natal é ainda mais essencial para que as gestantes, bebês e seus/suas parceiros/as, a fim de que possam acompanhar de modo efetivo o controle de quantidade de vírus com o uso constantemente do tratamento antirretroviral (TARV). Esta estratégia de prevenção combinada é muito importante para adolescentes e jovens, muitos dos quais tornam-se pais/mães neste período da vida.

Atualmente os avanços científicos trouxeram mais eficiência para o controle da carga viral com o TARV, ao ponto dos exames que detectam a presença do vírus em circulação no corpo não identificarem mais o vírus na corrente sanguínea. Porém, a TARV não é capaz de

eliminar por completo o HIV existindo ainda em tecidos onde há pouca permeabilidade da medicação. Quando uma PVHA chega a esse nível de controle ela é considerada indetectável, e quando esta mesma pessoa mantém o uso constante do antirretroviral e sua carga viral continua indetectável por mais de seis anos, ela é considerada intransmissível.

Esse grande avanço científico coloca tanto para as PVHIV com úteros em gestação, quanto para PVHIV com pênis e suas respectivas parcerias soronegativas para HIV uma quebra de paradigma, pois uma vez com este status de indetectável e intransmissível, há maiores possibilidades de uma criança nascer sem HIV, interrompendo o ciclo da transmissão vertical. A condição de indetectável e intransmissível é também conhecida como I=I.

Outras estratégias também podem ser adotadas para evitar essa situação, como o uso de medicação em doses pediátricas para os recém nascidos, e uso de fórmulas para evitar a amamentação, que é uma das formas de transmissão. Embora em termos técnicos haja essas possibilidades, ainda há muito o que se fazer para evitar essa situação, pois há muita debilidade das políticas públicas de acompanhamento, além de limites em questões que versam sobre gênero e raça em nosso país, as quais impossibilitam que pessoas com útero tenham acesso efetivo nos serviços de saúde para acessar seus direitos sexuais e reprodutivos.

Outra dimensão da mandala da prevenção seria **diagnosticar e tratar** as pessoas com HIV, ou seja, disponibilizar maneiras mais efetivas de testagem para a população em geral e principalmente para os territórios de maior vulnerabilidade. Uma das estratégias focalizadas adotadas pelo Ministério Saúde (MS), a partir de 2013, é a Estratégia Viva Melhor Sabendo (VMS), a qual, segundo o site oficial do MS (2022), utiliza metodologia composta por abordagens de educação entre pares para a oferta de ações de prevenção combinada dirigidas às populações mais afetadas pela epidemia de HIV/AIDS.

Segundo o painel de monitoramento do VMS, entre julho de 2021 e maio de 2022, foram 41 Organizações da Sociedade Civil (OSC) participantes, com parceria estabelecida por intermédio de edital de seleção realizado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Os adolescentes e jovens com idade entre 15 a 24 anos corresponderam a 33% das pessoas testadas; somente 1,3% da população geral testada nessa estratégia tiveram resultado reagente/positivo para HIV; em termos de vinculação somente 14% das pessoas testadas reagentes iniciaram o tratamento, a partir dos dados cruzados entre a Estratégia VMS com o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM).

Embora esta Estratégia VMS seja fundamental para alcançar as populações-chave e prioritárias, os resultados apresentados demonstram que ela tem diagnosticado pouco e que as pessoas diagnosticadas não estão sendo vinculadas aos serviços de saúde do SUS, ou seja, há muito ainda a ser trabalhado e desenvolvido para que haja, de fato, uma garantia de acesso à saúde no Brasil para as PVHA. Além disso, não basta somente testar, é necessário também garantir o tratamento dessas pessoas. Desde 2013 o Ministério da Saúde (MS) preconiza que toda pessoa diagnosticada com HIV pode iniciar o tratamento o mais breve e oportuno possível, o que não tem se concretizado. Constatou-se, com isso, a necessidade de ações investigativas no âmbito da saúde pública para entender onde encontra-se o hiato entre as estratégias criadas pelo MS e os limites expressos na inefetividade delas.

Outra estratégia de testagem no Brasil, que é focalizada no público jovem, é o Viva Melhor Sabendo Jovem (VMSJ), a qual se configura enquanto estratégia decorrente de iniciativa do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Esta iniciativa começou em Fortaleza, em 2013, como um projeto piloto e, após dois anos, a iniciativa seguiu para Porto Alegre, sendo posteriormente implementada em São Paulo, Recife, Belém e Manaus.

O VMSJ busca desenvolver alguns pontos para efetivação de sua estratégia, como capacitações e fortalecimento institucional das Organizações da Sociedade Civil (OSC) participantes; monitoramento, avaliação e vigilância epidemiológica, com apoio das gestões locais; intervenções comunitárias em pontos de maior vulnerabilidade social; desenvolvimento de ações voltadas para garantir a retenção do TARV; a vinculação aos serviços de saúde das pessoas testadas, a partir da estratégia entre pares; e, por fim, a participação de adolescentes e jovens em todo desenvolvimento da estratégia. Percebe-se, a partir destas diretrizes, que documental e formalmente há espaço de participação e protagonismo de AJVHA. Todavia, na concretude cotidiana dos serviços e equipamentos de saúde, inclusive aqueles voltados prioritariamente para a atenção em HIV/AIDS, os adolescentes e jovens não estão presentes.

Retomando ainda a mandala da prevenção (Fig. 01), destaca-se mais outra estratégia preventiva, qual seja **tratar todas as PVHA**. Ora, trata-se de uma estratégia que exprime a busca da universalidade da atenção em saúde expressa como diretriz do SUS, mas que se concretiza como uma estratégia ambiciosa, já que requer dos serviços de saúde esforços contínuos e integrados em todos os níveis de atenção em saúde, bem como nas dimensões da prevenção, promoção e tratamento. Note-se que a busca de tratamento para todas as PVHA é

uma luta dos coletivos e movimentos sociais correlatos à infecção por HIV/AIDS, portanto, trata-se de um tensionamento coletivo que foi reconhecido pelo Estado e recebeu caráter de estratégia preventiva da AIDS.

Todavia, o problema é que a saúde pública no Brasil tem sido diuturnamente atacada, com suas ações, programas e estratégias desmontados pelos últimos dois governos federais em exercício (2016 a 2022, até este momento), conforme foi apontado no segundo capítulo deste Trabalho. Sabe-se que para a efetividade desta estratégia é necessária desde uma rede farmacêutica bem estruturada e definida com Unidades de Dispensação de Medicamentos (UDM); mas também laboratórios de saúde pública estruturados para realizarem testagem de CD4+/CD8+, carga viral (CV), genotipagem, assim como exames para verificarem os efeitos contínuos do TARV; além de equipes de pesquisadores em saúde pública, que possam dedicar-se permanentemente ao desenvolvimento de tecnologias e investigações para a criação de novos protocolos de atendimento para PVHA. É, da mesma forma, urgente a constituição de equipes multiprofissionais em saúde, com assistentes sociais, farmacêuticos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos especialistas e generalistas, e outros profissionais que possam conferir concretude ao atendimento integral em saúde.

Estamos então falando de uma mega estrutura de saúde pública que é necessária para garantir o tratamento para todas as pessoas. Isso que somente fora aqui mencionado o que há de mais básico ao buscar a efetividade dessa estratégia. O problema é que, atualmente, o SUS tem enfrentado problemas ainda mais sérios de financiamento e sucateamento e isso tem implicado nos serviços de HIV/AIDS desafios ainda maiores do que aqueles já vividos em períodos anteriores.

Outra questão que precisa ser enfrentada é a abordagem médica centrada na especialidade de infectologia, uma vez que não há infectologistas suficientes para atender todas as PVHA. O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV (MS, 2018) diz que a realização de CD4+/CD8 e CV devem ser realizados de 6 em 6 meses, o que em relação a sua versão anterior houve uma diminuição da frequência de realização destes exames. Estratégias de dispensação de medicamentos multi mês também são realizadas para diminuição da frequência de retirada do TARV.

Um ponto fundamental a ser considerado é a incorporação de novos medicamentos na lista de Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, ou seja, o governo brasileiro necessita fazer a incorporação de novas medicações para que haja mais opções terapêuticas e que

causam menores efeitos colaterais. Desde 1996, a medicação necessária para o tratamento é garantida de forma gratuita pelo SUS, a partir da Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996. Além disso, há necessidade que laboratórios nacionais produzam o TARV para garantir melhores valores de mercado e a soberania de nosso país no que tange a construção de respostas efetivas para a epidemia de HIV/AIDS. Além disso, a quebra de patentes é um ponto a ser debatido, mas em 2007 o governo Brasileiro foi inovador ao decretar o licenciamento compulsório da medicação Efavirenz.

Atualmente não há um fluxo assistencial muito bem definido no Brasil, uma vez que a responsabilidade do cuidado direto é dos Estados, Municípios e do Distrito Federal. Há pessoas que são atendidas em hospitais de referência tanto em atenção hospitalar, quando um quadro de AIDS está instaurado, ou até mesmo em nível ambulatorial na atenção à infecção por HIV.

Outro ponto que precisa ser enfrentado, no que tange a dimensão assistencial do atendimento à PVHA, remete aos Serviços de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE HIV/AIDS), que em algumas localidades estão no mesmo espaço que os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA). Além disso, ressalta-se que em algumas localidades há possibilidades de modelos descentralizados de atenção, o que inclui mecanismos de referência e contrarreferência com a garantia da integralidade do cuidado e a corresponsabilidade entre Atenção Primária, Média Complexidade e Assistência Farmacêutica, como é o caso do município de Florianópolis.

Dessa maneira, a partir destes elementos apresentados conseguimos identificar quais são as estratégias para o enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS no Brasil. Nesse sentido, ao reconhecer o desenho desta política na atualidade, iremos no próximo item identificar outra dimensão também prevista na prevenção combinada, porém, neste momento iremos ampliar o olhar sobre as principais questões de saúde que envolvem os adolescentes e jovens em geral no Brasil.

3.3 DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE DOENÇA DE ADOLESCENTES E JOVENS NO BRASIL

Uma dimensão central em todo esse debate são os **aspectos estruturais**, que devem ser trabalhados tanto para ações de prevenção, quanto de assistência em saúde. A reflexão sobre estes aspectos estruturais, contudo, exige o debate sobre os determinantes sociais de saúde/doença. Eis a tarefa que se assume nesta parte do trabalho, desde já alertando que o foco será nos adolescentes e jovens brasileiros, o que possibilitará depois correlacionar aos AJVHA.

Primeiramente faz-se necessário o reconhecimento do cenário que envolve a saúde desta parcela da população, a qual, segundo o Atlas das Juventudes, corresponde a ¼ (um quarto) da população brasileira, chegando a totalizar 50 milhões de pessoas (Pacto das Juventudes pelos ODS, 2021). Há de se considerar que o Brasil, de forma geral, as principais causas de morte estão relacionadas à violência interpessoal, acidentes e suicídio. Segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública (FBSP, 2016), morrem no Brasil 58.467 pessoas por mortes violentas intencionais; destas 54% são jovens entre 14 a 24 anos; e 73% são pretos e pardos. Logo, os dados evidenciam que a população de jovens e pessoas negras são as mais afetadas.

Dentro do quesito ‘violência interpessoal’ estão os assassinatos, agressões, *bullying* e violência entre parceiros, isto inclui os casos de feminicídio. O feminicídio tem correlação com a Violência Baseada em Gênero (VBG). Para o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), a VBG é

Qualquer ação de discriminação, agressão, imposição forçada ou omissão que cause dano, constrangimento, limitação, sofrimento físico, sexual, moral, psicológico, social e econômico, ou mesmo a morte, em que o gênero da pessoa é o fator desencadeador. Pode ocorrer em espaços públicos e privados. Independe de classe social ou nacionalidade. Os dados mostram que as mulheres negras são as maiores vítimas da violência baseada em gênero. Pode ser exercida por pessoas ou de forma institucional. (UNFPA, 2020, p. 03)

Já o Índice de Vulnerabilidade Juvenil à violência, (FBSP, 2017), o qual busca desvelar a desigualdade racial, em municípios com mais de 100 mil habitantes, afirma que o homicídio é a principal causa de mortalidade entre jovens de 15 a 29 anos no Brasil, esse fato vem ocorrendo desde 1980 e tem ganhado proporções endêmicas a partir de 2015, impactando cerca 1,5 do Produto Interno Bruto (PIB) nacional.

Para a OMS, a violência é uma questão de saúde pública mundial, embora compreenda-se que ela impacta de maneira desproporcional os países do sul global. Reconhece-se que no Brasil se manifesta de maneira particular, o que ocorre, inclusive, devido às suas heranças sócio históricas do escravismo colonial (GORENDER, 1978) e da forma de inserção subordinada e dependente no circuito do capitalismo mundial (FERNANDES, 2005). Sendo assim, para a OMS, violência é

O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. (OMS, 2002, p. 05)

Ao perceber este cenário é muito importante resgatar conceitos como o da necropolítica, conceito esse tecido por Achille Mbembe, filósofo camaronês que busca elucidar como o Estado se organiza para matar alguns corpos e manter a vida de outros. Mbembe (2016) se fundamenta no pensamento foucaultiano para indicar que o Estado teria a função de garantir a reprodução da vida, no entanto a máquina pública utiliza do abuso de seu poder para ceifar vidas. Com isso, perde-se a prerrogativa de sua principal função pública.

Neste sentido, há de se considerar que o fenômeno da violência não é algo novo na história da humanidade, mas ela adquiriu o sentido dirigido a determinados segmentos da classe trabalhadora no capitalismo. E mais ainda: na atualidade o uso da violência pelo Estado, representante dos segmentos da classe burguesa, coloca-se de maneira desproporcional quando dirigida para as juventudes, pois, neste caso, ela é advinda de uma questão multicausal, a qual possui elementos culturais, econômicos, políticos, psicológicos, sociais e geracionais.

Outro elemento em termos de desenvolvimento mundial, e também no Brasil, é a erradicação da pobreza e da fome. O Brasil havia saído do mapa da fome elaborado pela Organização das Nações Unidas (ONU), mas com os impactos da pandemia de COVID-19 e dos processos políticos-econômicos vigentes nos últimos cinco anos, pelo menos, a insegurança alimentar e nutricional passou a ser presente novamente na vida de muitos adolescentes e jovens.

Este quadro estrutural e conjuntural conforma parte dos determinantes sociais de saúde que impactam a vida dos indivíduos e famílias da classe trabalhadora. Há de se dizer que quanto mais tais indivíduos se aproximarem das linhas da pobreza e da miserabilidade, maiores serão os impactos para a saúde. Ressalta-se ainda que quanto mais determinantes se

interseccionam na vida de uma pessoa, maior a probabilidade de encontrar-se vulnerabilizada em relação ao quadro de inúmeros adoecimentos. Assim, um/a jovem, da classe trabalhadora, pauperizado/a, negro/a ou indígena, que vive nas periferias do sistema (seja a periferia geográfica e/ou econômica, política e social), ou encarcerado, que faz parte do grupo de pessoas lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros e travestis, intersexo e outras identidades de gênero e orientação sexual (LGBTI+), tem ainda maiores possibilidades de desenvolvimento de quadros graves de adoecimento constante ou de doenças crônicas. Tais determinantes, como dito, são causados tanto pela má nutrição, desnutrição e fome, passando por aqueles decorrentes das violências físicas, psicológicas e sociais perpetradas pelo Estado e por grupos da sociedade que representam os interesses burgueses, chegando às lesões graves relacionadas à violência de morte ou genocídio.

Numa síntese bastante abreviada, estes são alguns dos determinantes sociais de saúde, os quais dificultam ou impossibilitam o acesso às estratégias de saúde voltadas para a prevenção, promoção e assistência em saúde para HIV/AIDS. Assim, quando adolescentes e jovens vivem concretamente em seu cotidiano um ou mais determinantes sociais de saúde acima exemplificados, mais têm dificuldades de acesso à política de saúde e, por consequência, a efetivação do seu direito humano fundamental à saúde.

Compreende-se, a partir disso, que muitos adolescentes e jovens infectam-se pelo HIV, desenvolvendo quadros de AIDS ou outras doenças, por terem suas vidas diretamente atravessadas pelos determinantes sociais de saúde e pela ausência do Estado. Neste sentido, as estratégias de atenção em HIV/AIDS precisam estar obrigatoriamente vinculadas às políticas sociais de forma geral, mas especialmente às ações e práticas que se voltem a transformar esta realidade, eliminando as causas estruturais que geram tais determinantes.

4 POPULAÇÃO COM HIV/AIDS NA POLÍTICA DE SAÚDE INTEGRAL DE ADOLESCENTES E JOVENS

A seguir serão apresentados os documentos levantados de maneira geral sobre saúde de adolescentes e jovens, sendo um total de 20 documentos. A construção dessa amostra geral foi realizada a partir de pesquisas feitas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e da Biblioteca Virtual disponível na página do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI) do Ministério da Saúde.

Uma vez coletada a amostra preliminar dos documentos, foi feita a leitura flutuante dos mesmos para identificar outros possíveis documentos existentes e chegar nesta amostra geral abaixo apresentada, sobre a qual ainda foram aplicados sequencialmente os critérios de inclusão e exclusão previstos no projeto de pesquisa.

Quadro 1 - Documentos nacionais sobre saúde de adolescentes e jovens

ANO	TÍTULO
1989	Programa Saúde de Adolescente: Base Programáticas
1993	Normas de Atenção à Saúde Integral de Adolescente: Diretrizes Gerais para Atendimento de Adolescentes: Acompanhamento, do Crescimento e Desenvolvimento: Distúrbios da Puberdade: Desenvolvimento Psicológico do Adolescente.
2000	A Adolescente Grávidas e os Serviços de Saúde no Município
2002	A Saúde de adolescentes e jovens: uma metodologia de auto-aprendizagem para equipes de atenção básica de saúde: módulo avançado
2004	Planejamento Familiar: direito sexual e reprodutivo
2005	Marco Legal: Saúde, um Direito de Adolescentes
	Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo
2007	Marco Teórico e Referencial Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens
	Saúde Integral de Adolescentes e Jovens : Orientações para a Organização de Serviços de Saúde

2009	Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual: Matriz Pedagógica para Formação de Redes
2010	Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde
2011	Atenção humanizada ao abortamento: Norma Técnica
	Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde
2012	Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: normas técnicas
2013	Orientações Básicas de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes nas Escolas e Unidades básicas de saúde
	O SUS e a Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes e Jovens no Brasil
	Orientações para o Atendimento à Saúde do Adolescente (da menina e do menino)
2014	Metodologias para o cuidado de crianças, adolescentes e famílias em situação de violências
2017	Saúde e Sexualidade de Adolescentes
2021	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei: Instrutivo para a implantação e implementação da PNAISARI

FONTE: Síntese elaborada pelo autor a partir do levantamento realizado nesta pesquisa

Ao analisar as principais temáticas que versam sobre a saúde de adolescentes e jovens foram identificados, que de modo geral, os documentos com maior predominância temática sobre a saúde integral (8 documentos), sendo esse, então, considerado um eixo central. Em termos de promoção de saúde é fundamental, visto que este tipo de abordagem entende a pessoa adolescente e jovem como um sujeito com diversas demandas e necessidades.

Para melhor visualizar as outras principais temáticas, elas foram divididas em quatro eixos transversais, embora todas possuam intrínseca relação entre si. O primeiro eixo refere-se aos aspectos de planejamento familiar, gravidez e direito sexual e reprodutivo.(5 documentos). Já o segundo eixo refere-se à sexualidade (1 documento). O terceiro eixo é sobre aspectos de violência doméstica e sexual, além do direito ao abortamento (4

documentos). No quarto e último eixo abarca a questão da violência no âmbito familiar e de adolescentes em conflito com a lei (2 documentos). Este quarto eixo se difere do terceiro pelo momento histórico da produção, uma vez que os documentos do eixo três foram produzidos nos anos de 2011 e 2012, enquanto os documentos do eixo quatro foram produzidos em momentos diferentes e de forma mais pontual.

Em termos de temporalidade observa-se que o surgimento dessa discussão começou após a Constituição de 1988, onde o direito à saúde é visualizado como um direito universal. Desde 2000 há uma constante produção sobre essa temática, saúde de adolescentes e jovens e que a partir de 2017 há um lapso temporal na identificação de documentos balizadores desse debate.

Após a aplicação dos três primeiros critérios sendo estes abrangência, temporalidade e temático, foi utilizado o critério sobre linha de cuidado para se chegar a amostra final de análise. O resultado desse processo pode ser visualizado no quadro a seguir.

Quadro 2 - Documentos nacionais sobre saúde de adolescentes e jovens vivendo com HIV/AIDS

ANO	Nº	TÍTULO	Órgãos e Entidades	Localidade
2000	I	A Adolescente Grávidas e os Serviços de Saúde no Município	Ministério da Saúde	Brasília
2005	II	Marco Legal: Saúde, um Direito de Adolescentes	Ministério da Saúde	Brasília
2007	III	Marco Teórico e Referencial Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens	Ministério da Saúde	Brasília
	IV	Saúde Integral de Adolescentes e Jovens : Orientações para a Organização de Serviços de Saúde	Ministério da Saúde	Brasília
2010	V	Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde	Ministério da Saúde	Brasília
2013	VI	Orientações Básicas de Atenção Integral à Saúde de	Ministério da Saúde	Brasília

		Adolescentes nas Escolas e Unidades básicas de saúde		
2017	VII	Saúde e Sexualidade de Adolescentes	Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)	Brasília

FONTE: Síntese elaborada pelo autor a partir do levantamento realizado nesta pesquisa

Uma vez a amostra de análise definida identificamos em termo de temporalidade que as mesmas não possuem um fluxo contínuo de publicações. Já em termos do recorte temático e dos eixos estabelecidos anteriormente, nota-se que os documentos referentes a violência no âmbito familiar e de adolescentes em conflito com a lei (eixo 4) não abordam a temática do HIV/AIDS e tão pouco os sujeitos afetados por esta epidemia. Já os documentos que discutem a violência doméstica e sexual, e sobre direito ao abortamento (eixo 3) apresenta questões referentes à linha de cuidado sobre prevenção, ou seja, as medidas profiláticas para impedirem a infecção pelo HIV, ou seja, não adentram sobre medidas assistenciais para adolescente mulher uma vez que esta se torna uma AJVHA e por sua vez não são objetos de análise desta pesquisa.

Uma vez definida essa amostra de análise, agora passa-se à apresentação dos documentos com seus objetivos, a fim de demonstrar quais são os elementos que fazem intersecção aos AJVHA.

4 .1 CONTEXTUALIZAÇÃO DOS DOCUMENTOS E SUAS INTERSECÇÕES COM ADOLESCENTES E JOVENS VIVENDO COM HIV/AIDS

O primeiro documento encontrado que menciona as pessoas AJVHA é o intitulado (I) Manual para Atendimentos de Adolescentes Grávidas (MS, 2000), intitulado documento A, o qual apresenta em sua estrutura aspectos de assistência ao parto e pós parto; grupos de pais jovens; agendamento; atendimento e entrevista inicial individual e roteiro da consulta médica. Este documento possui um caráter mais protocolar e não aborda aspectos de atenção integral à saúde.

Este documento somente menciona em sua conclusão que:

Os casos cuja resolução ultrapasse a capacidade da unidade (por exemplo: adolescente grávida cardiopata ou portadora do HIV), deverão ser encaminhados a

serviços de maior complexidade, daí a importância da organização da rede de saúde no município e da sistematização da referência e contra-referência. (MS, 2000, p.23)

Neste caso é importante os aspectos abordados no capítulo 3, onde discutimos a forma que identificamos as pessoas infectadas por HIV, sendo estas Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHA). Além disso, neste documento fica evidente que a assistência a gravidez para uma AJVHA é considerada um atendimento de maior complexidade.

O próximo documento encontrado foi o (II) "Marco Legal: Saúde, um Direito de Adolescentes" (MS,2005), o qual apresenta com maior densidade os marcos políticos para definição deste direito. O primeiro item apresentado é o de contextualização do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA); e posteriormente mencionado os marcos internacionais e nacional; as limitações legais para o exercício de direitos e atendimento; sigilo profissional; os profissionais de saúde e comunicação obrigatório de fatos que constituem crime; saúde sexual e saúde reprodutiva ; e saúde de trabalhadores jovens.

Neste documento são feitas duas menções aos AJVHA. A primeira consiste que:

Diversos códigos de ética profissionais e o próprio código penal seguem o mesmo entendimento, e expressamente determinam o sigilo profissional independente da idade do cliente, prevendo sua quebra apenas nos casos de risco de vida ou outros riscos relevantes para o próprio ou para terceiros, como por exemplo: a recusa do paciente em informar para parceiro sexual que é portador do vírus HIV e com quem mantenha relação sem o uso de preservativo; distúrbios psíquicos do paciente que o façam rejeitar tratamento, ou risco de suicídio ou homicídio. (MS, 2005, p.43)

Este aspecto se apresenta de maneira contraditória em seu próprio texto, uma vez que ele menciona o de sigilo profissional, mas flexibiliza quando remete às PVHA e por consequência aos AJVHA.

A segunda menção no documento fala que:

Nesse sentido, a recomendação do Comitê afirma que garantir direitos ao adolescente (menores de 18 anos), nos serviços de saúde, independente da anuência de seus responsáveis, vem se revelando como elemento indispensável para a melhoria da qualidade da prevenção, assistência e promoção de sua saúde. Destaca a recomendação internacional o direito à preservação da autonomia, do sigilo e da privacidade do adolescente e ao seu acesso aos serviços, independente da anuência ou presença dos pais e responsáveis, para o enfrentamento das suas questões, inclusive sexual e reprodutiva; e o direito do adolescente não ser discriminado em razão de alguma deficiência física, mental, sorológica (HIV/aids) ou por questões de sexo, orientação sexual e estilo de vida. (MS, 2005, p.47)

Neste trecho o documento aborda que os adolescentes e jovens não podem ser discriminados por serem PVHA e por outras razões, como orientação sexual, etc. O estigma e a discriminação que o HIV/AIDS tem em seu entorno impacta de maneira significativa a vida de Adolescentes e Jovens que vivem com HIV/AIDS (AJVHA).

No ano de 2007, o documento intitulado (III) Marco Teórico e Referencial Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens (MS, 2007a) é considerado um grande avanço em termos de política por abarcar de maneira ampla a saúde sexual e saúde reprodutiva abordando aspectos sobre a população de adolescentes e jovens; os desafios para implementação desse direito; os marcos conceituais ; e os desafios para uma atenção integral. O objetivo do “[...] documento é oferecer subsídios teórico-políticos, normativos e programáticos que orientem a implementação de ações voltadas à saúde sexual e à saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. [...]” (MS, 2007a, p. 7).

Neste documento, o debate de adolescentes e jovens começa a ganhar maior visibilidade com quatro menções ao todo. A primeiro fala sobre

A epidemia de HIV/aids e seus índices entre a juventude e adolescência brasileira representa um importante campo de intervenção da saúde sexual e da saúde reprodutiva, seja no plano da prevenção como no da assistência e da promoção da saúde. Adolescentes e jovens soropositivos, homens e mulheres, possuem necessidades específicas com relação à sua vida sexual e à vida reprodutiva a serem respeitadas e asseguradas nos serviços de saúde, sem estereótipos ou estigmas. (MS, 2007a, p.16)

O reconhecimento que há um campo entre o HIV/AIDS e a saúde sexual e reprodutiva de AJVHA é um grande avanço, pois há o reconhecimento de necessidades específicas para esse segmento da população.

A epidemia de aids tem crescido entre adolescentes e jovens. A prevalência de aids entre adolescentes de 15 a 19 anos passou de 0,6% até 1990 para 2,0% de 1991 a 2000, e de 2,4% para 10,5% entre jovens de 10 a 24 anos, no mesmo período. O perfil epidemiológico da epidemia tem apontado desde o final dos anos 90 para o crescimento da infecção entre mulheres e, em particular, entre mulheres e homens das classes populares, como também seu crescimento em outras regiões do País, como o Nordeste (INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO; FUNDO DE DESENVOLVIMENTO DAS NAÇÕES UNIDAS). (MS, 2007a, p. 23)

Neste momento histórico os dados epidemiológicos evidenciam um fenômeno que era considerado novo na época, que é a feminização da epidemia.

Em 2003 (Coordenação Nacional de DST/AIDS), foram diagnosticados um total de 9.762 novos casos de aids. Destes novos casos, 457 (7,2%) foram registrados entre jovens homens de 13 a 24 anos de idade, enquanto 388 (11,3%), entre jovens mulheres na mesma faixa etária. Este dado indica a maior prevalência de infecções por HIV/aids entre adolescentes e jovens do sexo feminino, numa tendência epidemiológica que aponta a “feminização” da epidemia e indica maior vulnerabilidade deste grupo etário à infecção. (MS,2007a, p.24)

No mesmo documento ainda aparece a garantia do TARV para adolescentes em situação de privação de liberdade, com

A Portaria n.o 340, de 14 de julho de 2004, da Secretaria de Atenção à Saúde/MS, com base na Portaria Interministerial MS/SEDH/SEPM n.o 1.426, que estabeleceu o elenco de ações de saúde e normas para organização da atenção a adolescentes em situação de privação de liberdade, prevê as seguintes ações relacionadas à saúde sexual e reprodutiva: [...] Diagnóstico, aconselhamento e tratamento em DST/HIV/aids: coleta para diagnóstico do HIV; ações de redução de danos; materiais educativos e instrucionais; abordagem “sindrômica” das DST; garantia de

medicamentos para aids e outras DST, e tratamento para adolescentes soropositivos. (MS, 2007a, p.45)

O próximo documento mapeado é (IV) “Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde” (MS, 2007b). o qual tem como objetivo nortear a implantação e implementação de serviços de saúde de forma integral, resolutiva e participativa. Em sua estrutura apresenta os princípios e diretrizes; diagnóstico e planejamento das atividades; recursos humanos; estrutura física; equipamentos, instrumentos e insumos básicos; estratégias de vinculação; recepção; acolhimento; fluxo dos adolescentes na UBS; ações nas UBS; referência e contrarreferência; e acompanhamento e avaliação. O primeiro ponto evidenciado sobre AJVHA:

É importante ressaltar que existem grupos de adolescentes e jovens em situações especiais de agravos, que devem ser priorizados na atenção à saúde. Esses grupos não vêm sendo adequadamente atendidos por despreparo dos serviços de saúde para o acolhimento dessa clientela. Isso implica no desenvolvimento de estratégias diferenciadas como a criação de mecanismos de integração com as instituições que lidam com esses grupos. Dentre esses grupos, deve-se destacar os seguintes: [...] os infectados com HIV. (MS, 2007b, p.15)

Nota-se complementariedade entre o próximo elemento que aparece a partir das ações dentro das unidade de saúde:

Muitas das intervenções voltadas para a melhoria da saúde dos adolescentes e dos jovens têm falhado por possuírem um foco demasiadamente estreito e funcionarem isoladamente umas das outras, resultando, quase sempre, na redução de sua eficácia e eficiência. Ao invés de focalizar individualmente problemas de saúde, tais como aids ou uso de drogas, obtém-se melhor custo-benefício quando se faz a integração entre grupos de intervenções que se apóiam mutuamente. Uma vez que a maioria dos problemas tem causas comuns, é possível trabalhar com uma combinação de intervenções capazes de promover o desenvolvimento saudável dos jovens. (MS, 2007b, p.24)

Sendo assim, percebe-se que há uma estratégia de criação de grupos para depois trabalhar de forma integral as necessidades de adolescentes e jovens de forma coletiva. Vale mencionar as necessidades de mediação para que as pessoas AJVHA sintam-se confortáveis para compartilhar o status sorológico para HIV com outras pessoas adolescentes e jovens.

O quinto documento a ser analisado é (V) “Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde” (MS,2010), o qual tem como objetivo nortear as ações com outras políticas do SUS e sensibilizar para uma visão holística do ser humano e uma abordagem sistêmica. Além disso, busca demonstrar como as estratégias interfederativas e intersetoriais podem contribuir para a superação das vulnerabilidades para desenvolvimento saudável de adolescentes e jovens.

Em sua estrutura é apresentada uma análise da saúde de adolescentes e jovens; os olhares sobre essa população; temas estruturante para se pensar; marco legal; objetivos; diretrizes nacionais; vitimização juvenil e a integração de políticas interfederativas, governamentais e com a sociedade; monitoramento e avaliação; proposições finais

Em termos de reorientação dos serviços de saúde para favorecer a capacidade de resposta para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens e dos acompanhamentos necessários para o crescimento e desenvolvimento, o documento menciona que:

É questão fundamental também a identificação, no território sanitário, de adolescentes e jovens que vivem em situação de maior vulnerabilidade, como os que vivem na rua; em acampamentos rurais, em abrigos, os que sofrem violências, tráfico e exploração sexual; os egressos de atividades laborais de risco; os que vivem com HIV, aqueles que são deficientes, os que têm transtornos mentais; dentre outros, para garantir-lhes o cuidado integral direcionado às suas necessidades de saúde e especificidades de vida. (MS, 2010,p.81)

Já em termos de atenção integral à saúde sexual e à saúde reprodutiva os dados apontam

Uma parcela importante de adolescentes e jovens vivem com HIV/Aids, trazendo a necessidade de que os serviços de saúde aprimorem as linhas de cuidado que considerem as particularidades e necessidades específicas dessa população, dentro das complexas situações trazidas pela condição de soropositividade. Nessas pessoas, o diagnóstico positivo gera medo pelo estigma sentido e vivido, pelos conflitos e ambigüidades entre o sentir-se normal ou não, entre o fazer planos para o futuro e as interdições, justificáveis ou não (AYRES (Coord.), 2004), que repercutem no exercício da vida sexual e na saúde sexual. É importante para esses jovens terem garantido o direito humano de viverem livres do estigma e da discriminação. (MS, 2010, p.85)

Novamente a feminização é evidenciada como uma questão a ser enfrentada, sendo que

Um dado de grande preponderância no contexto da saúde sexual dessa população é o fato de que a epidemia de Aids ter crescido mais entre adolescentes e jovens de 13 a 24 anos de idade e uma inversão da razão de sexo da ordem de 0, 6:1 (H:M), captada em 2005, ressaltando a tendência à feminização da epidemia e predominância nas mulheres da transmissão por via heterossexual. As relações de gênero evidenciam os componentes socioeconômicos e culturais que estruturam a desigualdade entre homens e mulheres, vulnerabilizando-as frente à epidemia. (MS, 2010,p.85)

Sendo assim, o documento aponta que é importante pensar na sexualidade e vida reprodutiva em ações de saúde nas quais

[...] o conhecimento de que a realização de projetos de vida e a felicidade de jovens vivendo com HIV não dependem só de bons serviços de saúde, mas também de uma ampla rede de apoio social que pode ser mobilizada e conscientizada pela rede de saúde e pelas escolas articuladas às comunidades às quais servem. Os adolescentes soropositivos em condição de risco social, vulnerabilizados mais que os outros, dependem mais dessa articulação intersetorial e da permanência do apoio técnico e social.(MS, 2010,p.86)

O penúltimo documento desse estudo é (VI) “Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde” (MS, 2013), o qual tem como objetivo fornecer orientações para profissionais que atuam em Equipes de Saúde da Família (ESF), nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) contribuir para a resolutividade e efetividade das ações de saúde, articuladas com as escolas. Em sua estrutura contém pressupostos legais e conceituais; orientações básicas para ações nas escolas e nas UBS; e finaliza com orientações clínicas para as ações a serem desenvolvidas

em atenção primária em saúde. Nos aspectos de saúde sexual e reprodutiva a única menção feita às pessoas AJVHA é em termos de violência sexual e outros tipos de violência, onde menciona a necessidade de “[...] Tratar as DST/AIDS e acompanhar a evolução clínica.[...]” (MS, 2013, p.38).

O último documento analisado trata sobre a (VII) “Saúde e sexualidade de adolescentes”(MS, 2017), o qual tem um caráter diferentes dos demais documentos, pois este como parte integrante desta política que estamos debatendo é um instrumento cuja criação tem como base a participação de adolescentes e jovens e de maneira singular o relato de AJVHA. Além disso, diferente dos demais documentos, este é fruto da parceria entre Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS), enquanto os anteriores são todos de autoria unicamente do Ministério da Saúde.

A construção desse documento deu-se a partir do evento “Construindo a Equidade no SUS: Sexualidade na Adolescência e Juventude” e seu objetivo é suscitar reflexões para qualificar o cuidado de adolescentes e jovens. O público desse evento eram adolescentes, academia e profissionais de diversas áreas do MS e da OPAS/OMS. O documento está dividido em três partes, sendo a primeira com olhares convergentes por um SUS atento às especificidades dos adolescentes e sua sexualidade; a segunda parte com iniciativas para atenção à saúde de adolescentes; e a terceira desafios e estratégias de equidade no SUS.

Um dos aspectos diferenciais deste documento é que a identificação dos sujeitos envolvidos, a qual é feita de maneira ampla e profunda para que marcadores sociais dos sujeitos envolvidos fiquem em evidência. Destacam-se dois sujeitos que são AJVHA, um o sujeito A é um “[...] jovem, soropositivo, trabalha como assessor técnico para assuntos de juventudes no Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde. [...]” (MS, 2017, p.70) e o sujeito B⁴ é uma adolescente [...] 19 anos, participa da Rede Jovens RIO + [...] e da Rede Nacional de Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids (RNAJVHA)” (MS, 2017, p.70).

As contribuições do sujeito B foram referentes a suas vivências enquanto uma adolescente de transmissão vertical, sendo órfã de mãe e pai, morou desde os 7 anos de idade em instituições de acolhimento. A mesma se intitula como uma ativista e militante pela causa de AJVHA. A seguir segue relato da mesma:

⁴ Mais abaixo será apresentado um outro sujeito, denominado como sujeito C, este não será apresentado da mesma forma que o sujeito A e B porque não é um AJVHA. Houve substituição dos nomes dos sujeitos entrevistados e constantes no documento analisado, para fins de garantia do sigilo preconizado no que tange a ética em pesquisa com seres humanos.

Fui convidada a falar sobre os desafios no atendimento do SUS em função de minha identidade sexual. Embora seja um aspecto bastante subjetivo, me debrucei sobre isso e cheguei à conclusão de que o SUS só vai abranger a todos com equidade e interseccionalidade necessária quando o sistema político e econômico for repensado e reformado, quiçá revolucionado. Pode parecer obviedade dizer como o sistema capitalista é miserável e cruel, que a saúde pública não será aprimorada e que o SUS não será consolidado nem se tornará integral se não forem feitas reformas estruturais. (MS, 2017, p.29).

O sujeito B aponta diferenças em ser uma AJVHA de transmissão vertical:

Eu, como mulher, vivendo com HIV, infectada por transmissão vertical, tenho um acesso à saúde integral muito questionável, já que os jovens de transmissão vertical são os menos visados, e os que mais precisam de esclarecimentos. Somos também os que menos apresentam adesão ao tratamento. As implicações da não adesão são várias: rebeldia, não entender a importância do antirretroviral e porque ele deve ser tomado continuamente, tudo isso resulta da falta de humanização do SUS, pois é tudo padronizado. (MS, 2017, p.29)

O sujeito B aponta também que o não reconhecimento dos sujeitos na máquina pública é fator de exposição à vulnerabilidades:

Reconhecer a complexidade dos indivíduos e humanizar o sistema para que ele seja um espelho do que somos e atenda às nossas demandas é fundamental, pois, quando sou ignorada, fico ainda mais exposta às vulnerabilidades e, se eu não for uma cidadã ciente dos meus direitos, pode ser ainda pior. Por isso, o empoderamento é tão importante, porque a caixinha não se desfaz sozinha, e nós somos os únicos representantes de nossas complexidades. (MS, 2017, p.29)

O sujeito B indica que o maior desafio na promoção em saúde é estabelecer equidade a partir das diferentes interseccionalidades dos sujeitos:

Empoderar homens e mulheres e ampliar esse fortalecimento do indivíduo para que possa buscar melhoria nos serviços prestados é muito importante. O grande desafio para o atendimento é encontrar a equidade na interseccionalização. Isso só será possível com uma reforma no sistema econômico e político. E é de extrema importância que os debates e a troca de conhecimento continuem acontecendo e que mais pessoas, com as suas complexidades sejam incluídas nessa discussão. (MS, 2017, p.29)

O sujeito C embora não viva com HIV/AIDS aponta os estigmas sofridos em sua comunidade por PVHA. Segue relato:

Algumas pessoas acreditam que a moralidade delas é melhor que a dos outros e te olham de forma a fazer se sentir mal pelo que você é. Tenho amigos que sofreram bastante e, inclusive, deixaram de fazer tratamentos e consultas por serem maltratados. Isso acaba reprimindo o gay e ele não vai cuidar da saúde dele. Tenho amigos que fazem tratamento de HIV e, na cidade pequena em que vivem se sentem intimidados pelo olhar da população. (MS, 2017, p. 31)

A partir das pesquisas realizadas nas universidades e dos relatos de pesquisadora chegou à conclusão que:

No tratamento de pacientes com Aids, pouca atenção foi dada às questões sexuais. Os adolescentes soropositivos são tratados apenas com a medicação, pois o profissional de saúde oferece apenas orientações sobre uso de remédios e não se fala da prática homossexual, como se isso não tivesse nenhuma importância. (MS, 2017, p.35)

Um das questões elencadas pela pesquisadora é que:

Nos últimos anos, também ocorreu veto à veiculação de uma campanha de prevenção, em rede nacional de televisão, voltada para jovens homossexuais sobre a epidemia do HIV, num contexto de aumento dos índices de HIV justamente entre jovens e adolescentes. Tal fato representa um retrocesso na política pública pela qual o Brasil havia se tornado referência mundial. (MS, 2017, p.40)

O último ponto a ser evidenciado é que os adolescentes e jovens buscam os serviços de saúde quando já estão infectados pelo HIV

Os profissionais de saúde têm severas deficiências em sua formação no que concerne ao atendimento em sexualidade. Por essa razão, motivações religiosas e valores morais permeiam a avaliação e os cuidados de saúde de adolescentes. Entre os principais motivos pelos quais os adolescentes procuram os serviços de saúde, destacam-se depressão, isolamento social, ideação suicida, defasagem e abandono escolar, violências físicas e sexuais, abuso de álcool e infecção de HIV. (MS, 2017, p.43)

Estes foram os elementos identificados na Política de Atenção Integral para Adolescentes e Jovens, um total de 23 indicações das relações entre esta política com as pessoas AJVHA. No item a seguir será realizada a análise sobre os três aspectos predominantes que emergiram desse processo de coleta de dados e que passa a ser matéria de discussão.

4.2 ESTIGMA, INTEGRALIDADE EM SAÚDE E PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA ATENÇÃO AOS ADOLESCENTES E JOVENS VIVENDO COM HIV/AIDS

Neste item serão analisados alguns aspectos que emergiram a partir dos documentos que compõem a amostra final de análise. As três principais temáticas que se evidenciaram a partir da coleta realizada nos documentos mapeados foram estigma, participação social e integralidade em saúde. A primeira temática remonta a origem da epidemia de HIV/AIDS e os impactos que esta tem na sua atualidade, sendo o estigma esse elemento dificultador para o enfrentamento dessa epidemia. Nossa segunda temática é o eixo central de toda a discussão que versa a Política Integral de Saúde de Adolescentes e Jovens no Brasil, sendo esta a integralidade do cuidado como elemento chave para um real acesso à saúde.

A última temática observada decorreu da compreensão de que alguns documentos poderiam abordar de maneira ampla a participação social de adolescentes e jovens para a efetivação das políticas, porém somente o último documento mapeado, datado de 2017, identifica e reproduz a própria voz de Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/AIDS, o que demonstra a necessidade da participação dos sujeitos para os quais as políticas sociais são direcionadas.

Quadro 3 - Recortes temático sobre estigma relacionado aos Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/AIDS na Política Nacional de Adolescentes e Jovens

ANO	Nº	ESTIGMA
2005	II	Diversos códigos de ética profissionais e o próprio código penal seguem o mesmo entendimento, e expressamente determinam o sigilo profissional independente da idade do cliente, prevendo sua quebra apenas nos casos de risco de vida ou outros riscos relevantes para o próprio ou para terceiros, como por exemplo: a recusa do paciente em informar para parceiro sexual que é portador do vírus HIV e com quem mantenha relação sem o uso de preservativo; distúrbios psíquicos do paciente que o façam rejeitar tratamento, ou risco de suicídio ou homicídio. (MS, 2005, p.43)
		Nesse sentido, a recomendação do Comitê afirma que garantir direitos ao adolescente (menores de 18 anos), nos serviços de saúde, independente da anuência de seus responsáveis, vem se revelando como elemento indispensável para a melhoria da qualidade da prevenção, assistência e promoção de sua saúde. Destaca a recomendação internacional o direito à preservação da autonomia, do sigilo e da privacidade do adolescente e ao seu acesso aos serviços, independente da anuência ou presença dos pais e responsáveis, para o enfrentamento das suas questões, inclusive sexual e reprodutiva; e o direito do adolescente não ser discriminado em razão de alguma deficiência física, mental, sorológica (HIV/aids) ou por questões de sexo, orientação sexual e estilo de vida. (MS, 2005, p.47)
2007	III	A epidemia de aids tem crescido entre adolescentes e jovens. A prevalência de aids entre adolescentes de 15 a 19 anos passou de 0,6% até 1990 para 2,0% de 1991 a 2000, e de 2,4% para 10,5% entre jovens de 10 a 24 anos, no mesmo período. O perfil epidemiológico da epidemia tem apontado desde o final dos anos 90 para o crescimento da infecção entre mulheres e, em particular, entre mulheres e homens das classes populares, como também seu crescimento em outras regiões do País, como o Nordeste (INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO; FUNDO DE DESENVOLVIMENTO DAS NAÇÕES UNIDAS). (MS, 2007a, p. 23)
2017	VII	Algumas pessoas acreditam que a moralidade delas é melhor que a dos outros e te olham de forma a fazer se sentir mal pelo que você é. Tenho amigos que sofreram bastante e, inclusive, deixaram de fazer tratamentos e consultas por serem maltratados. Isso acaba reprimindo o gay e ele não vai cuidar da saúde dele. Tenho amigos que fazem tratamento de HIV e, na cidade pequena em que vivem se sentem intimidados pelo olhar da população. (MS, 2017, p.31)
		No tratamento de pacientes com Aids, pouca atenção foi dada às questões sexuais. Os adolescentes soropositivos são tratados apenas com a medicação, pois o profissional de saúde oferece apenas orientações sobre uso de remédios e não se fala da prática homossexual, como se isso não tivesse nenhuma importância. (MS, 2017, p.35)
		Nos últimos anos, também ocorreu veto à veiculação de uma campanha de prevenção, em rede nacional de televisão, voltada para jovens homossexuais sobre a epidemia do HIV, num contexto de aumento dos índices de HIV justamente entre jovens e adolescentes. Tal fato representa um retrocesso na política pública pela qual o Brasil havia se tornado referência mundial.(MS, 2017, p.40)

FONTE: Síntese elaborada pelo autor a partir do levantamento realizado nesta pesquisa

Antes de iniciar as discussões apresentadas no quadro 03, acima, é necessário fazer diferenciações básicas no que concerne sobre estigma, preconceito e discriminação. Em

termos programáticos, o principal impulsionador dessa discussão é o UNAIDS, o qual define estigma como

Pode-se definir estigma como uma condição duradoura, estado ou atributo que é negativamente valorizado por uma sociedade e cuja posse traz consequentemente descrédito e desvantagem a um indivíduo. Esta definição permite distinguir o estigma de outras duas construções relevantes: preconceito e discriminação. É muito comum que uma pessoa nessa condição deixe de usar o preservativo (ou não pedir para o/a parceiro/a usar o preservativo) ou deixar de fazer um teste para o HIV em um posto de saúde próximo de sua comunidade ou bairro, com medo de alguém suspeite que ele ou ela tenha o HIV. (UNAIDS, 2022 apud Hereck, 2002; Duckitt 1992)

Já o preconceito seria

Preconceito é a atitude negativa - ou seja, uma avaliação ou julgamento - em relação aos membros de um grupo social. Como atitude, envolve emoções como medo, desgosto, raiva e desprezo. Enquanto o estigma reside na estrutura e nas relações da sociedade, o preconceito reside na mente dos indivíduos. (UNAIDS, 2022 apud Hereck, 2002; Duckitt 1992)

Em termos de discriminação, a definição utilizada versa sobre um “[...] comportamento. Refere-se ao tratamento diferenciado dos indivíduos de acordo com seu pertencimento a um determinado grupo. Discriminação, o ato, é distinto de preconceito, a atitude.” (UNAIDS, 2022 apud Hereck, 2002; Duckitt 1992).

O antropólogo e presidente da Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), o qual teceu sobre esta questão, afirma que

[...] Partimos dos princípios de que o estigma desempenha um papel fundamental na produção e na reprodução das relações de poder e controle; de que o desdobramento do estigma faz com que alguns grupos sejam desvalorizados e outros valorizados de formas inerentemente discriminatórias, e de que a distinção entre pensamento e ação, entre a teoria e a prática, deve ser reconceitualizada como uma forma mais complexa de práxis. [...]. (PARKER, 2013, p. 29)

Mas em termos práticos, para Parker essas definições “[...] tanto o preconceito como o estigma envolvem categorização, rotulagem, estereotipagem e rejeição social, do mesmo modo que o estigma e o preconceito podem resultar em discriminação; os seus processos sociais são, assim, bastante semelhantes. [...]” (Parker, 2013, p. 31).

Em 2019, o UNAIDS realizou um esforço conjunto com universidade, redes de pessoas vivendo com HIV e OSC para identificar como o estigma e a discriminação impacta a vida das pessoas brasileiras. Foram entrevistadas 1784 PVHA, em sete capitais brasileiras. A experiência negativa mais relatada entre os participantes “[...] foi saber que outras pessoas estavam fazendo comentários discriminatórios ou especulativos, associados ao fato de a pessoa entrevistada ser alguém vivendo com HIV/ AIDS (46,3%).” (UNAIDS, 2019, p.35). Sendo assim o HIV/AIDS acaba afetando a saúde mental de forma significativa a vida das

PVHA e isso também foi demonstrado nesta pesquisa pois 47,9% das pessoas entrevistadas relatam ter sido diagnosticadas com problemas de saúde mental.

Dito isso, os documentos analisados apontam questões referentes ao estigma em três dos sete documentos analisados. O primeiro deles é o documento II, o qual menciona sobre questões de sigilo profissional, nota-se que tanto o código penal, quanto os códigos de ética de diversas profissões reforçam a questão do sigilo, porém se um AJVHA apresenta um risco para si mesmo ou terceiros, pela falta do uso da camisinha na relação sexual, por exemplo, a pessoa profissional pode quebrar o sigilo deste AJVHA. Neste mesmo documento é dito que os AJVHA não podem ser discriminados por sua condição sorológica para HIV.

As questões que perpassam nestas colocações são o que Parker (FIOCRUZ, 2013) reforça em seu ensaio sobre estigma, preconceito e discriminação na saúde pública mundial, onde o autor menciona o fator controlador e de exercício de poder que o estigma coloca sobre as pessoas, inclusive nos AJVHA. Estas colocações neste documento suscitam a ideia de que o sigilo de um profissional está condicionado para um AJVHA somente se o mesmo usar camisinha externa ou interna. Vale lembrar que o período histórico que este documento é produzido, ainda não havia tecnologias em saúde como a PEP, PrEP e a concepção de I=I. Nota-se uma limitação da compreensão do que é prevenção e, se não fosse a questão histórica de produção deste documento, o mesmo estaria equivocado em suas colocações.

Um dos fenômenos apresentados é feminização da epidemia, no documento III, e neste momento relacionamos este com o estigma, pois a concepção de grupo de risco afetou de forma significativa muitas mulheres cis e heterossexuais, uma vez que estas não se enquadravam nas populações mais afetadas no início da epidemia. Uma clara falha em termos programáticos em resposta ao HIV/AIDS. Vale lembrar que qualquer pessoa com vida sexual ativa ou que tenha passado por alguma situação de risco pode se infectar pelo HIV e teve contato com sangue infectado está sujeito a desenvolver essa infecção, caso a mesma não utilize a PEP.

O último documento que apresentou os aspectos que tange o estigma é o documento VII. Nele é apresentado três situações diferentes. Uma delas é referente aos impactos da comunidade ao entorno do AJVHA para garantir a adesão ao TARV. A segunda seria referente às questões de não tratar a sexualidade durante o atendimento em saúde com os AJVHA, indicando uma falsa noção de que estes não teriam sexualidade. O último é sobre as questões sobre campanhas de prevenção, as quais após o golpe de 2016 diminuíram de maneira significativa e quando são realizadas abordam aspectos de uma metodologia baseada no medo.

Dessa forma, os elementos que aqui são apontados pelos relatos nestes documentos demonstram a dificuldade coletiva em lidar com questões de sexualidade, principalmente daquelas divergentes do padrão hetero-cis-normativo. A falta de políticas públicas destinadas exclusivamente para o enfrentamento do estigma e discriminação relacionados ao HIV/AIDS acaba sendo um fator limitador para esse debate.

Quadro 4 - Recortes temático sobre integralidade relacionado aos Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/AIDS na Política Nacional de Adolescentes e Jovens

ANO	Nº	INTEGRALIDADE
2000	I	Os casos cuja resolução ultrapasse a capacidade da unidade (por exemplo: adolescente grávida cardiopata ou portadora do HIV), deverão ser encaminhados a serviços de maior complexidade, daí a importância da organização da rede de saúde no município e da sistematização da referência e contra-referência.” (MS, 2000, p.23)
2007a	III	A epidemia de HIV/aids e seus índices entre a juventude e adolescência brasileira representa um importante campo de intervenção da saúde sexual e da saúde reprodutiva, seja no plano da prevenção como no da assistência e da promoção da saúde. Adolescentes e jovens soropositivos, homens e mulheres, possuem necessidades específicas com relação à sua vida sexual e à vida reprodutiva a serem respeitadas e asseguradas nos serviços de saúde, sem estereótipos ou estigmas. (MS, 2007a, p.16)
		Em 2003 (Coordenação Nacional de DST/AIDS), foram diagnosticados um total de 9.762 novos casos de aids. Destes novos casos, 457 (7,2%) foram registrados entre jovens homens de 13 a 24 anos de idade, enquanto 388 (11,3%), entre jovens mulheres na mesma faixa etária. Este dado indica a maior prevalência de infecções por HIV/aids entre adolescentes e jovens do sexo feminino, numa tendência epidemiológica que aponta a “feminização” da epidemia e indica maior vulnerabilidade deste grupo etário à infecção. (MS,2007a, p.24)
		A Portaria n.o 340, de 14 de julho de 2004, da Secretaria de Atenção à Saúde/MS, com base na Portaria Interministerial MS/SEDH/SEPM n.o 1.426, que estabeleceu o elenco de ações de saúde e normas para organização da atenção a adolescentes em situação de privação de liberdade, prevê as seguintes ações relacionadas à saúde sexual e reprodutiva: [...] Diagnóstico, aconselhamento e tratamento em DST/HIV/aids: coleta para diagnóstico do HIV; ações de redução de danos; materiais educativos e instrucionais; abordagem “sindrômica” das DST; garantia de medicamentos para aids e outras DST, e tratamento para adolescentes soropositivos. (MS, 2007a, p.45)
2007b	IV	É importante ressaltar que existem grupos de adolescentes e jovens em situações especiais de agravos, que devem ser priorizados na atenção à saúde. Esses grupos não vêm sendo adequadamente atendidos por despreparo dos serviços de saúde para o acolhimento dessa clientela. Isso implica no desenvolvimento de estratégias diferenciadas como a criação de mecanismos de integração com as instituições que lidam com esses grupos. Dentre esses grupos, deve-se destacar os seguintes: [...] os infectados com HIV (MS, 2007b, p.15).
		Muitas das intervenções voltadas para a melhoria da saúde dos adolescentes e dos jovens têm falhado por possuírem um foco demasiadamente estreito e funcionarem isoladamente umas das outras, resultando, quase sempre, na redução de sua eficácia e eficiência. Ao invés de focalizar individualmente problemas de saúde, tais como aids ou uso de drogas, obtém-se melhor custo-benefício quando se faz a integração entre grupos de intervenções que se apóiam mutuamente. Uma vez que a maioria dos problemas tem

		causas comuns, é possível trabalhar com uma combinação de intervenções capazes de promover o desenvolvimento saudável dos jovens. (MS, 2007b, p.24)
2010	V	<p>É questão fundamental também a identificação, no território sanitário, de adolescentes e jovens que vivem em situação de maior vulnerabilidade, como os que vivem na rua; em acampamentos rurais, em abrigos, os que sofrem violências, tráfico e exploração sexual; os egressos de atividades laborais de risco; os que vivem com HIV, aqueles que são deficientes, os que têm transtornos mentais; dentre outros, para garantir-lhes o cuidado integral direcionado às suas necessidades de saúde e especificidades de vida.” (MS, 2010,p.81)</p> <p>“Uma parcela importante de adolescentes e jovens vive com HIV/Aids, trazendo a necessidade de que os serviços de saúde aprimorem as linhas de cuidado que considerem as particularidades e necessidades específicas dessa população, dentro das complexas situações trazidas pela condição de soropositividade. Nessas pessoas, o diagnóstico positivo gera medo pelo estigma sentido e vivido, pelos conflitos e ambigüidades entre o sentir-se normal ou não, entre o fazer planos para o futuro e as interdições, justificáveis ou não (AYRES (Coord.), 2004), que repercutem no exercício da vida sexual e na saúde sexual. É importante para esses jovens terem garantido o direito humano de viverem livres do estigma e da discriminação.”(MS, 2010,p.85)</p> <p>Um dado de grande preponderância no contexto da saúde sexual dessa população é o fato de que a epidemia de Aids ter crescido mais entre adolescentes e jovens de 13 a 24 anos de idade e uma inversão da razão de sexo da ordem de 0, 6:1 (H:M), captada em 2005, ressaltando a tendência à feminização da epidemia e predominância nas mulheres da transmissão por via heterossexual. As relações de gênero evidenciam os componentes socioeconômicos e culturais que estruturam a desigualdade entre homens e mulheres, vulnerabilizando-as frente à epidemia.”(MS, 2010,p.85)</p>
2013	VI	“[...]Tratar as DST/aids e acompanhar a evolução clínica.[...]” (MS,2013, p.38)
2017	VII	Os profissionais de saúde têm severas deficiências em sua formação no que concerne ao atendimento em sexualidade. Por essa razão, motivações religiosas e valores morais permeiam a avaliação e os cuidados de saúde de adolescentes. Entre os principais motivos pelos quais os adolescentes procuram os serviços de saúde, destacam-se depressão, isolamento social, ideação suicida, defasagem e abandono escolar, violências físicas e sexuais, abuso de álcool e infecção de HIV. (MS, 2017, p.43)

FONTE: Síntese elaborada pelo autor a partir do levantamento realizado nesta pesquisa

A discussão de integralidade, tomada como eixo central para a Política de Saúde para Adolescentes e Jovens, é a que tem maior predominância no debate, sendo que o único documento em que ela não apareceu foi no II. O primeiro documento a trazer essa discussão é o I, o qual traz de maneira bem pontual a questão da complexidade do atendimento para adolescentes grávidas e ressalta a necessidade de uma rede de saúde bem estruturada com (contra)referência.

Já no documento III o debate é mais amplo com três aspectos sendo o primeiro deles o reconhecimento das especificidades de questões referentes à saúde sexual e saúde reprodutiva de AJVHA. Este debate é importante uma vez que há abordagens onde mulheres jovens e

meninas adolescentes são esterilizadas por terem HIV/AIDS, sendo estas reconhecidas como corpos perigosos. Este é um dos exemplos de questões de saúde sexual e reprodutiva que podemos refletir sobre AJVHA. Outro deles seria as questões da garantia de métodos de gestação capazes de estabelecer condições seguras para um pré-natal, durante o parto, e depois do nascimento, o qual pode garantir que crianças nasçam sem HIV.

Novamente a questão da feminização da epidemia é evidenciada, porém neste momento nossa leitura será a partir da questão da integralidade do cuidado, uma vez que aparece também relacionada às questões de estigma. Em nossa leitura identificamos que o estigma acaba afetando o acesso integral à saúde, por isso este elemento se apresenta em ambas análises temáticas. A última questão abordada seria a garantia de TARV para AJVHA em situação de privação de liberdade, assim como outros tratamentos. Neste ponto é importante mencionar as questões de co-infecção de Tuberculose e HIV, sendo que a tuberculose é a primeira causa de morte para as PVHA.

O documento IV considera ele um grande avanço para enfrentamento da vinculação de AJVHA nos serviços de saúde. Pois identificamos que neste documento a primeira questão a ser abordada é sobre a priorização de ações com este segmento e o reconhecimento que os serviços de saúde em sua grande maioria não estão preparados para acolher os AJVHA e outras populações de jovens. Além disso, ele aponta para uma direção de como fazer isso e a estratégia seria realizar grupos com AJVHA em um primeiro momento. Já em um segundo momento, em termos de ação dentro das UBS, o documento aponta para superação de grupos focalizados e indica a criação de grupos maiores, onde os saberes e práticas de cuidado em saúde podem ser compartilhados. Este exemplo de integralidade em saúde para com os AJVHA, pois ele responsabiliza os serviços de saúde no atendimentos das especificidades de AJVHA.

No documento V é abordado questões amplas também. O primeiro elemento seria referente aos territórios aos quais AJVHA estão inseridos e a identificação deste para atender as especificidades deste segmento. A próxima questão a ser trazida é o aprimoramento das linhas de cuidado para AJVHA e para a garantia de um direito humano fundamental que é viver sem estigma. Sendo assim, este elemento se apresenta novamente em nossa análise reforçando a afirmação de que o estigma é uma barreira para o acesso integral à saúde. Além disso, as questões de disparidade entre gêneros novamente ressurgem, evidenciando que a feminização da epidemia é um fator estruturante na história do HIV/AIDS.

O documento VI é muito pontual ao se referir a necessidade de acompanhamento das questões de HIV e outras IST para pessoas que sofreram violência sexual. Sendo esta uma

forma particular de transmissão, pois é fruto de uma violência, o que pode gerar questões psicológicas para os AJVHA. No último documento (VII) os aspectos abordados são de certa forma interligados, pois a falta de uma formação para os profissionais das ciências da saúde, com abordagens com recorte social; além do evidenciamento de questões religiosas e morais na hora da intervenção em saúde para com os usuários acaba dificultando a relação entre profissional e usuário e limitando a abordagem de atuação.

Quadro 5 - Recortes temático sobre participação social relacionado aos Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/AIDS na Política Nacional de Adolescentes e Jovens

ANO	Nº	PARTICIPAÇÃO SOCIAL
2017	VII	[...] jovem, soropositivo, trabalha como assessor técnico para assuntos de juventudes no Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde. [...]. (MS, 2017, p.70)
		[...] 19 anos, participa da Rede Jovens RIO + [...] e da Rede Nacional de Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids (RNAJVHA). (MS, 2017, p.70).
		Fui convidada a falar sobre os desafios no atendimento do SUS em função de minha identidade sexual. Embora seja um aspecto bastante subjetivo, me debrucei sobre isso e cheguei à conclusão de que o SUS só vai abranger a todos com equidade e interseccionalidade necessária quando o sistema político e econômico for repensado e reformado, quiçá revolucionado. Pode parecer obviedade dizer como o sistema capitalista é miserável e cruel, que a saúde pública não será aprimorada e que o SUS não será consolidado nem se tornará integral se não forem feitas reformas estruturais. (MS, 2017,p.29)
		Eu, como mulher, vivendo com HIV, infectada por transmissão vertical, tenho um acesso à saúde integral muito questionável, já que os jovens de transmissão vertical são os menos visados, e os que mais precisam de esclarecimentos. Somos também os que menos apresentam adesão ao tratamento. As implicações da não adesão são várias: rebeldia, não entender a importância do antirretroviral e porque ele deve ser tomado continuamente, tudo isso resulta da falta de humanização do SUS, pois é tudo padronizado. (MS, 2017,p.29)
		Reconhecer a complexidade dos indivíduos e humanizar o sistema para que ele seja um espelho do que somos e atenda às nossas demandas é fundamental, pois, quando sou ignorada, fico ainda mais exposta às vulnerabilidades e, se eu não for uma cidadã ciente dos meus direitos, pode ser ainda pior. Por isso, o empoderamento é tão importante, porque a caixinha não se desfaz sozinha, e nós somos os únicos representantes de nossas complexidades. (MS, 2017,p.29)
		Empoderar homens e mulheres e ampliar esse fortalecimento do indivíduo para que possa buscar melhoria nos serviços prestados é muito importante. O grande desafio para o atendimento é encontrar a equidade na interseccionalização. Isso só será possível com uma reforma no sistema econômico e político. E é de extrema importância que os debates e a troca de conhecimento continuem acontecendo e que mais pessoas, com as suas complexidades sejam incluídas nessa discussão. (MS, 2017,p.29)

FONTE: Síntese elaborada pelo autor a partir do levantamento realizado nesta pesquisa

A última análise temática que será feita é sobre a questão da participação social. As justificativas para demonstrar esse aspecto neste estudo é pelo fato que somente em 2017, em um único documento da amostra selecionada para análise, os sujeitos políticos envolvidos na defesa de questões referentes à saúde de AJVHA aparecem nesta política. Acreditamos que seja algo estratégico visto o golpe instaurado no Brasil em 2016, tendo em vista o fortalecimento do protagonismo juvenil dentro dos espaços de controle social.

A primeira questão que nos chama atenção é pelo fato que neste documento você consegue identificar diversos marcadores sociais dos sujeitos que construíram essa política. Isso demonstra uma certa preocupação em construir processos mais equânimes entre os sujeitos envolvidos na construção de uma política.

Ao analisar as contribuições trazidas pela sujeita A conseguimos identificar uma visão de mundo onde o capitalismo não é capaz de promover todas as condições necessárias para uma saúde plena, ou seja, nota-se a necessidade de superação da sociabilidade vigente. Outro ponto é pensar na forma de infecção pelo HIV/AIDS da sujeita A, a qual é de transmissão vertical e aponta as dificuldades de acesso integral à saúde.

Uma das estratégias apontadas pela sujeita A é do empoderamento⁵ político para reivindicação das necessidades individuais e coletivas, a mesma se identifica como uma jovem ativista da RNAJVHA, a qual consiste em um espaço político para o monitoramento de políticas públicas e mobilização comunitária de AJVHA.

Contudo, nota-se avanços e retrocessos no recorte histórico selecionado. Notamos que o estigma acaba influenciando diversas esferas da vida de uma AJVHA principalmente no acesso aos serviços de saúde. É necessário pensar a partir do recorte temático de participação social a necessidade de estratégias coletivas para o enfrentamento do estigma e as dificuldades de acesso integral à saúde.

⁵ Nota-se que o conceito empoderamento pode acarretar em imprecisões de definição do horizonte emancipador que se pretende chegar. Ao analisar a fala da sujeita A identificamos que embora ela use essa terminologia, a mesma aponta para o rompimento da sociabilidade vigente, o que demonstra direcionamento político de sua ação enquanto sujeito político nessa sociedade capitalista.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que foi exposto neste trabalho, agora buscar-se-á, de certa forma, responder às perguntas que direcionaram esse processo investigativo. No capítulo 2 buscou-se identificar como o processo histórico de formulação de políticas sociais e política de saúde são fundamentais para pensarmos no objeto em questão. A partir dele, percebeu-se que o sistema capitalista é o grande disparador das desigualdades sociais em nossa sociedade, todos os conflitos são advindos dessa relação entre o trabalho e o capital. O Estado possui a função de mediar essa relação e os conflitos gerados em torno desta sociabilidade, ele o faz a partir das políticas sociais, as quais têm suas origens em processos reivindicatórios da classe trabalhadora por melhores condições de vida.

A política de saúde configura-se como uma das áreas setoriais das políticas sociais, as quais somente podem ser concebidas na perspectiva da totalidade do conjunto de direitos. Isso exige tomar as políticas sociais a partir de um conceito ampliado, concebendo-as na sua intersectorialidade e projetando-as na integralidade do sujeito a quem o acesso é de direito. Isso possibilita a identificação de uma almejada proteção social, que infelizmente nunca se efetivou no Brasil. A política de saúde é essencial, porém isoladamente ela não é suficiente para garantir dignidade plena para quem dela o usufrui. Sua construção foi produto dos tensionamentos nas disputas das classes sociais, portanto, precisa ser considerada como conquista, que necessariamente precisa ser defendida, uma vez que permanentemente sofre ameaças. Dentre os pontos que desafiam e ameaçam a existência e efetividade desta política, o mais determinante neste momento é a estratégia de mercantilização do direito à saúde e a conseqüente privatização do SUS. Certamente estes processos de conquista, mas também de ameaças e resistências atingem diretamente a construção de estratégias de atenção em saúde para AJVHA.

No capítulo seguinte buscou-se identificar as estratégias de promoção e assistência para o HIV/AIDS. Nota-se que há avanços em termos de concepção de estratégias, uma vez que as tecnologias em saúde na atualidade ganharam maior dinamicidade a partir do desenvolvimento das forças produtivas. Além disso, fica evidenciado que ainda há questões de informações em HIV/AIDS que ainda não são amplamente conhecidas pela população em geral e que ainda há necessidade de estratégias continuadas de educação permanente em saúde. Noutro aspecto, a análise evidenciou como é a população de adolescentes e jovens, tanto do gênero masculino e feminino, pardos e pretos são o segmento de juventudes que mais

é afetado pela violência na sociedade brasileira. Tanto o racismo quanto as violências baseadas em gênero colocam as mulheres negras em uma situação de extrema vulnerabilidade. Além disso, ao pensar em saúde e desenvolvimento há um problema que vem emergindo de forma preocupante no Brasil, o enfrentamento a pobreza e a fome, os quais têm sido vivenciados por muitos adolescentes e jovens. Essa conjuntura coloca para os AJVHA maiores desafios para buscar garantir sua existência em um Estado que cada vez mais não leva em consideração suas especialidades.

O último capítulo no qual foram apresentados os resultados da análise documental, evidenciou as três principais temáticas a serem analisadas no que concerne sobre a promoção integral da saúde de AJVHA na Política de Saúde de Adolescentes e Jovens. A primeira delas refere-se ao grande emaranhado de questões advindas do estigma relacionado aos AJVHA. Este tem sido um problema não somente dessas pessoas, mas também de pessoas com questões de saúde mental, porém, como uma das principais vias de transmissão do HIV é por via sexual, esse ponto coloca para as pessoas que vivem com esse vírus um elemento que antecede a própria AIDS, que é a moralidade construída em torno da sexualidade pela igreja e pelo moralismo que advém de seu pensamento, o qual é forte difusor do pensamento conservador que também caracteriza a sociabilidade burguesa. O estigma é esse fator controlador de corpos e vidas, o qual aprisiona os AJVHA em uma condição de medo extremo. O primeiro medo seria o da morte, o qual atinge a maioria dos indivíduos sociais, mas que para os AJVHA é uma constante. O segundo é o medo de ser discriminado por viver com tal situação. Um dos elementos considerados importante é apontar o direito humano fundamental de viver sem estigma, embora todas as pessoas tenham direitos humanos estabelecidos, os AJVHA necessitam se apoiar nessa concepção de dignidade humana para superar seus desafios cotidianos.

O segundo recorte temático versou sobre como a integralidade do cuidado em saúde enquanto um desafio para as pessoas gestoras dos serviços de saúde, mas também para profissionais, usuários desses serviços e para, inclusive, os AJVHA. Para as pessoas gestoras destes serviços o desafio está colocado quando na atualidade tem sido intensificados os processos de sucateamento da saúde e, na contra corrente, o aumento das demandas em saúde, as quais também englobam as demandas advindas das expressões da questão social.

Para os profissionais em saúde o desafio é concretizado quando há terceirização da mão de obra profissional, com fragilização dos vínculos trabalhistas e também quando há necessidades constantes de atualização nas mais diversas questões que perpassam a sociedade na atualidade. Já no caso do AJVHA o desafio se soma com a temática anterior, onde o

estigma é umas das barreiras de acesso à saúde integral e sem falar nas outras intersecções que e preconceitos experienciados pelos AJVHA pelo racismo institucional e violências baseada em gênero que estes sofrem na sociedade e por consequência podem também experienciar nos serviços de saúde.

O último recorte temático é referente à participação social, que embora não seja um elemento que perpassa de maneira específica para os AJVHA na maioria dos documentos analisados, este constitui como um dos elementos fundamentais para o atual modelo de saúde que é o SUS. Pensar no SUS é pensar também em um outro modelo de sociabilidade e superação do capitalismo, ou seja, a participação social é essa ferramenta construtora de uma novo horizonte de possibilidades e de transformação social. Além disso, para os AJVHA, e para todas as pessoas, é fundamental o exercício pleno da cidadania e como evidenciamos, a partir da sujeita A, há diversos mecanismos para o enfrentamento da questão do estigma e da busca pela garantia de um cuidado integral. Um desses exemplos é o movimento social de adolescentes e jovens que vivem com HIV/AIDS que constroem a rede nacional, a RNAJVHA. A Rede constitui-se como um espaço para monitoramento de políticas públicas e de mobilização comunitária de AJVHA.

Por fim, reconhece-se a intrínseca relação entre o estigma, a integralidade e a participação social como elementos que se completam no movimento realizado para capturar os processos históricos de constituição do objeto desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

- ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky. *A atualidade do materialismo histórico-dialético na análise da Saúde na sociedade [prefácio]*. In: BRAVO, Maria Inês Souza. *Saúde e serviço social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos*. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2013.
- BOTTOMORE, Tom (org.). *Dicionário do pensamento marxista*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.
- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa/Portugal: Edições 70, Ltda, 1977. 225 p
- BEHRING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete. *Política social: fundamentos e história*. São Paulo: Cortez, 2011.
- BEHRING, Elaine Rossetti. *Política social no capitalismo tardio*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.
- BOSCHETTI, Ivanete. *América Latina, política sociais e pobreza: "novo" modelo de desenvolvimento?* In: SALVADOR, Evilásio [et. al.] (orgs.). *Financeirização, fundo público e política social*. São Paulo: Cortez, 2012. p. 31-58.
- BRASIL. *Lei 8080 de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre a organização do SUS. <<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>> Acesso em 18/09/2021. Obtido em 01/07/2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Normas de Atenção à Saúde Integral de Adolescente: Diretrizes Gerais para Atendimento de Adolescentes: Acompanhamento, do Crescimento e Desenvolvimento: Distúrbios da Puberdade: Desenvolvimento Psicológico do Adolescente*. Brasília: Ministério da Saúde, 1993. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_11.pdf>>. Acesso em 18/09/2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Saúde do Adolescente: Bases Programáticas*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_05.pdf>>. Acesso em 18/09/2021.
- BRASIL. *Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996*. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Brasília: Presidência da República, 1996. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19313.htm>>. Acesso em 18/09/2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes / Coordenação Nacional de DST e Aids*. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_17.pdf>>. Acesso em 18/09/2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *A Adolescente Grávidas e os Serviços de Saúde no Município*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0101adolescente_gravida.pdf>>. Acesso em 18/09/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Planejamento Familiar: direito sexual e reprodutivo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<
<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2642.pdf>>>. Acesso em 18/09/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <<
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf>>. Acesso em 18/09/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Marco legal: saúde, um direito de adolescentes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <<
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0400_M.pdf>>. Acesso em 18/09/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de rotinas para assistência de adolescentes vivendo com HIV/Aids*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
Disponível em:
<<<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2007/manual-de-rotinas-para-assistencia-adolescentes-vivendo-com-hivaids-2006>>>. Acesso em 18/09/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A saúde de adolescentes e jovens: uma metodologia de auto-aprendizagem para equipes de atenção básica de saúde: módulo avançado*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <<
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0119saude_adole1.pdf>>. Acesso em 18/09/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <<
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0471_M.pdf>>. Acesso em 18/09/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <<
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescentes_jovens.pdf>>. Acesso em 18/09/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual: matriz pedagógica para formação de redes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <<
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_mulheres_adolescentes_matriz_pedagogica.pdf>>. Acesso em 18/09/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <<
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf>>. Acesso em 18/09/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção humanizada ao abortamento: Norma Técnica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2ª edição, 2011. Disponível em: <<
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf>>. Acesso em 18/09/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacao_basica_saude_adolescente.pdf>>. Acesso em 18/09/2021.

BRASIL. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. *Anuário Brasileiro de Segurança Pública*. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2016. Disponível em: <<https://www.forumseguranca.org.br/storage/10_anuario_site_18-11-2016-retificado.pdf>>. Acesso em 18/09/2021.

BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. *Saúde e sexualidade de adolescentes*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexualidade_adolescente_construindo_equidade_sus.pdf>>. Acesso em 18/09/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Álbum seriado das infecções sexualmente transmissíveis (IST)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/album-seriado-das-infecoes-sexualmente-transmissiveis-ist>>>. Acesso em 18/09/2021

BRASIL. Ministério da Saúde. *Prevenção Combinada do HIV: Bases conceituais para profissionais trabalhadores(as) e gestores (as) de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/prevencao-combinada-do-hiv-bases-conceituais-para-profissionais-trabalhadores-e-gestores>>>. Acesso em 18/09/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aspectos_juridicos_atendimento_vitimas_violencia_2ed.pdf>>. Acesso em 18/09/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: normas técnicas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf>>. Acesso em 18/09/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Metodologias para o cuidado de crianças, adolescentes e famílias em situação de violências*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodologias_cuidado_crianca_situacao_violencia.pdf>>. Acesso em 18/09/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei: Instrutivo para a implantação e implementação da PNAISARI*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <<<https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MjA2Mw==>>>>>. Acesso em 18/09/2021..

BRASIL. Ministério da Saúde. *Orientações para o Atendimento à Saúde do Adolescente (da menina e do menino)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_atendimento_adolescente_menina.pdf
>>. Acesso em 18/09/2021.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Governo. *Índice de vulnerabilidade juvenil à violência 2017: desigualdade racial, municípios com mais de 100 mil habitantes*. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2017. Disponível em: <<
<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2020/10/fbsp-vulnerabilidade-juveni-violencia-desigualdade-racial-2017-relatorio.pdf>>>. Acesso em 18/09/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico HIV/AIDS de 2021*. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <<
<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-epidemiologico-hivaids-2021>>>. Acesso em 18/09/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia Instrucional Viva Melhor Sabendo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em:
<<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_instrucional_viva_melhor.pdf>>. Acesso em 18/09/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *O que é o Viva melhor sabendo?* Brasília: Ministério da Saúde, s./d. Disponível em: <<
<http://www.aids.gov.br/pt-br/sociedade-civil-organizada/viva-melhor-sabendo/o-que-e-o-viva-melhor-sabendo>>>. Acesso em 18/09/2021.

BRAVO, Maria Inês Souza. Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. Participação social e controle social na saúde: a criação dos Conselhos de Gestão Participativa no Rio de Janeiro. In: ____ (orgs.). Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais. São Paulo: Cortez, 2012. p. 273-292.

BRAVO, Maria Inês Souza. Saúde e serviço social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Sociedade civil e controle social: desafios para o serviço social. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (orgs.). Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais. São Paulo: Cortez, 2012. p. 293-306.

FERNANDES, Florestan. A revolução burguesa no Brasil: ensaio de interpretação sociológica. 5. ed. São Paulo: Globo, 2005.

FLEURY, Sonia; OUVÉNEY, Assis Mafort. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, Lígia [et.al.] (org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. (p. 01-42).

FLORIANÓPOLIS. *Relatório Final da 9ª Conferência Municipal de Saúde*. Florianópolis: Conselho Municipal de Saúde, 2015. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/08_09_2015_17.37.23.1ee3d323793c465e18ee3c7a2f806722.pdf>>. Acesso em 18/09/2021.

GASKELL, George. Entrevistas individuais e grupais. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2004, c. 3, p. 64-89.

GORENDER, Jacob. *O escravismo colonial*. 2. ed. São Paulo: Ática, 1978.
IAMAMOTO, Marilda Villela. *O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. São Paulo: Cortez, 2003.

KRUG, Etienne. *et al.* (orgs.). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra: OMS, 2002. Disponível em: <<<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>>>. Acesso em 18/09/2021

KRÜGER, Tânia Regina; SILVA, Leonardo Moura da; BUNN, Maria Fernanda Schmitt; REIS, Camila Azevedo dos. Planos Estaduais Plurianuais de Saúde e as Organizações Sociais como modelo de gestão dos serviços do SUS. In: II Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Políticas Sociais. Florianópolis: UFSC, 2017. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/180211/101_00008.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 10/06/2022.

KRÜGER, Tânia Regina; REIS, Camila. Organizações sociais e a gestão dos serviços do SUS. *Serviço Social & Sociedade*. N. 135. Mai-Ago/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.178>. Acesso em: 14/07/2022.

MBEMBE, Achille. *Necropolítica*. Rio de Janeiro: Cidades e Ensaios, 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 5. ed. São Paulo, Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1998.

OMS. *Basic Documents: Forty-ninth edition*. Genebra: OMS, 2020. Disponível em: <<https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf>>. Acesso em 18/07/2022.
UNAIDS. SUÍÇA. *Global AIDS Strategy 2021-2026 — End Inequalities*. End AIDS. 2021. Disponível em: <<<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2021/2021-2026-global-AIDS-strategy>>>. Acesso em 18/09/2022.

PARKER, R. Interseções entre Estigma, Preconceito e Discriminação na Saúde Pública Mundial. In: MONTEIRO, S., and VILLELA, W. comps. *Estigma e saúde* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013, pp. 25-46. ISBN: 978-85-7541-534-4. <https://doi.org/10.7476/9788575415344.0003>.

UNAIDS BRASIL. 90–90–90 – Uma meta ambiciosa de tratamento para ajudar a acabar com a epidemia de AIDS. 2015. Disponível em: <<https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf?e491eca20>>. Acesso em 18/09/2022.

UNAIDS BRASIL. *Estratégia Global de AIDS 2021-2026 – Acabar com as Desigualdades. Acabar com a AIDS*. 2021. Disponível em: <<https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2022/06/2022_NovaEstrategia_SumarioExecutivo_PT_V3.pdf>>. Acesso em 18/09/2022.

UNFPA BRASIL. *A construção de uma sociedade não-violenta: uma questão de gênero*. Brasília: UNFPA, 2020. Disponível em: <<https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/cartilha_unfpa_violencia_baseada_em_genero_-_portugues.pdf>>. Acesso em 18/09/2022.

UNFPA BRASIL. *O SUS e a Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes e Jovens no Brasil*. Brasília: UNFPA, 2013. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/pub_sus.pdf>>. Acesso em 18/09/2022

UNICEF BRASIL. *Viva Melhor Sabendo Jovem: Estratégias para o Enfrentamento da Epidemia de HIV/aids entre Adolescentes e Jovens*. 2017. Disponível em: <<<https://www.unicef.org/brazil/relatorios/viva-melhor-sabendo-jovem>>>. Acesso em 18/09/2022.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. *Introdução à pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Atlas S.A., 1987. 175 p