



UFRJ

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL**

SUELLEN CAVALCANTI

**“MEU PRAZER AGORA É UM RISCO DE VIDA”? Algumas considerações
sobre a Política de Prevenção e Tratamento de HIV/AIDS no Brasil**

Rio de Janeiro
Junho de 2021

SUELLEN CAVALCANTI

**“MEU PRAZER AGORA É UM RISCO DE VIDA”? Algumas considerações
sobre a Política de Prevenção e Tratamento de HIV/AIDS no Brasil**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Serviço Social, sob a orientação de Mably Trindade.

Rio de Janeiro
Junho de 2021

SUELLEN CAVALCANTI

**“MEU PRAZER AGORA É UM RISCO DE VIDA”? Algumas considerações
sobre a Política de Prevenção e Tratamento de HIV/AIDS no Brasil**

TCC aprovado em _____ de 2021.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Mably Jane Trindade Tenenblat (orientadora)
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

Prof. Dr. Guilherme Almeida
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UFRJ

Prof.^a Dra. Maria Josefina Mastropaolo

Dedicatória

*A todas as pessoas que vivem com HIV/AIDS e lutam diuturnamente
pela sua sobrevivência material (e subjetiva) e para não serem
tratadas com preconceitos e discriminações.*

AGRADECIMENTOS

Agradecer, primeiramente, ao Ser Superior, que tem me dado forças diariamente, não só no meio acadêmico, como também em toda minha vida.

Todo agradecimento a minha irmã Ingrid, que em todos os momentos acreditou em mim e me acalmou em diversas crises de desespero e angústia, reafirmando o quanto eu sou capaz.

Agradeço sempre pela vida da minha mãe Isabel, que ainda em meio às dificuldades, apoiou-me financeiramente durante esse período de graduação, permitindo que eu me dedicasse apenas aos meus estudos. A minha tia Rubenita que, por muitas vezes, abriu a porta da sua casa para que eu pudesse estudar e imprimir o que eu precisasse.

Sou grata à Marina por dividir comigo toda trajetória acadêmica e, agora, dividir comigo momentos da vida. Ao Orlando, que sempre me apoiou ao ler e reler os trabalhos que realizo.

Aos meus amigos e amigas. Ao meu amigo Jean por toda carona que me deu até o estágio e pelo meu amigo Thiago, que, diariamente, escuta-me falar sobre a faculdade.

A minha amiga Rayane, essencial para minha inserção na UFRJ, por todo o companheirismo no momento de pré-vestibular, de escolha de curso e auxílio nas documentações para a matrícula.

Aos profissionais maravilhosos que atravessaram o meu caminho e contribuíram para a minha formação. À professora Sheila Backx, que, por meio de orientações e cobranças, favoreceu a melhor inserção e desenvolvimento no campo de estágio.

A minha supervisora de campo, Lais Busquet, que com toda paciência e generosidade orientou-me em todos os processos do primeiro contato profissional.

À banca de TCC – Professora Josefina e Professor Guilherme – por ter concordado, de maneira tão generosa, participar da avaliação desse trabalho, que eu escrevi com muito esforço, empenho e sob condições objetivas (e subjetivas) muito difíceis. Foram muitas madrugadas e lágrimas vertidas!! Escrever um TCC nesse contexto pandêmico é, certamente, um exercício de muita coragem e fé, para todo(a) estudante.

Por último, mas não menos importante, toda gratidão a minha orientadora Mably, que sempre me apoiou neste árduo percurso; por sua generosidade e afeto; e por ter se mostrado diuturnamente entusiasmada com meu trabalho, reafirmando o quanto se sentia orgulhosa da minha pesquisa a cada progresso. Desde o início, ela sempre acreditou em mim e no meu potencial! Por tudo isso, todo agradecimento do mundo.

RESUMO

CAVALCANTI, Suellen. “MEU PRAZER AGORA É UM RISCO DE VIDA”? Algumas reflexões sobre a Política de HIV/AIDS no Brasil. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, 2021.

No presente trabalho de conclusão de curso, pretende-se analisar a política de prevenção e tratamento para o HIV/AIDS. Nesse sentido, como instrumentos e técnicas de investigação qualitativa, foram privilegiados o diário de campo elaborado no período de estágio, a pesquisa bibliográfica sobre o tema – a partir de leituras de teses, artigos e dissertações de mestrado que abordam essa temática – e, também, foi aplicado um questionário com voluntários(as) das minhas relações pessoais, por meio de uma ferramenta chamada *Google Forms* e com a permissão por escrito de cada participante. Diante do cenário de discriminações e estigmas, por vezes, fruto do desconhecimento e de informações deturpadas sobre as pessoas que vivem com HIV/AIDS, bem como mediante tantos tabus da sociedade relacionados à sexualidade que dificultam, sobremaneira, a prevenção às infecções sexualmente transmissíveis, pretende-se conferir maior visibilidade às demandas por direitos dessas pessoas, evidenciando os limites e dificuldades na negociação do uso de preservativos, assim como as fragilidades do modelo das políticas de saúde em meio a um governo federal anticientificista, reacionário, conservador e homofóbico. Por fim, pretende-se, ainda, contribuir para o fomento da produção acadêmica do Serviço Social nesta área.

Palavras-Chave: Pessoas Vivendo com HIV/AIDS. Saúde Prevenção. Cuidado Integral.

ABSTRACT

CAVALCANTI, Suellen. “MY PLEASURE NOW A RISK OF LIFE?” Some considerations about the HIV / AIDS Prevention and Treatment Policy in Brazil. Course Conclusion Paper (TCC) – School of Social Service. Federal University of Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, 2021.

In this course conclusion work, we intend to analyze the prevention and treatment policy for HIV/AIDS. In this sense, as instruments and techniques for qualitative research, the field diary elaborated during the internship period, the bibliographic research on the theme – based on readings of theses, articles and master's theses that address this theme – and, also, were privileged. , a questionnaire was applied to volunteers from my personal relationships, using a tool called Google Forms and with the written permission of each participant. In the face of discrimination and stigma, sometimes the result of lack of knowledge and distorted information about people living with HIV/AIDS, as well as so many taboos in society related to sexuality that make it extremely difficult to prevent sexually transmitted infections, it is intended to give greater visibility to the demands for rights of these people, highlighting the limits and difficulties in negotiating the use of condoms, as well as the weaknesses of the health policy model in the midst of an anti-scientific, reactionary, conservative and homophobic federal government. Finally, it is also intended to contribute to the promotion of academic production of Social Work in this area.

Keywords: Person Living with HIV / AIDS. Health. Prevention. Comprehensive Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNS	Conselho Nacional de Saúde
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DDCCI	Doenças de Condições Crônicas e IST
DIP	Doenças Infecciosas e Parasitárias
HRW	Human RightsWatch
HUCFF	Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
HSH	Homem que faz sexo com outros homens
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEP	Profilaxia Pós Exposição
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PREP	Profilaxia Pré-Exposição
PVHIV	Pessoas Vivendo com HIV
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
TARV	Terapia Antirretrovirais
UDI	Usuário de Drogas Injetáveis

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	20
1. A IMPORTANCIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): DA GÊNESE À POLÍTICA DE SAÚDE PARA PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS	17
1.1 Breve Trajetória da Política de Saúde No Brasil	18
1.2 Políticas de Saúde voltadas para HIV/AIDS	23
2. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES ACERCA DA PESQUISA DE CAMPO	30
2.1 O Tabu da Sexualidade: especialmente na adolescência.....	30
2.2 A Pesquisa de Campo.....	35
2.3 Sobre as Possibilidades de Prevenção Sexual.....	42
3. ACOLHIMENTO E ATENÇÃO ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS	49
3.1 Reflexões de uma Estagiária.....	49
3.2 Testar para Tratar	52
3.3 Perfil de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHIV).....	54
3.4 Adesão ao Tratamento	57
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
REFERÊNCIAS.....	65
ANEXOS	71

INTRODUÇÃO

*“O meu prazer
Agora é risco de vida
Meu sex and drugs
Não tem nenhum rock ‘n’ roll
Eu vou pagar
A conta do analista
Pra nunca mais
Ter que saber
Quem eu sou
Ah! Saber quem eu sou.”
(Cazuza).*

A Introdução do presente trabalho de conclusão de curso inicia-se com essa estrofe da canção de um dos grandes gênios musicais dos anos 1980, chamado Agenor de Miranda Araújo Neto, conhecido nacionalmente – por seus fãs e, também, por seus desafetos – como Cazuza. A letra intitulada *Ideologia* foi composta em um dos momentos mais conturbados da vida do cantor, pois a referida canção, que despe sua alma, carrega um profundo pessimismo diante da vida, do amor e da situação política do Brasil daquela época, tendo sido escrita logo depois de o cantor ter descoberto o seu diagnóstico de HIV.

Contudo, não é, de modo algum, nossa intenção começar esse trabalho de maneira tão pessimista. Contudo, somos invadidas por um profundo pessimismo ao analisar um Programa como o de HIV/AIDS¹ – que já foi referência no mundo – atualmente tão sucateado, em razão de um governo essencialmente anticientificista, conservador, reacionário, contrário à educação (do ensino básico à pós-graduação), retrógrado e cujas ações nos lembram bastante os tempos militares, que fizeram parte da juventude de Cazuza. Não à toa, ele dizia em *Ideologia* “*Meu partido é um coração partido e as ilusões estão todas perdidas. Os meus sonhos foram todos vendidos tão barato que eu nem acredito... Ideologia! Eu quero uma pra viver!!*”

Cumpra mencionar que o presente trabalho de conclusão de curso, inicialmente, pretendia discutir os desafios enfrentados no cuidado integral a pacientes vivendo com HIV/AIDS, acompanhados(as) pela equipe do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho no Rio de Janeiro (HU/UFRJ), instituição onde fiz estágio durante o período de graduação. Entretanto, diante do atual cenário pandêmico e em razão de todas as dificuldades e limites

¹ Acquired Immunodeficiency Syndrome (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida).

impostos por esta conjuntura, foi preciso reconsiderar o objeto de estudos, a metodologia de pesquisa e modificar o perfil do público a ser pesquisado.

Assim, a presente monografia tem como objetivo precípua analisar a política de prevenção e tratamento para o HIV/AIDS. Ademais, o interesse pelo tema e o desejo de realizar a pesquisa em questão têm relação direta com a minha experiência no meu antigo campo de estágio, qual seja: o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, instituição onde fui inserida no setor de enfermagem do Serviço de Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP).

Tal setor é marcado por inúmeras reinternações e, por meio disso, questionamos os desafios para o enfrentamento da doença nos dias atuais. Percebemos que, além do estigma, do discurso moralizador, inclusive dos(as) profissionais de saúde e governantes atuais, os(as) usuários(as) têm, também, por desafio a fragmentação das políticas sociais e a redução de recursos assistenciais da saúde e da previdência, tendo como consequências as dificuldades na adesão ao tratamento. Todos esses fatores trazem, por conseguinte, profundos impactos na qualidade de vida destes(as) usuários(as).

Cumprir elucidar, ainda, que a não adesão ao tratamento é multifatorial, ou seja, a concordância com o tratamento, além de medicamentosa, é composta pelo acompanhamento clínico, dieta nutricional e adequação aos hábitos, portanto, incluem além da questão biológica, aspectos sociais e psicológicos dos(as) usuários(as). Ademais, deve-se levar em conta uma lógica de cuidado integral para além da relação médico-paciente.

Contextualização

É fato notório que, no Brasil, os primeiros casos de pessoas infectadas com o vírus HIV foram notificados em São Paulo e, em seguida, no Rio Janeiro no início dos anos 1980, sendo que a associação entre AIDS e homoerotismo logo se tornou lugar comum na sociedade, em razão do grande número de casos da doença entre homens que faziam sexo com outros homens e, ainda, em função da visibilidade que o movimento homossexual propiciava à questão naquele momento (TRINDADE, 2014).

A eclosão da AIDS foi responsável por transformações significativas nas relações humanas, bem como por mudanças de paradigmas na área de saúde. O surgimento do vírus da AIDS (HIV), do mesmo modo, acarretou inéditos desafios à ciência, trouxe novos atores para os movimentos sociais e, sobretudo, conferiu maior evidência a questões relacionadas à sexualidade (GALVÃO, 2000).

“Você sabe qual é a diferença entre a AIDS e o Amor? A AIDS dura para sempre”! Esta pichação nos muros da cidade de São Francisco – reduto de homossexuais americanos – apresentava inequívoco sinal de que o pânico se estabelecia; afinal, a infecção pelo vírus HIV fez entre os homossexuais suas maiores vítimas (ZANATA, 1996).

No Brasil, no governo Fernando Collor, houve uma campanha nacional, cujo tema era “Se você não se cuidar, a AIDS vai te pegar” (TEIXEIRA, 1997). Tais campanhas foram exemplos do momento de pânico que era vivenciado, que retiravam a esperança das pessoas infectadas e estimulavam a prevenção apenas como medo e ameaça, como muito bem explicado por Teixeira (idem).

Segundo Parker (1997, p.19 e 23), em 1983, em São Paulo, começava o processo de “democratização” da doença com registro de transmissão vertical (ou seja, de mãe para o feto, ainda na gestação, durante o parto ou no período de amamentação) e, também, associada à transfusão de sangue, primeiros casos notificados em 1985.

Contudo, o vírus, por muito tempo, foi relacionado culturalmente à promiscuidade por conta de os primeiros registros serem ligados principalmente a homossexuais, sendo conhecido como “câncer gay”, “peste rosa” e outras denominações preconceituosas, pois seria este segmento populacional que estaria sendo “castigado” e não aquelas pessoas que são vítimas da doença, como no caso de transmissão vertical ou por transfusão de sangue. Assim, a AIDS estaria em corpos previamente marcados por comportamentos tidos como desviantes. Desta forma, falar de AIDS é também falar de estigma (PELÚCIO, 2007).

Na década de 1980, a prevenção era voltada exclusivamente aos chamados “grupo de risco”, que ainda hoje carregam a prevalência do estigma, como se heterossexuais não estivessem expostos ao vírus, trazendo, assim, uma espécie de “blindagem” da heteronormatividade, como aponta Pelúcio (2007) em sua tese. Dito de outro modo, para a sociedade homofóbica e conservadora, heterossexuais estariam blindados do vírus. A política preventiva, contudo, deveria ser para todos(as), buscando promover informações e combatendo visões estigmatizantes e discriminatórias.

O medo de sofrer estigma acarreta em uma baixa qualidade de vida dos(as) usuários(as) soropositivos(as), por medo da descoberta. A omissão da doença, por vezes, até em casa, prejudica sobremaneira a adesão ao tratamento, pelo receio em pegar medicamentos, por ter que esconder remédios, idas ao médico e toda a rotina necessária à adesão do

tratamento, como pontua o Manual de Adesão (2008)². Além disso, o medo do estigma – e da descoberta – pode levar aos(as) usuários(as) quadros de depressão e ansiedade, prejudicando ainda mais o seu tratamento.

Tal adesão é multifatorial; portanto, deve-se insistir num atendimento multidisciplinar aos(as) pacientes para melhor aceitação e melhor maneira de realizá-lo com segurança e eficácia. Para isso, é necessário haver programas socioeducativos, atendimento social buscando visualizar os determinantes sociais, atendimento psicológico e desenho das linhas de autocuidado que devem ter apoio primordial pela rede básica de saúde para manutenção da integridade, assim, contribuindo para uma melhor qualidade de vida dos(as) usuários(as) dos serviços de saúde.

É importante destacar, também, que na Constituição Federal de 1988 foi assegurada a saúde como um direito universal e dever do Estado³, porém, apenas em 1996 a Terapia Antirretroviral (TARV) chegou ao país, sendo distribuída gratuitamente (Lei 9313). Além disso, em 2 de junho de 2014 foi publicada a Lei Antidiscriminação nº 12.984⁴ que busca garantir às pessoas vivendo com HIV o direito à continuação da sua vida civil, sem ser restringida por conta de seu diagnóstico e devendo este ser sigiloso e informado apenas quando desejarem.

Contudo, sob a atual conjuntura de uma política ultra-neoliberal e com, cada vez mais, a redução de recursos e fragmentação no âmbito da saúde e da assistência, bem como o preconceito presente, inclusive, dos governantes, os desafios para o tratamento – visando à integralidade – dos pacientes HIV/AIDS têm aumentado exponencialmente.

Não obstante o descaso e a displicência do atual governo com a saúde e com as pesquisas, felizmente, inúmeros cientistas brasileiros têm avançado em seus estudos com o tratamento. A pesquisa feita pela Unifesp, por exemplo, atesta que depois de submetido ao coquetel, pacientes apresentam carga viral negativa desde 2017, consubstanciando-se num imenso progresso. Nessa esteira, Richard Parker (1997, p. 8) assinala que “quaisquer tentativas de caracterizar e avaliar com precisão a política de HIV/AIDS no Brasil serão, necessariamente, incompletas – e provavelmente desatualizadas entre o momento que começam a ser escritas até ser publicadas”.

² O Manual de Adesão ao Tratamento para Pessoas Vivendo com HIV e Aids de 2008 está disponível no endereço: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2008/manual-de-adesao-ao-tratamento-para-pessoas-vivendo-com-hiv-e-aids-2008>. Último acesso em 27 de abril de 2021.

³ Consultar a Portaria 675/GM. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0675_30_03_2006.html. Último acesso em 07/02/2021.

⁴ Informações disponíveis em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2011-2014/2014/Lei/L12984.htm. Último acesso em 10 de fevereiro de 2021.

Metodologia

A presente monografia tem profunda relação com as inquietações e conflitos que emergiram no período de estágio no HU, quando observei que as pessoas seguiam adoecendo por conta do vírus, mesmo com avanços medicamentosos, que permitem que ninguém morra e nem adoeça mais em decorrência da AIDS. Com isso, propus-me a analisar a política de HIV/AIDS e o porquê de as pessoas continuarem se infectando e quem são essas pessoas que ainda são vítimas fatais da doença, mesmo diante de um mundo de informações, especialmente, com a potencialidade das redes sociais (questão abordada, especialmente, no capítulo 3 do presente trabalho).

Por conseguinte, com o objetivo de analisar o tema, a metodologia adotada privilegiou instrumentos e técnicas de investigação qualitativa, com uma entrevista estruturada realizada com 18 voluntários(as) que têm a vida sexual ativa.

A pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade. Uma pergunta importante neste item é "quais indivíduos sociais têm uma vinculação mais significativa para o problema a ser investigado?" A amostragem boa é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões (MINAYO, 1992).

Logo, o levantamento de dados, por meio de pesquisas, entrevistas e observações, é de suma importância para que possamos compreender as mediações e os obstáculos na atual política de prevenção.

Cumprir destacar que a pesquisa social exerce um importante papel na produção de conhecimento de um determinado objeto. As relações sociais produzidas pelos seres humanos, no processo de investigação, configuram um campo onde se insere a pesquisa social. Nesse sentido, todos os sujeitos participam da construção do conhecimento de um determinado objeto e o influenciam. De acordo com Minayo (2001, p. 13):

O objeto das Ciências Sociais é *histórico*. Isto significa que as sociedades humanas existem num determinado espaço cuja formação social e configuração são específicas. Vivem o presente marcado pelo passado e projetado para o futuro, num embate constante entre o que está dado e o que está sendo construído. Portanto, a provisoriedade, o dinamismo e a especificidade são características fundamentais de qualquer questão social.

Também foi realizado um estudo bibliográfico a fim de compreender o aumento de casos de infecção de HIV, como tem sido iniciada a vida sexual da juventude, na atualidade e, ainda, como é realizada a prevenção. Ademais, foi aplicado um questionário via *Google Forms* com as questões abaixo mencionadas:

1. Data de Nascimento
2. Raça/Etnia

3. Identidade de Gênero
4. Escolaridade
5. Você tem relação sexual com qual/quais gêneros?
6. Quantos parceiros sexuais você teve nos últimos 12 meses?
7. Você se protegeu para IST em todas as relações sexuais nos últimos 12 meses? (Uso de preservativo interno – "camisinha feminina" ou preservativo externo – "camisinha masculina")
8. Se não, quais os fatores que contribuíram para a não proteção?
9. Você já ouviu falar de Profilaxia Pré-Exposição (PrEP)?
10. Realizou a testagem para ISTs/AIDS nos últimos 12 meses?
11. Se não o realizou, por quê?
12. Já foi diagnosticado com alguma IST?

Perfil Sociológico dos(as) Participantes da Pesquisa

Entrevistado	Idade	Escolaridade	Raça/Etnia
A	28	Ensino superior completo	Preto
B	25	Ensino médio completo	Branco
C	29	Ensino médio completo	Preto
D	33	Ensino médio completo	Branco
E	25	Ensino médio completo	Branco
F	28	Ensino médio completo	Branco
G	28	Ensino superior completo	Pardo
H	25	Ensino superior incompleto	Preto
I	25	Ensino médio completo	Preto
J	28	Ensino superior incompleto	Pardo
L	27	Ensino médio completo	Preto
M	28	Ensino superior incompleto	Preto
N	30	Ensino médio completo	Branco
O	54	Ensino superior completo	Pardo
P	22	Ensino superior incompleto	Preto
Q	28	Ensino médio completo	Preto
R	26	Ensino superior completo	Branco

S	39	Ensino superior completo	Preto
---	----	--------------------------	-------

Estruturação do TCC

O presente trabalho de conclusão de curso foi estruturado em: Introdução ao tema e ao objeto de pesquisa; três capítulos e as considerações finais. No primeiro capítulo, descreve-se, brevemente, a trajetória histórica do Sistema Único de Saúde (SUS) – de sua gênese à profunda relevância no tratamento de pessoas com HIV/AIDS. Além disso, são analisadas as políticas destinadas às pessoas vivendo com HIV/AIDS, bem como os avanços dos medicamentos e retrovirais.

No segundo capítulo, aborda-se brevemente o tabu da sexualidade e como isto tem, por vezes, se tornado um obstáculo para desenhar e implementar políticas públicas de prevenção, além de apresentar dados quantitativos e qualitativos da pesquisa de campo.

O terceiro capítulo, por sua vez, analisa o perfil das pessoas que se infectam com o HIV e quem morre, atualmente, em decorrência da síndrome da AIDS, refletindo acerca de quais são os limites e as dificuldades da adesão ao tratamento.

Nas considerações finais destaca-se a importância de seguir com essa agenda de pesquisa, especialmente diante do retrocesso no fomento à Ciência e do sucateamento das políticas destinadas às pessoas que vivem com HIV/AIDS.

1. A IMPORTANCIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): DA GÊNESE À POLÍTICA DE SAÚDE PARA PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

*“Cantando a gente inventa.
Inventa um romance, uma saudade, uma mentira...
Cantando a gente faz história.
Foi gritando que eu aprendi a cantar: sem nenhum pudor, sem pecado.
Canto para espantar os demônios, para juntar os amigos.
Para sentir o mundo, para seduzir a vida” (Cazuza).*

O presente capítulo tem como objetivo discutir, brevemente, a trajetória história da política de saúde no país, de acordo com os governos que estavam à frente da referida política. Será analisada, ainda, a política de HIV/AIDS que anda *pari passu* com a construção e consolidação do SUS, desde a sua criação, observando seus avanços e desafios.

1.1 Breve Trajetória da Política de Saúde no Brasil⁵

De acordo com Heliana Silva (1996), as tímidas ações de saúde foram iniciadas no século XVIII e eram prestadas para enfermos sem recursos financeiros por meio de filantropias e iniciativas privadas como as Santas Casas de Misericórdia⁶ ou pela atuação voluntária dos padres jesuítas. A autora (idem) descreve que com a abertura dos portos em 1808, as primeiras epidemias que surgiram no Brasil foram resultado da intensificação da imigração, sendo necessário que o Estado atuasse na saúde, a fim de controlar e vigiar as epidemias trazidas, pois, as doenças coletivas eram prejudiciais à economia.

Todavia, o tratamento das epidemias só foi estruturado no final do século XIX e início do século XX. Como os portos brasileiros realizavam as principais atividades econômicas do país, como a exportação de produtos agrários, foi preciso desenvolver ações de condições

⁵ Neste item, priorizou-se discutir a saúde a partir de um determinado marco temporal, qual seja: o final do século XVIII com as iniciativas das Santas Casas de Misericórdia. Contudo, cumpre destacar que no Brasil Colônia (entre os séculos XVI e XIX), o acesso à saúde era precário e inexistente, basicamente sua organização sanitária espelhava a da metrópole, ou seja, Portugal, sendo majoritariamente de responsabilidade militar, como o cirurgião-mor do Exército de Portugal que supervisionava os serviços de saúde das tropas militares no Brasil e o físico-mor, que por meio das capitânicas hereditárias, respondia pelo saneamento e pela profilaxia de doenças epidêmicas no território tupiniquim. Os escravos empregavam a medicina por meio de amuletos, ervas, além do sincretismo religioso e os indígenas à época contavam com a tradicional e milenar oralidade para a transmissão de conhecimentos culturais e sabedorias geracionais acerca de saúde nas medicinas naturais e rituais espirituais, como a figura do pajé. Era muito comum, também, neste período o trabalho de parteiras, benzedeadas, etc.

⁶ A Santa Casa de Misericórdia é uma irmandade religiosa fundada em 1582 e ainda em atividade. Administrada por um provedor sem fins lucrativos, sua “missão é acolher e cuidar dos mais carentes”, prestando-lhes serviços assistenciais, inclusive na área médico hospitalar. Maiores informações podem ser encontradas na página eletrônica da instituição: www.santacasarj.org.br. Último acesso em 22 de abril de 2021.

sanitárias nessas áreas e núcleos urbanos. Por conta disso, foi necessário realizar o planejamento sanitário, a fim de organizar e conter os avanços das doenças, como apontado por Silva (1996).

À época, as campanhas sanitárias eram de cunho coercitivo e embasadas no modelo higienista. Para Trindade (2014), o corpo dos cidadãos tornou-se objeto de preocupação do Estado, com campanhas de moralização e higiene coletivas voltadas para as massas. O Estado passa, então, a atuar no interior das famílias e como preposto o médico higienista.

Com o objetivo de aprimorar os padrões reprodutivos e “fortalecer” a nação, o higienismo igualmente procurou combater a alta incidência de doenças venéreas, sobretudo mediante o desestímulo ao sexo extraconjugal. Tal pensamento traduzia-se na sistemática condenação, pelo Estado higienista, de libertinos, celibatários e homossexuais, considerados irresponsáveis e adversários do bem-estar biológico-social, por não cumprirem adequadamente o papel imposto pela sociedade (TRINDADE, 2014, p. 47).

A partir de 1920, a saúde foi assegurada a pequena parte de trabalhadores pela Lei Eloy Chagas, com as Caixas de Aposentadorias e Pensão e sendo estruturadas pelas empresas. Os benefícios da saúde previstos eram de referência à assistência médica-curativa e ao fornecimento de medicamentos (BRAVO, 2006).

Essa contemplação de seguridade social para o trabalho formal tem o objetivo de neutralizar tensões entre patrões e empregados. Dessa maneira, os serviços de saúde apresentam-se como instrumento de controle político e social do Estado, buscando estabelecer relação entre as políticas sociais e os modelos de desenvolvimento econômico (SILVA, 1996).

A partir da década de 1930, em que a saúde foi organizada em dois subsetores: a saúde pública – predominante até a década de 1960 – e a de medicina previdenciária, a Lei Eloy Chagas expande-se a outros trabalhadores progressivamente, passando a ser financiada pelo Estado, com Institutos de Aposentadoria e Pensão, de acordo com as categorias (BRAVO, 2006).

Tal expansão foi realizada no governo de Getúlio Vargas e são indicadores mais visíveis do processo de industrialização, em que o Estado precisava se redefinir. Na política de saúde – fruto de inclinação paternalista – havia um viés muito centralizador, burocrático e corporativista, sendo viabilizada por decretos presidenciais.

Nessa esteira, Vargas implanta o projeto de industrialização com expansão do capitalismo no Brasil, contendo o impulso de reivindicação do movimento trabalhista por meio da satisfação de algumas de suas demandas e do reconhecimento dos sindicatos para promover e negociar os direitos dos assalariados, propiciando ao Estado maior autonomia na

definição de ações para a promoção do desenvolvimento nacional ((BRAVO, 2006; TRINDADE, 2014).

No período militar, ocorre a unificação dos institutos por categoria para um de caráter nacional, que representa a centralização da Previdência Social e possibilita a articulação concreta entre o sistema público e privado e com isso, a medicina privada no país tem um aumento expressivo, favorecidas ao interesse governamental (SILVA, 1996).

Bravo (2006) assinala, ainda, que os problemas estruturais foram aprofundados nesse período, em que o Estado utiliza do binômio repressão-assistência em sua intervenção. Trindade (2014) descreve que a saúde no Brasil se torna ainda mais ineficiente e conservadora, com intervenções que se restringiam a campanhas pontuais e de baixa eficácia, trazendo consequências nefastas para a saúde da população mais pobre.

Segundo a autora (idem), o Governo Militar foi marcado, também, por violenta repressão política e pelo privilegiamento acentuado do setor privado, com estímulo à acumulação capitalista. Tal modelo refletia-se diretamente na área da saúde, o que resultou na instituição de um padrão voltado para o atendimento de clientes, e não de pacientes.

Como observador até aqui, a política de saúde no século XX foi sempre pensada de maneira focalizada, abrangendo os(as) usuários(as) por meio de contribuição, vinculada ao trabalho formal e funcionava com características de seguro ou filantropia, de cunho bastante assistencialista. Cumpre destacar que foi apenas com a Reforma Sanitária, engendrada na década de 1970, ainda sob o contexto da Ditadura Militar, que foram articuladas algumas ideias de mudanças e transformações na saúde, como a universalidade na assistência à saúde.

Nesse sentido, é importante mencionar as unidades de saúde territoriais que foram as respostas dos municípios para amenizar as tensões sociais e, assim, iniciar algumas experiências do que seriam os princípios futuros do SUS: universalidade, integralidade e equidade no acesso à saúde. Tais serviços, ainda que básicos, foram eficazes no controle de algumas doenças, como hipertensão, poliomielite, doenças no pré-natal e sarampo. Desse modo, foi visada, então, a expansão da cobertura no âmbito da União (SANTOS, 2018).

Em meados dos anos 1980, período da nossa história no qual acontecia a redemocratização do país, resultantes da luta e amadurecimento da reforma sanitária, ocorria, em 1986, a Oitava Conferência Nacional de Saúde, que foi fundamental para pensar a definição do SUS e as funções do Estado. Nela, estavam presentes a participação popular, por meio de entidades representativas, políticos, acadêmicos e pesquisadores, técnicos dos Ministérios da Previdência e da Saúde, grupo de médicos e outros profissionais.

Sérgio Arouca, na referida Conferência, aponta em seu discurso⁷ que a saúde não deve ser pensada apenas como ausência de doenças, pois, para o bem estar físico e social, é fundamental garantir o acesso ao trabalho, ao salário, à água potável, à vestimenta, à educação, ao esporte e ao lazer e, também, à informação. Arouca acrescenta, ainda, a importância de se ter direito a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. Ter saúde, na concepção do supracitado médico sanitário, é não estar o tempo todo submetido(a) ao medo da violência, resultante da miséria e das desigualdades sociais e nem estar refém da violência do governo contra seu povo.

Cumprido destacar, também, que no contexto de muitas lutas dos movimentos sociais, a saúde foi garantida na Constituição Federal de 1988, inaugurando um novo sistema de proteção social, pautado na universalização de direitos e na concepção de saúde, assistência social e previdência como componentes do tripé da Seguridade Social e responsabilidades do Estado, indo para além da ausência de doenças e, abrangendo, também, o contexto socioeconômico e outras esferas da vida dos indivíduos. A saúde, portanto, deixou de ser interesse apenas dos profissionais e técnicos da área para assumir uma enorme dimensão política, estreitamente vinculada à democracia, a partir da ideia – concebida pelo Movimento Sanitário – de que o foco deveria residir na melhoria das condições de vida da população (TRINDADE, 2014).

Nesse sentido, a garantia da saúde como direito de todos e dever do Estado foi instituída em 1990, com a consolidação do SUS, assegurada pela Lei 8.080. Segundo a referida Lei, as ações promoção, proteção e recuperação são de caráter universal e igualitário e o Estado tem que prover as condições da população por meio de formulação e execução de políticas econômicas e sociais, visando à redução de risco de doenças e seus agravos e tem como seus princípios a universalidade de acesso aos serviços, integralidade, autonomia, equidade, informação e participação da comunidade.

Contudo, nessa mesma década de 1990, com o ajuste neoliberal, principalmente sob o Governo de Fernando Henrique Cardoso, começa a ocorrer à inserção do mercado nas políticas sociais, assegurado pela Lei 8080/90, na qual se permite que o privado possa participar da saúde em caráter complementar. A questão passa a não se tratar mais de complemento e sim do público agindo em prol de interesses privados, quando, por exemplo, na medida em que não há ampliação de serviços e ações de saúde, de acordo com a

⁷ Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=-HmqWCTEeQ>. Publicado em 2013. Acesso em: 04 de fevereiro de 2021

necessidade da população, há uma compra de serviços privados, principalmente em média e alta complexidade (VIEIRA, 2018).

Nos Governos petistas, ocorreu, infelizmente, a continuidade do projeto neoliberal, ou seja, uma política de saúde enfatizando a focalização. Portanto, é cabível destacar que o SUS ainda que tenha um conceito de universalidade ampliado, sob a política atual, torna-se excludente, pois, se trata de um serviço, por vezes, precário, com forte desfinanciamento e falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social, o que acaba levando a população – com melhores condições financeiras – ao setor privado.

Após o impeachment de Dilma Rousseff, em 2016, assumiu o seu vice Michel Temer. Nesse período, o seu ministro da saúde teve a audácia de declarar que o SUS era um sonho irrealizável, acarretando em maior parceria público-privado com a implementação de planos de saúde acessíveis à baixa renda e, assim, reduzindo ainda mais as obrigações do Estado. Além disso, ainda sob o governo de Temer, foi constituída a Emenda Constitucional 95, que prevê o congelamento de gastos em áreas sociais, contribuindo para perda de 35 milhões de reais em 2021, segundo o Conselho Nacional de Saúde (CNS). Dessa forma, é notório o quão insuficiente será a assistência em saúde, fragmentando e focalizando ainda mais a política de Seguridade Social.

Com a eleição do Jair Bolsonaro (2019-2022) – representando um governo conservador, reacionário, anticientificista e ultra-neoliberal – segue-se um projeto de diminuição do Estado e fortalecimento do sistema privatista de saúde. Nesse sentido, de acordo com Souza e Lima (2019):

Assim, as principais medidas do Governo Bolsonaro, no campo da saúde, no primeiro semestre de gestão, perpassam pela fragilização da Atenção Básica em Saúde (ABS), com o fim do contrato do Programa Mais Médicos (PMM) com Cuba; a proposta de criação de *voucher* ou bolsa-saúde; o avanço da contrarreforma no campo da saúde mental; o ataque à saúde indígena; o retrocesso no campo da educação em saúde; a defesa da reforma do SUS, proposta pelo Banco Mundial; por fim, os retrocessos derivados da nova estrutura do Ministério da Saúde.

Sabe-se que a defesa de uma política privatista na saúde anda na contramão da Constituição Federal de 1988, cujo princípio é a universalização da saúde. O projeto de reforma do SUS, em que propõe uma maior parceria do público-privado na Atenção Primária de Saúde, visa a um atendimento para os mais pobres, focalizando, assim, o acesso e permitindo o maior sucateamento do serviço público.

Além do sucateamento previsto com as políticas ultra-neoliberais, o atual presidente se isenta da responsabilidade pelas mortes em razão da Covid-19, da escassez de recursos como a falta de oxigênio em Manaus e em vários hospitais do país, pela ausência de

vacinação célere e em massa para toda a população, pela fome, miséria e pelo desemprego, como se não fosse algo de sua absoluta competência. O novo coronavírus foi tratado desde o início da pandemia como uma “gripezinha”, mesmo tendo ultrapassado a marca de 450 mil mortes no Brasil⁸. “A gente lamenta, mas a vida continua” (falas irresponsáveis e cruéis de Jair Bolsonaro, em sua *live*, realizada no dia 07 de janeiro de 2021).

Além de sua minimização e profundo negacionismo acerca da pandemia, Bolsonaro comete crimes contra a saúde pública, em que foi denunciado até no Tribunal Penal Internacional⁹, por ameaça global na pandemia. O Governo posiciona-se claramente contra as medidas de distanciamento social e o uso de máscaras, demitindo inúmeros Ministros da Saúde que foram contra a sua inepta e genocida atuação junto a maior crise sanitária que este país já vivenciou.

Ademais, Bolsonaro engendrou a militarização do Ministério da Saúde, colocando no cargo um general negacionista e incompetente que, além disso, sequer sabia o que era o SUS, opondo-se a governadores por quererem seguir as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS). O referido ministro indicou e comprou medicamentos comprovadamente ineficazes para a doença e ainda tentou ocultar o número de mortes, influenciando a seus apoiadores a invadir hospitais para “demonstrar” que não era isso tudo e afirmar que “quem morreu, era porque já ia morrer”.

Com base em seu descaso, nos cortes consideráveis no investimento da saúde e pesquisa, no seu negacionismo em relação a evidências científicas e na omissão da compra e no seu ataque à vacina, é notório que a ciência luta contra o desmonte, as negligências e inverdades disseminadas. É preciso neste momento nadar ainda mais contra a correnteza, para que mesmo de forma mínima e sucateada, como vinha acontecendo nos governos anteriores, haja continuidade no SUS e nas pesquisas científicas brasileiras.

1.2 Políticas de Saúde voltadas para HIV/AIDS

Como mencionado anteriormente, na década de 1980 emergiram os primeiros casos de AIDS no Brasil, reconhecidos em homossexuais em São Paulo, razão pela qual a doença passou a ser chamada de “peste gay” ou “câncer rosa”. Nesse sentido, como o vírus passou a

⁸ <<https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em 27 de maio de 2021.

⁹ <<https://www.conjur.com.br/2020-jun-08/tribunal-penal-internacional-ira-analisar-denuncia-bolsonaro>>. Acesso em 27 de janeiro de 2021.

ser associado aos gays – considerados “grupo de riscos” –, os movimentos sociais começaram a se organizar para pensar em estratégias de enfrentamento e, também, na saúde LGBT.

Parker (1997) divide a trajetória de resposta política ao HIV em fases. Esse período de emergência dos primeiros casos da doença foi caracterizado como a primeira fase, na qual houve uma profunda omissão por parte do governo brasileiro.

Por consequência, com a cobrança por posicionamentos dos militantes do movimento gay, a Secretária Municipal de São Paulo, em 1983, construiu as primeiras articulações em torno da epidemia. A AIDS foi, então, vista como problema de saúde pública (TEIXEIRA, 1997).

Com isso, é importante destacar que foi um marco histórico para a visibilidade das demandas da população LGBTQI+¹⁰ em condição de vulnerabilidade. Nessa esteira, a criação da “Política Nacional de Saúde LGBT”, tem como marca o reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença dessa população. Suas diretrizes e seus objetivos estão, portanto, voltados para mudanças na determinação social da saúde, com vistas à redução das desigualdades relacionadas à saúde destes grupos sociais, visando a implementação de ações antidiscriminatórias nos serviços de saúde, buscando mais equidade no SUS, implementado em 1988, e a ampliação de acesso (BRASIL, 2013).

Em 1985, foi criada a primeira ONG denominada “Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS”, que visava considerar exclusivamente as questões relativas à epidemia, integrada às lutas sociais. A referida organização não-governamental tinha como visão a prevenção e informação para a contenção da epidemia, como apontado por Galvão (2000).

Enquanto isso, o Ministério da Saúde, fazia referência à epidemia de forma pontual, preconceituosa e “distante”. Somente no ano seguinte (em 1986), a partir das iniciativas estaduais e municipais, têm-se algumas respostas de nível federal (TEIXEIRA, 1997), estabelecendo aqui a segunda fase da epidemia (PARKER, 1997), com a criação do Programa Nacional de AIDS, pautado nos princípios de direitos humanos, que visava tratar a Aids como problema de saúde pública, porém a consolidação só ocorreu em 1988, com a Constituição Federal.

¹⁰ O uso da sigla LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais) foi acordado na I Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, realizada em 2008 em Brasília, sendo difundido a partir de então (TRINDADE, 2014). Atualmente, tem se utilizado – tanto pela academia, quanto pelos movimentos sociais – a sigla LGBTQI+ para inserir *queer* (engloba todas as orientações e identidades, sem se especificar em apenas uma delas) e intersexuais

Posteriormente, em 1989, foi elaborada a Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da AIDS¹¹, que visava à garantia em níveis constitucionais:

- I - Todas as pessoas têm direito à informação clara, exata, sobre a Aids.
- II – Os portadores do vírus têm direito a informações específicas sobre sua condição.
- III - Todo portador do vírus da Aids tem direito à assistência e ao tratamento, dados sem qualquer restrição, garantindo sua melhor qualidade de vida.
- IV - Nenhum portador do vírus será submetido a isolamento, quarentena ou qualquer tipo de discriminação.
- V - Ninguém tem o direito de restringir a liberdade ou os direitos das pessoas pelo único motivo de serem portadoras do HIV/Aids, qualquer que seja sua raça, nacionalidade, religião, sexo ou orientação sexual.
- VI - Todo portador do vírus da Aids tem direito à participação em todos os aspectos da vida social. Toda ação que visar a recusar aos portadores do HIV/aids um emprego, um alojamento, uma assistência ou a privá-los disso, ou que tenda a restringi-los à participação em atividades coletivas, escolares e militares, deve ser considerada discriminatória e ser punida por lei.
- VII - Todas as pessoas têm direito de receber sangue e hemoderivados, órgãos ou tecidos que tenham sido rigorosamente testados para o HIV.
- VIII - Ninguém poderá fazer referência à doença de alguém, passada ou futura, ou ao resultado de seus testes para o HIV/Aids, sem o consentimento da pessoa envolvida. A privacidade do portador do vírus deverá ser assegurada por todos os serviços médicos e assistenciais.
- IX - Ninguém será submetido aos testes de HIV/Aids compulsoriamente, em caso algum. Os testes de Aids deverão ser usados exclusivamente para fins diagnósticos, controle de transfusões e transplantes, estudos epidemiológicos e nunca qualquer tipo de controle de pessoas ou populações. Em todos os casos de testes, os interessados deverão ser informados. Os resultados deverão ser transmitidos por um profissional competente.
- X - Todo portador do vírus tem direito a comunicar apenas às pessoas que deseja seu estado de saúde e o resultado dos seus testes.
- XI - Toda pessoa com HIV/Aids tem direito à continuação de sua vida civil, profissional, sexual e afetiva. Nenhuma ação poderá restringir seus direitos completos à cidadania.

A Declaração de Direitos Fundamentais da Pessoa que Vive com HIV/AIDS, somada à criação do SUS, bem como à redemocratização do país – marcada pela organização da sociedade, além do surgimento de várias ONGs – demonstram que a década de 1990 inicia-se com otimismo. Porém, no Governo Fernando Collor de Mello, percebe-se a imensa fragilidade em torno das conquistas da década anterior, com a ausência de diálogo entre sociedade civil e Estado e a falta de cooperação entre o âmbito federal e os programas estaduais e municipais, colocando, assim, o Programa Nacional em um isolamento quase absoluto (GALVÃO, 2000).

¹¹ <<https://www.ufpb.br/saehu/contents/noticias/direitos-das-pvhiv>>. Acesso em 23 de fevereiro de 2021.

Parker (1997) caracteriza como sendo a terceira fase, na qual o referido autor (idem) compara esse momento a um pesadelo coletivo. Após o impeachment de Collor, foi realizada a reorganização do programa de nível federal, rearticulação com ações não governamentais, estados e organismos internacionais, iniciando então, a quarta fase das respostas à epidemia.

Sobre o exposto, foi notória a importância das respostas por vias não governamentais. O “Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS”, por exemplo, como sendo a primeira entidade a atuar no enfrentamento da epidemia, de forma emergencial, demonstra a inequívoca ausência de iniciativas governamentais, fazendo-se presente, como forte aliada na construção da política da AIDS no país até os dias atuais.

Maria Carmelita Yazbek (2001) destaca o repasse dessa responsabilidade para a sociedade civil, principalmente no pós-década de 1990, na qual o país assume uma política neoliberal e conta com a solidariedade e postura “heroica” da população, como a refilantropização do enfrentamento da “questão social”¹². Ademais, a falta de rede nacional torna-se um grande desafio, visto as dificuldades de competir por recursos e a limitação do impacto potencial de lutas e pressões políticas, como apontadas por Parker (1997).

No Governo Fernando Henrique Cardoso, houve alguns avanços em respostas ao HIV, como a Lei 9313, decretada em 1996 que garante o acesso gratuito à medicação necessária para o tratamento com antirretrovirais. Também nesse período, foi realizada uma ameaça aos norte-americanos com a quebra de patentes, em que se declarou que o Brasil não hesitaria em quebrar a patente dos medicamentos, caso os EUA continuassem irredutíveis na busca do lucro, não levando em consideração o adoecimento e mortes decorrentes do vírus. Porém, não foi necessária tal medida drástica, pois, como aponta Galvão (2002), no governo em questão, destaca-se a estimulação da produção nacional dos medicamentos.

No Governo Lula, com José Gomes Temporão à frente do Ministério de Saúde (2003-2011), houve marcos importantes e significativos no combate à epidemia. Em 2007, consubstanciou-se a quebra de patente com um importante medicamento utilizado para inibir a multiplicação do vírus, que era ofertado no Brasil com preço superior a outros países. O enfrentamento a grandes laboratórios fez com que Lula recebesse uma homenagem da ONU, em 2010, por ser considerada uma liderança transformadora.

Se não tiver com os preços justos, não apenas para nós, mas para todo ser humano no planeta que está infectado, temos que tomar essa decisão. Afinal de contas, entre o nosso comércio e a nossa saúde, vamos cuidar da nossa saúde (LULA, 2007).

¹² De acordo com Mably Trindade (2014), o conceito de questão social não é unívoco. Contudo, para a referida autora (idem), uma definição clássica, pertinente e lúcida – além de muito difundida no Serviço Social brasileiro e latino-americano – pode ser encontrada na obra “Relações Sociais e Serviço Social no Brasil” de Yamamoto e Carvalho (1995).

Além disso, o ex-presidente financiou a primeira fábrica de remédios, em que era destinada a produção de antirretrovirais em Moçambique, que era um dos países mais afetados pelo vírus e hoje ocupa oitavo lugar de maior prevalência¹³.

Ainda que a AIDS seja uma doença “democrática”, existem grupos com maior vulnerabilidade e exclusão no processo saúde-doença. Por consequência, foi implementado no dia mundial do combate a AIDS, em 2011, a política nacional de saúde LGBTQI+, cujo objetivo é atingir a maior equidade, integralidade e universalidade (princípios fundamentais do SUS), promovendo a saúde e visando eliminar os preconceitos institucionais e fomentar a produção de conhecimentos.

Dessa forma, enfrentar toda a discriminação e exclusão social implica em promover a democracia social, a laicidade do Estado e, ao mesmo tempo, exige ampliar a consciência sanitária com mobilização em torno da defesa, do direito à saúde e dos direitos sexuais como componente fundamental da saúde (BRASIL, 2013).

Apesar de evidências científicas a respeito do tratamento precoce, a medida só foi oferecida em 2013, no governo Dilma, lançado em seu programa denominado “Tratamento para Todos”, que oportunizou que a Terapia Antirretrovirais (TARV) fosse distribuída gratuitamente a todas as pessoas vivendo com HIV (PVHIV), independentemente da carga viral e do comprometimento do sistema imunológico. A medida foi fundamental para melhorar a qualidade de vida dos(as) usuários(as), quebrando a cadeia de transmissão, pois, quem tem a carga viral indetectável, não transmite o vírus.

Em seu governo foi decretada, também, a Lei Anti-discriminação (Lei de 12.984/2014), já mencionada anteriormente, que constitui crime punível as seguintes condutas: recusar ou segregar a inscrição ou permanência de aluno(a) em estabelecimento de ensino de qualquer grau ou curso; negar emprego; exonerar ou demitir de seu cargo ou emprego; divulgar a condição de pessoa vivendo com HIV/AIDS, com intuito de ofender; recusar ou retardar atendimento de saúde (BRASIL, 2014).¹⁴

¹³ <https://www.dw.com/pt-002/mo%C3%A7ambique-%C3%A9-dos-pa%C3%ADses-mais-afetados-pelo-hiv-sida/a17790563#:~:text=Um%20relat%C3%B3rio%20divulgado%20esta%20quarta,de%20novos%20casos%20no%20pa%C3%ADs. Acesso em 27 de maio de 2021.>

¹⁴ Informações disponíveis em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/ Ato2011-2014/2014/Lei/L12984.htm

Porém nesse período, houve retrocessos no campo da prevenção. O governo federal por pressão da bancada religiosa, censurou campanhas de conscientização (CARNEIRO, BBC, 24 de julho de 2012) e, infelizmente, freou projeto que visava a distribuição de kits contra a homofobia (conhecidos posteriormente, como “kit gay”)¹⁵.

Cabe destacar que, entre 2007 e 2017, houve um aumento de 700% de notificações de casos de HIV entre jovens de 15 a 24 anos e os motivos foram: o aumento exponencial do conservadorismo na sociedade, fazendo com que as campanhas de prevenção perdessem força, contribuindo, assim, para a perda de acesso às informações. Além disso, acredita-se que este aumento guarda relação direta com o fato de a juventude não ter vivenciado o momento inicial e mais avassalador da epidemia.

Atualmente, vemos que estamos na frente de um governo assumidamente conservador, homofóbico e fundamentalista religioso, e que anda em colisão com a Constituição Federal de 1988, cujo princípio é a universalidade, ao criticar publicamente o uso do dinheiro público para tratar “essa gente”, pois, “pegou porque quis” (Revista Fórum, 06 de fevereiro de 2020).

Ademais, em dezembro de 2020, o governo federal suspendeu os exames de genotipagem. Tal exame é realizado para saber qual a combinação dos medicamentos que será utilizada no tratamento, quando suspeita de mutação do vírus por não conseguir zerar a carga viral, sendo então vulnerável para infecções oportunistas. A genotipagem evita trocas desnecessárias de antirretrovirais e, assim, economiza custos. Importante destacar que pessoas com carga viral indetectável não infecta outras pessoas, freando, conseqüentemente, a linha de transmissão.

Em profundo descompasso com os princípios que regem um Estado laico – a educação sexual tem sido tratada cada vez mais como tabu; e a “abstinência sexual” é defendida, de maneira bastante equivocada e arbitrária, como método de prevenção e contraceptivo (Estadão, 06 de fevereiro de 2020).

Segundo a *Human Rights Watch* (HRW) (2020), há cerca de 150 projetos de lei – que foram aprovados ou tramitados – que proíbem a discussão sobre orientação sexual e

¹⁵ Segundo Trindade (2019), o “Programa Escola sem Homofobia” foi deturpado por fundamentalistas religiosos e, historicamente, menosprezado pelo atual presidente da República. Inserido, por sua vez, no “Programa Brasil sem Homofobia”, do Governo Federal, o “Escola Sem Homofobia” recebeu a nefasta alcunha de “*kit gay*” (uma mentira que virou verdade e foi exaustivamente utilizada na campanha eleitoral de 2018). De fato, o “Escola sem Homofobia” era voltado à formação de educadores e sequer tinha previsão de distribuição de material para estudantes.

identidade de gênero nas escolas. O Ministro da Educação, Milton Ribeiro (pastor), posiciona-se contra a educação sexual, pois, segundo ele, contribui para a “erotização das crianças”.

O travamento de campanhas de conscientização desencadeia prejuízos à prevenção e promoção de combate as ISTs, colocando o tratamento focado apenas na biomedicalização. Além disso, são reforçados valores morais que põem a sexualidade e a homossexualidade como “desvio de comportamentos”. Como exemplo, temos a fala do ministro da Educação do atual governo, em que, afirma que o “homossexualismo”¹⁶ é fruto de “famílias desajustadas” e não é normal. Com discursos e argumentos baseados em opinião, fanatismo religioso e preconceitos, advindas do “líder da Nação” e de seus ministérios ultra-conservadores, contribui -se para a volta cada vez mais gritante da relação entre promiscuidade e HIV.

¹⁶ A homossexualidade foi retirada há 30 anos do OMS da lista de doenças. “Homossexualismo” é um termo preconceituoso que remete a doença.

2. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES ACERCA DA PESQUISA DE CAMPO

Não há liberdade sem liberdade sexual. Há muitos anos entendi que viver transparentemente minha sexualidade significava exigir cidadania para todos (DANIEL, 1989).

Neste capítulo pretende-se fazer uma breve contextualização de como a sexualidade tem sido compreendida atualmente e as razões pelas quais o sexo e as discussões de gênero são tabus na sociedade. Será analisada, ainda, como a moralização e conservadorismo podem ser prejudiciais ao tratamento e a prevenção de ISTs e HIV/AIDS.

Todas essas questões apontadas aqui emergiram ao longo do trabalho de campo.

2.1 O Tabu da Sexualidade: especialmente na adolescência

De acordo com o dicionário informal¹⁷ a sexualidade é definida como impulso natural a todo ser vivo que nos movimenta na busca de um parceiro e referido a tudo que traz prazer. Foucault (1984), por sua vez, define o dispositivo da sexualidade como razão de ser e forma de controlar as populações de modo cada vez mais global, estando – tal dispositivo – ligado a relações de poder.

A sexualidade é o desejo de contato, calor, carinho ou amor. Isso inclui olhar, beijar, autoprazer e produção de orgasmo mútuo. Aspecto central do ser humano, que abrange o ato sexual, as identidades, os papéis sociais, a orientação sexual, o erotismo, o prazer, a intimidade e a reprodução, a sexualidade, também, é percebida através dos pensamentos, fantasias, desejos, opiniões, atitudes, valores, comportamentos, práticas e nos relacionamentos (FREITAS; DIAS, 2010).

Cano *et al* (2000) discutem sobre as mudanças a respeito da relação sexual por meio dos tempos. O relacionamento livre notado no começo da civilização foi se transformando em relação monogâmica, cujo objetivo era exclusivamente a reprodução, quando surgiram as primeiras propriedades privadas, para que os filhos seguissem a linhagem sanguínea da família e herdassem bens.

Para os gregos, a sexualidade também era regida pela função reprodutiva e a prática sexual entre dois homens, conhecida hoje como homossexualidade, era aceita com algumas restrições, como em fins pedagógicos e até que os jovens terminassem seus estudos. Nogueira *et al* (2016), assinala que tal prática era reprovada moralmente quando realizada por dois homens adultos e/ou quando tinham relação duradouras.

¹⁷ <<https://www.dicionarioinformal.com.br/sexualidade/>>. Acesso 31 de março de 2021.

O casamento era tratado apenas como negócio de família, no qual não era possível existir o prazer, pois, a renúncia ao prazer era preciso para ganhar o reino dos céus, visto que o casamento foi destinado para produzir uma descendência, para ser útil para cidade e para beneficiar o gênero humano (ARAÚJO, 2002).

A busca por prazer, portanto, configuraria uma mudança radical na finalidade do casamento. Logo, estaria infringindo a lei e indo contra a natureza (FOUCAULT, 1985, p. 179). Porém, na Europa, a partir do século XVIII, em um momento em que a sociedade vivia a ideologia da liberdade individual, tem-se a ideia de amor romântico e a sexualidade passa a ocupar um papel central dentro do casamento (ARAÚJO, 2002). O sexo une-se ao amor, assim, se tem a possibilidade da escolha do parceiro ideal e o amor romântico associa-se ao casamento e à maternidade (CANO *et al*, 2000).

Sabe-se que desde a era cristã a sexualidade tem sido concebida como algo potencialmente perigoso que, portanto, exige controle e traz castigos para quem infringe suas regras, o que contrasta e complementa a ideia de “descontrole” ou “rompimento de limites”, relacionada à adolescência e à juventude, fazendo com que a prática do sexo por adolescentes e jovens seja vista com receio (VILELA E DORETO, 2006), intensificando, por consequência, a repressão nas sociedades industriais (FOUCAULT, 1988).

De acordo com Becker (2003), o conceito de adolescência, como hoje é considerado, é muito recente, pois até o século XVII, a adolescência era confundida com a infância. A concepção de que entre a infância e a fase adulta existe um período intermediário, com características próprias, é hodierno. Sua emergência está relacionada às transformações ocorridas no último século e seus impactos na organização do trabalho e nos comportamentos reprodutivos (VILELA e DORETO, 2006).

Na literatura, a adolescência tem sido apresentada com enfoques e conceituações diversas, analisada do ponto de vista histórico, sociológico, psicológico, cronológico e biológico. Nesse sentido, a fase da adolescência é referenciada a um período de tempo no processo evolutivo do indivíduo, período caracterizado, tanto pela idade cronológica, como pelos processos biológicos, psicológicos e socioculturais, que definem tanto as particularidades individuais, como as particularidades de grupos de indivíduos de uma determinada sociedade (BORGES, 2004).

É bastante curioso que em pleno século XXI a sexualidade que atravessa a vida de adolescentes ainda seja, por vezes, tratada como tabu pela sociedade, como se adolescentes

não tivessem direito a uma vida sexual ativa ou fossem imaturos demais para geri-la. No seio de famílias conservadoras (sejam cristãs ou não), sexo é um assunto silenciado, proibido e quase “sujo”. Tratar a sexualidade de adolescentes e jovens desse modo interdito gera medo, ansiedade, baixa autoestima e, o mais sério, pavimenta um terreno fértil para gravidez na adolescência e ISTs, pois se a questão não é tratada de maneira objetiva, cuidadosa e pedagógica, a adolescência e a juventude ficam negligenciadas e reféns de desinformações.

Cumprir mencionar que no Brasil, em razão da colonização, a sexualidade foi influenciada pela doutrina de Portugal, seguindo os moldes de organização familiar e social. Em defesa da família patriarcal, o prazer sexual fora do casamento era permitido apenas para os homens brancos com prostitutas e mulheres pobres ou para iniciação da vida sexual dos meninos, como aponta Cano *et al* (2000). Sobre essa questão, é importante destacar que o Brasil, ainda que se intitule como um país laico, tem uma ideologia cristã muito marcante. Assim sendo, a Bíblia tem grande influência na sociedade:

Quando também um homem se deitar com outro homem como com mulher, ambos fizeram abominação; certamente morrerão; o seu sangue é sobre eles.
Levítico 20:13

Da mesma forma, os homens também abandonaram as relações naturais com as mulheres e se inflamaram de paixão uns pelos outros. Começaram a cometer atos indecentes, homens com homens, e receberam em si mesmos o castigo merecido pela sua perversão. Romanos 1:27

Não erreis: nem os devassos, nem os idólatras, nem os adúlteros, nem os efeminados, nem os sodomitas, nem os ladrões, nem os avarentos, nem os bêbados, nem os maldizentes, nem os roubadores herdarão o reino de Deus.
1 Coríntios 6:10

Ficarão de fora os cães e os feiticeiros, e os que se prostituem, e os homicidas, e os idólatras, e qualquer que ama e comete a mentira. Apocalipse 22:15

Como se observa, o cristianismo afirma que a sexualidade aceitável é fruto de uma relação matrimonial, focada principalmente na reprodução. Em se tratando da atual conjuntura que a sociedade brasileira atravessa, com fortes discursos religiosos e conservadores, parece que o país mergulhou quase numa teocracia.

Consequentemente, as religiões, principalmente a cristã, ainda caracterizam a epidemia de Aids como algo relativo à moral e as campanhas de prevenção seria um incentivo ao sexo “desregrado” (GALVÃO, 2000). Ainda que a atividade sexual rígida seja um preceito anterior ao cristianismo e à antiguidade tardia, Foucault (1984) destaca a forte influência que toda a hierarquia religiosa coloca o sexo como pecado severo, tornando-se um obstáculo para a não educação sexual e a não oferta de política de redução de danos.

Seguindo os moldes de uma política de saúde higienista, no século XIX as práticas sexuais passaram para os domínios da ciência, supostamente neutra, e não mais da religião. O corpo dos cidadãos tornou-se objeto de preocupação do Estado (TRINDADE, 2014), reafirmando a heteronormativa a única prática funcional da sociedade (MOREIRA, 2012).

Nessa esteira, Foucault (1984, p. 40) assevera:

Em termos de repressão as coisas são ambíguas: teremos indulgência, se pensarmos que a severidade dos códigos se atenuou consideravelmente, no século XIX, quanto aos delitos sexuais e que frequentemente a própria justiça cede em proveito da medicina; mas teremos um ardil suplementar da severidade, se pensarmos em todas as instâncias de controle e em todos os mecanismos de vigilância instalados pela pedagogia ou pela terapêutica

Por consequência é possível concluir que todas as atividades sexuais que não tinham como objetivo a reprodução foram consideradas promíscuas, nas quais a prática de “sodomia” até 1830 era considerada crime punível com a morte. Somente depois de algumas décadas a homossexualidade saiu do território jurídico – onde homossexuais eram julgados como culpados por transgredirem a norma –, sendo transferida para o campo psiquiátrico, terreno onde homossexuais eram considerados doentes e que precisavam ser curados.

Pelúcio (2007) contextualiza o momento em que a AIDS eclode com um discurso alarmista e uma forte associação a homossexuais, prostitutas e a todo grupo considerado promíscuo e de risco. O Estado é convidado a vigiar os corpos e seus prazeres, a moralização das sexualidades desviantes, para, assim, reforçar a ideia de que se determinados grupos sociais praticassem o “bom sexo”, o “sexo doméstico”, “normal” estariam em menos riscos de contrair o vírus, e conseqüentemente, livres da morte.

A referida autora (2007, p.134) pontua, ainda, as violências sexuais a que as mulheres são acometidas desde o início de suas vidas, não estando protegidas do vírus sob o manto do casamento, pois homens heterossexuais que têm relações extraconjugais são verdadeiros riscos às mulheres casadas.

Nessa direção de proibicionismos, preconceitos e estigmas falar de sexualidade ainda implica em muitos tabus. Logo, é importante lembrar a rejeição ao já mencionado projeto Escola Sem Homofobia¹⁸ como exemplo de retrocessos nessa área. Lançado pelo governo federal em 2004 e cujo objetivo era educar os(as) estudantes a respeito de gênero e sexualidade, tal programa foi barrado em 2011, apresentando um retrato do impasse da educação sexual nas escolas.

¹⁸ Disponível em <https://novaescola.org.br/conteudo/84/conheca-o-kit-gay-vetado-pelo-governo-federal-em-2011>. Acesso 07 de dez de 2020.

Relembremos, ainda, as eleições de 2018, permeadas de narrativas contra o Projeto, com acusações infundadas de uma suposta “ideologia de gênero” e oferta de “kit gays” nas escolas, “ameaçando” a ordem natural da família (CÁRDENAS; MAKSUD, 2020) e “incentivaria o *homossexualismo*” (grifos para destacar o sufixo “ismo” que coloca a sexualidade como doença).

O atual Ministro da Educação do governo de Bolsonaro (um de muitos que já passaram pela referida Pasta), Milton Ribeiro, defende que gênero não deveria ser discutido nas escolas, pois, é “perda de tempo” e favorece a “erotização das crianças”. Afirma em sua narrativa falaciosa e despida de conhecimento científico sobre o tema, que as pessoas que “optam” pelo “homossexualismo”, em sua maioria, vêm de “famílias desajustadas”¹⁹.

Por conseguinte, em setembro de 2020 existiam cerca de 150 projetos de lei que proíbem a discussão sobre orientação sexual, identidade de gênero ou opiniões políticas nas escolas, aprovados ou tramitando no Congresso e nos legislativos estaduais e municipais (HRW, 2020)²⁰, colocando em evidencia o proibicionismo de um assunto essencial para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e de questões que geram preconceitos e estigmas, afetando diretamente estudantes LGBTQI+.

Para Trindade (2019, p.254):

(...) o fundamentalismo religioso – e agora com seus tentáculos obscurantistas alcançando o Palácio do Planalto – pretende excluir das escolas qualquer discussão a respeito de gênero e sexualidade. Tal exclusão significa enorme retrocesso na luta contra as desigualdades de gênero, a homofobia, a transfobia e outras formas de discriminação, na medida em que a ignorância é um dos pilares de sustentação dos preconceitos.

De fato, provocando o medo e a insegurança das famílias sobre a possibilidade de um de seus membros escapar dos padrões compulsórios de heteronormatividade, conservadores e religiosos pretendem, simplesmente, impedir qualquer debate nas escolas envolvendo orientação sexual e identidade de gênero. Nesse sentido, vende-se a ideia de que, no que diz respeito à sexualidade, há um único comportamento normal, desconsiderando por completo a diversidade de afetos e formas de relacionamento (TRINDADE, idem).

¹⁹ Disponível em: <<https://g1.globo.com/educacao/noticia/2020/09/24/ministro-da-educacao-diz-que-gays-vem-de-familias-desajustadas-e-que-acesso-a-internet-nao-e-responsabilidade-do-mec.ghtml>>. Acesso em 25 de fevereiro de 2021.

²⁰ <<https://www.hrw.org/pt/world-report/2021/country-chapters/377397>>. Aceso em 24 de fevereiro de 2021.

2.2 A Pesquisa de Campo

Como mencionado anteriormente, foi realizada uma pesquisa semiestruturada com 18 voluntários(as) por meio da plataforma Google *Forms*, que permite o anonimato dos(as) participantes e, com isso, possibilitou maior fidelidade nas respostas.

A referida pesquisa tem por objetivo analisar como tem sido realizada a prática sexual na atualidade, sendo estruturada em três seções de análise:

Seção 1: Idade, Escolaridade, Gênero e Raça;

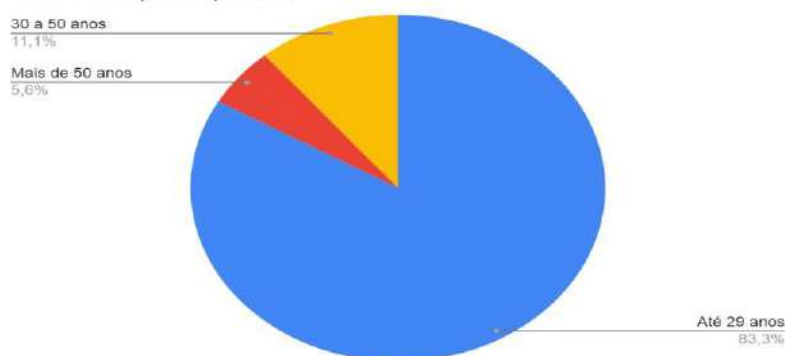
Seção 2: Prevenção e

Seção 3: Testagens para HIV/AIDS.

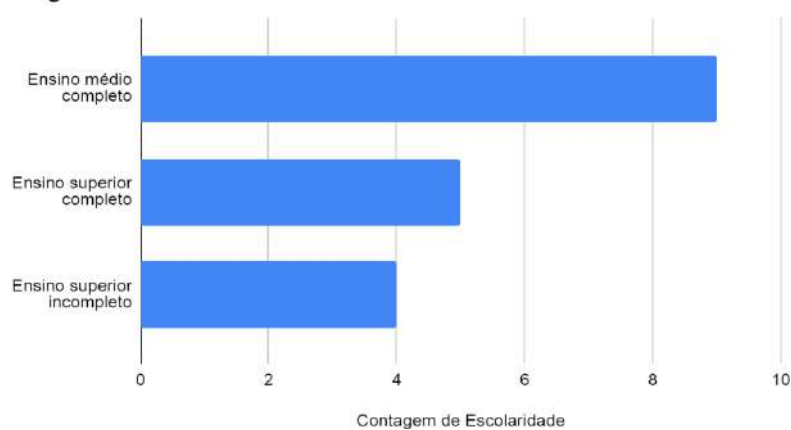
Foram criados os gráficos abaixo para melhor visualização dos dados:

Seção 1: Idade, Escolaridade, Gênero e Raça dos(as) participantes:

Idade dos participantes

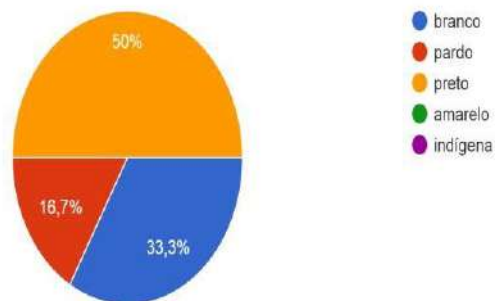


Contagem de Escolaridade

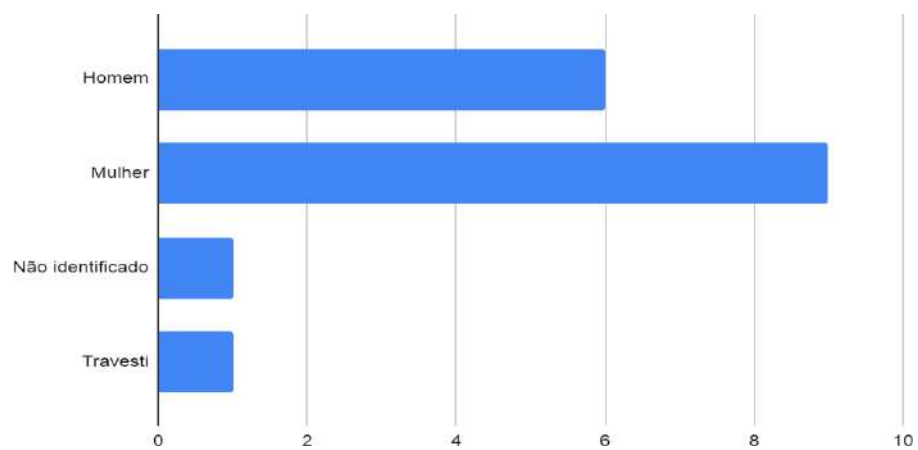


Qual a cor que você se identifica?

18 respostas



Sobre o gênero:

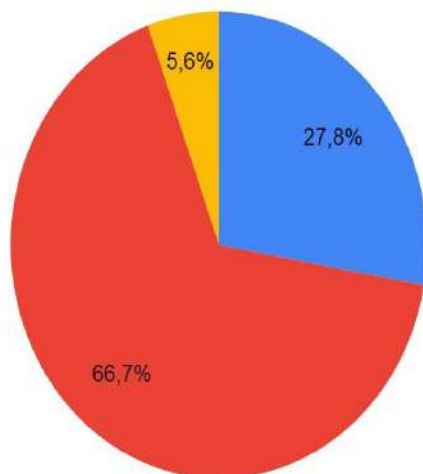


Seção 2: Prevenção

Tipo de relação sexual que tiveram em 12 meses:

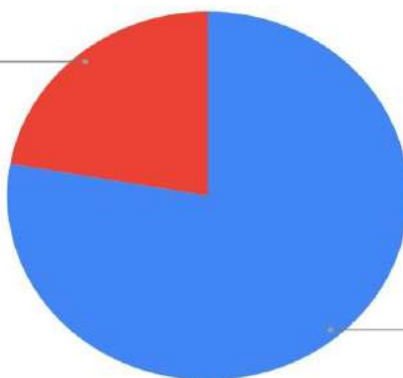
Tipo de relação em 12 meses

● Bissexual ● Heterossexual ● Homossexual



Contagem de Proteção em todas as relações sexuais em 12 meses

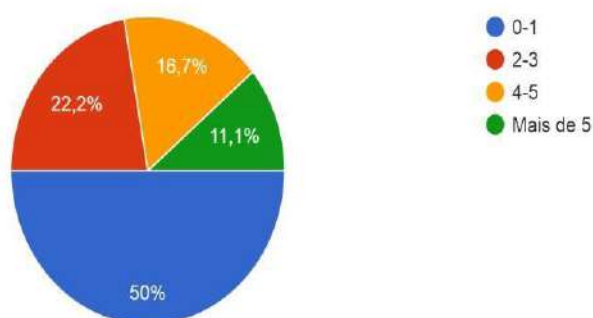
Sim
22,2%



Não
77,8%

Parceiros sexuais nos últimos 12 meses

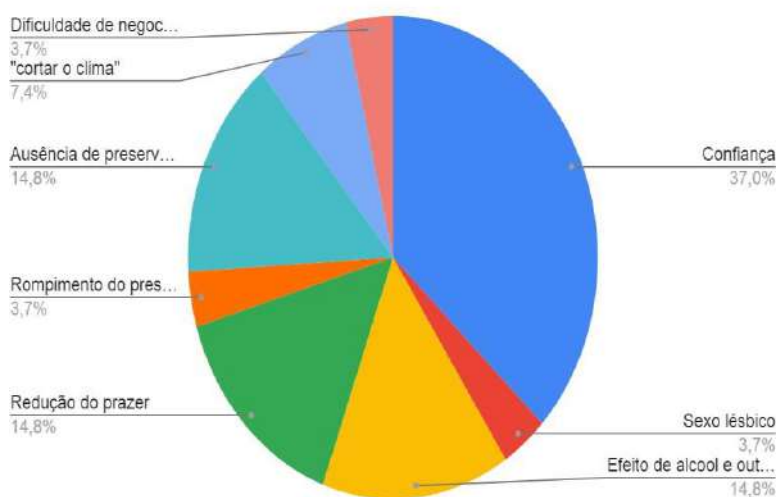
18 respostas



Apesar da acessibilidade e das informações propagadas acerca do uso do preservativo externo (conhecido como camisinha masculina), a pesquisa mostra que o mantra “use camisinha” não é e nunca foi suficiente, como apontado por Parker (2016) e não dialoga com promoção dos direitos humanos (BRASIL, 2018).

Dentre os motivos do não uso estão:

Motivos da não adesão do preservativo



Por diversos relatos como incômodo no uso do preservativo externo ou, por haver preocupação apenas com a gravidez (fazendo uso de outros métodos contraceptivos pílula, injeção, DIU e etc.), acham desnecessário o uso da camisinha, desconsiderando a prevenção de HIV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). Em relações conjugais monogâmicas, centralizadas na ideologia da fidelidade, o não uso de preservativo mostra-se ainda mais evidente.

Nessa esteira Barbosa e Lago (1997) asseveram:

Um breve olhar em nosso passado recente nos indica que essa forma de conceber o planejamento familiar contribuiu para a introdução de uma cultura contraceptiva, que se mostra hoje extremamente perversa do ponto de vista das mudanças de comportamento sexual exigidas pela epidemia de AIDS, já que acabaram por desestimular o uso de contraceptivos capazes de promover a negociação sexual e a divisão das responsabilidades por evitar filhos entre parceiros sexuais, como é o caso de método de barreira (p. 170 e 171).

Barbosa e Lago (idem) apontam, ainda, que o planejamento familiar é vinculado a uma demanda feminina e os serviços relacionados às ISTs a uma demanda masculina, portanto, deve-se haver uma integração dessas atividades e Parker (1997), sinaliza que a ênfase em métodos anticoncepcionais que evitam a necessidade de negociação entre parceiros deveria ser avaliada.

Sobre “cortar o clima” como um fator para a não prevenção, fica evidente que a interrupção da atividade sexual para a colocação do preservativo pode significar redução do prazer, por interromper a espontaneidade do momento. Madureira (2007) explica baseado em sua pesquisa

‘Perder o clima’ em um encontro sexual é um risco oferecido pelo preservativo e sugere que as relações acontecem em um crescendo, onde a passagem de beijos e carícias para a penetração ocorre ‘naturalmente’ e não deve sofrer interferências de qualquer tipo. A interrupção da interação homem-mulher para propor o uso do preservativo expõe o homem ao risco de perder a oportunidade de manter uma relação sexual, o que seria incompatível com uma determinada maneira de ser homem.

Contudo, estas questões todas não devem (ou não deveriam) justificar o não uso de preservativos que podem salvar vidas. Há, também, um componente de machismo muito grande nessas “justificativas” porque não é dada à mulher a liberdade de escolha. Observou-se nesta pesquisa que apenas homens questionam a utilização da camisinha e não as mulheres.

Sobre a dificuldade de negociação com o parceiro, é preciso refletir acerca do preservativo externo como o mais acessível e mais divulgado. As mulheres por estarem inseridas em relações que o machismo tem forte dominância de seus corpos, a negociação do uso de preservativos com seus parceiros mostra-se um enorme complicador para a prevenção das mulheres, pois, o poder da prevenção é determinado por homens.

Por sua vez, a não adesão de prevenção em sexo lésbico é resultado da invisibilidade, preconceito e ignorância da saúde sexual de mulheres lésbicas, não sendo, assim, possível a transmissão de ISTs, para o senso comum. Todavia, como destaca Dal Santo e Zambenedetti (2021). É preciso que haja informações adequadas para este grupo, recomendando o uso de camisinhas em brinquedos sexuais e realização de testes de maneira frequente.

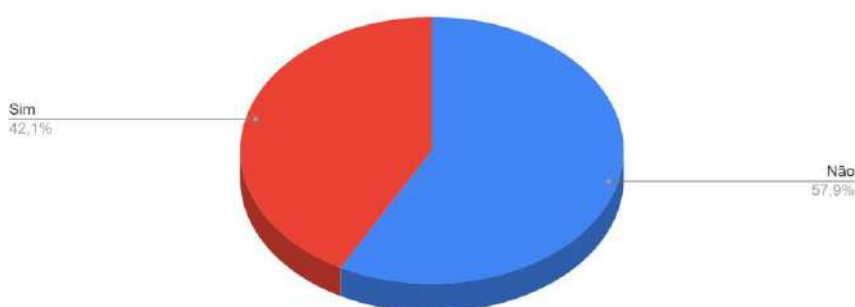
Como observado no gráfico, há casos de rompimento do preservativo. Com isso, a informação acerca do gel lubrificante à base de água e a sua distribuição são necessárias, pois, age diminuindo o atrito no ato sexual e, conseqüentemente, a possibilidade de microlesões mucosa do ânus, vagina ou pênis, que são portas de entrada para microrganismos responsáveis pelas ISTs, além do HIV²¹. Ademais, se usado sozinho, apresenta um caráter de redução de riscos²².

Sobre a questão do método biomédico prevenção para de HIV, é notado um desconhecimento de uma parcela dos(as) entrevistados(as). Ainda que pessoas jovens sejam classificadas como vulneráveis para HIV e outras ISTs e mais de 80% dos(as) entrevistados(as) estejam inseridos(as) nesse grupo, foi relatado que nenhum participante fez ou faz o uso do PrEP²³ como aliado da prevenção.

Um dos motivos para a não adesão do preservativo foi o uso de álcool e outras drogas, mesmo não havendo relação de dependência, pois muitas vezes isto leva ao relaxamento em relação aos métodos de prevenção (BRASIL, 2018). Ainda sobre essa questão, é possível destacar que de acordo com MS (2017), esse público também possui vulnerabilidades aumentadas. Com isso, é preciso que haja maior divulgação e oferta de possibilidades, além do preservativo externo.

Seção 3: Das testagens para HIV e outras ISTs

Realização da testagem no último ano



²¹ <<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/istaids/index.php?p=245395>>. Acesso em 18 de fevereiro de 2021.

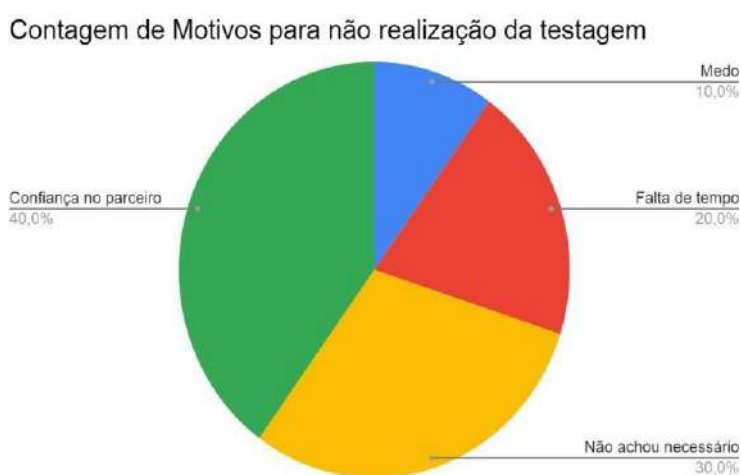
²² <<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/istaids/index.php?p=245395/>>. Acesso em 18 de fevereiro de 2021.

²³ A discussão sobre o PrEP será feita no tópico a seguir.

Dentre os(as) 18 participantes, apenas um obteve o diagnóstico positivo para alguma IST. A testagem deve ser um aliado na prevenção. Com isso, é fundamental que haja maior incentivo a campanhas de testagem.

De acordo com a presente pesquisa, pouco mais de 40% tiveram acesso à testagem e um dos maiores motivos é por acreditar que não estão em risco, mesmo que tenha a relação sexual sem proteção, como mostra o gráfico abaixo. A ênfase em apenas um determinado grupo, ainda hoje, faz com que as pessoas que estão deste “grupo de risco” acreditem que não podem ser contaminadas, deixando de lado o cuidado da prevenção do HIV.

É importante que campanhas preventivas e programas de prevenção salientem que todos(a) que não tenham relação sexual protegida, inclusive pessoas que estão em relação monogâmicas estáveis, estão em risco de contrair o vírus, porém, em níveis diferentes, de acordo com a vulnerabilidade e com a fragilidade social.



O teste é essencial para diminuir o índice de infecção e mortes por AIDS, seja pelo diagnóstico precoce, possibilitando o tratamento na fase inicial e para pessoas que testaram negativos garantindo o serviço de prevenção adequado e eficaz²⁴. Porém, observando o gráfico acima, percebe-se que a testagem não é realizada por parte dos(as) entrevistados(as). A adaptação na oferta e divulgação acerca da importância dos testes rápidos oferecidos na atenção básica de saúde seriam formas de ampliação da prevenção.

²⁴ <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2019-12/oms-faz-recomendacoes-de-testagem-para-ampliar-cobertura-do-tratamento>>. Acesso 09 de maio de 2021.

2.3 Sobre as Possibilidades de Prevenção Sexual

Segundo o Boletim epidemiológico 2020, foram registrados mais de 41 mil novos casos de HIV no ano de 2019, que confirmam a não eficácia do método de prevenção por conta da falta de uso do preservativo, sob diversos argumentos já apontados no tópico acima. Portanto, é necessário entender que o investimento deve ir além do preservativo externo e ampliar a conscientização coletiva, com novas estratégias e ferramentas, a fim de pensar acerca da prevenção do HIV e outras ISTs.

Ao falar de prevenção sexual, deve-se entender que é muito além da ciência, é sensibilidade ao fazer políticas públicas, levando em conta a complexidade social. A tentativa de simplificar e moralizar medidas preventivas tem sido devastadora e insustentável para enfrentamento do HIV e outras ISTs.

Há que saber que a prática sexual é algo normal e saudável, e ao ser tratada como tabu e/ou algo errado, dificulta-se a socialização de informações e, assim, a adesão da sociedade para métodos preventivos. Logo, não apresenta eficácia o apoio a medidas incabíveis, como a abstinência sexual, por exemplo, que é defendido por Jair Bolsonaro e a ministra da Mulher, Família e Direitos Humanos como medida preventiva a IST e a gravidez precoce.

A educação sexual tem que ser vista como medida essencial, pois, de acordo com a UNESCO (2009)²⁵, a educação em sexualidade fornece oportunidades para explorar os próprios valores e atitudes, bem como construir habilidades de tomada de decisão, comunicação e redução de riscos sobre muitos aspectos da sexualidade. É necessário, também, campanhas de prevenção ao HIV sempre e não apenas em datas como carnaval e no Dia Mundial da Aids e, obviamente, para toda a população.

Importante pensar em uma estratégia para que tenha comunicação a respeito da infecção do vírus. Ao fazer isso, deve-se levar em conta a vulnerabilidade encontrada em diversos grupos sociais como a população chave da prevenção de HIV, que são segmentos populacionais que possuem vulnerabilidade por interferência de fatores estruturantes da sociedade e comportamentais.

²⁵ United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO), UNAIDS, United Nations Population Fund (UNFPA), United Nations Children's Fund (UNICEF) and WHO. International technical guidance on sexuality education. Volume I. Paris: UNESCO, 2009.

Homens que fazem sexo com homens (HSH)²⁶, pessoas trans, pessoas que usam álcool e outras drogas, pessoas privadas de liberdade e trabalhadores(as) do sexo e população prioritários que são a população que possuem vulnerabilidade aumentadas devido a situação de vida ou contextos históricos, sociais e estruturais e aspectos transversais não podem ser os únicos alvos de campanhas de prevenção.

Nesse sentido, deve-se ter o cuidado para não haver marginalização de certos grupos sociais e não apenas com a focalização dos chamados “grupo de risco”, mas, comunicando a todo o público, principalmente, as pessoas que estão em relação afetiva estável, pois, elas se sentem mais protegidas em relação ao HIV e acabam negligenciando o uso de preservativos e pondo em xeque a própria saúde.

A prevenção combinada²⁷ para o HIV e outras ISTs, são estratégias que objetivam a disponibilização de diferentes combinações para a prevenção por meio de intervenção biomédicas, comportamentais e estruturais (BRASIL, 2019). Como a distribuição de preservativos, a ação educativa e a promoção de testagem visam à autonomia do usuário, focando na garantia da promoção de um sexo seguro principalmente em jovens com idade de 20 a 24 anos que continuam em disparidade de novos casos.

Os comportamentos de risco colocam os jovens como vulneráveis ao vírus. A impulsividade é marcada nessa faixa etária, expondo os jovens como um grupo altamente vulnerável. Visto isso, é válido perceber que, por mais que haja inúmeras propagandas midiáticas sobre o benefício do uso de preservativos, a realidade não é essa, principalmente quando há consumo de álcool e outras drogas antes da relação sexual, pois, há diminuição do poder do raciocínio e aumento da libido sexual (SALES *et al*, 2016).

Os jovens são distintos entre si e lidam com a sua sexualidade de forma diversa. O uso do preservativo é o oposto da espontaneidade que se costuma atribuir ao sexo e à juventude. Assim, o estímulo ao uso do preservativo deve incluir a dimensão do erotismo e da praticidade, não apenas o medo (VILLELA E DORETO, 2006).

As dificuldades acerca da prevenção são notadas visto que as ações de prevenção são centradas apenas no público masculino, deixando-os como protagonista do poder e decisão, enquanto a campanha de prevenção das mulheres é focada apenas contracepção. Portanto, a prevenção deve-se ser pensada nessa transferência de poder na hora de tomar uma decisão.

²⁶ Refere-se a qualquer homem que faz sexo com homens, ainda que não se identifiquem como bissexual ou homossexual. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2015/08/24/sociedad/1440425476_656178.html>. Acesso em 11 de junho de 2021.

²⁷ Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/prevencao-combinada/o-que-e-prevencao-combinada>>. Acesso em 26 de novembro de 2020.

Villela e Doreto (2006) explicam que nos encontros eróticos existe a relação de poder mediada pelo gênero, pela classe social ou pela diferença de idade e quem detém o poder tem mais chance de “garantir” o uso do preservativo, como também de não aceitar seu uso.

Nessa esteira, deve-se pensar sobre a importância de informações acerca da camisinha interna (conhecida como camisinha feminina) na prevenção de IST e gravidez indesejada. Porém, a camisinha interna é pouco divulgada, pouca gente conhece e/ou não sabe usar. É preciso que haja maior divulgação acerca do preservativo interno e maior distribuição.

Os dados do Ministério da Saúde (2017) que apontam, por exemplo, a distribuição de 10 milhões de camisinhas internas, enquanto isso, foram distribuídas 370 milhões de camisinhas externas, isto é, a distribuição ainda ocorre de forma tímida e racionada (ainda que o programa de distribuição tenha mais de 20 anos) ou quando pertencentes a algum grupo social específico (profissional do sexo e gestantes) (KNAUTH et al, 2020).

Para pensar na prevenção feminina, é necessária a abrangência sobre as campanhas preventivas para todo público, somada a maior oferta e informações sobre a camisinha interna. Ela oferece uma maior autonomia às mulheres, pois, não precisa entrar em negociação com parceiro podendo ser inserida até 8 horas antes da relação e permitindo a não “quebra do clima”.

Ainda sobre métodos preventivos biomédicos, tem a disponibilidade de prevenção medicamentosa, como a PEP, que funciona como maneira remediada: São utilizados medicamentos antirretrovirais para diminuir o risco de infecção em pessoas que tiveram em situação de risco em exposição ao vírus, seja por violência sexual, relação sexual desprotegida e acidente com instrumentos cortantes ou contato direto com o material biológico.

Já a PrEP são medicamentos antirretrovirais que trabalham impedindo que o vírus do HIV se instale no organismo. Quem pode ter acesso são HSH e gays, travestis, profissionais do sexo e pessoas que têm relação sexual com alguém que tenha o vírus. Porém, deve-se analisar se as informações sobre o PrEP e o acesso chegam no público alvo do programa.

De acordo com o painel de monitoramento²⁸, gays, brancos e com ensino superior são prevalência na adesão medicamentosa, enquanto travesti e com baixa escolaridade são as menos usam o PrEP como método preventivo, ainda que componha o grupo de vulnerabilidade, sendo inseridas, muitas vezes, no ramo da prostituição. Segundo dados do

²⁸ <<http://www.aids.gov.br/pt-br/painel-prep>>. Acesso em 28 de janeiro de 2021.

Ministério da Saúde, 2018, mais de 90% das pessoas trans estão na prostituição, por ter poucas opções no mercado de trabalho²⁹, sendo expostas a maior violência e exclusão social.

Um dos fatores é a falta de informação a respeito desse método, além disso, a transfobia sofrida quando ocorre a procura por acesso, como não ter respeitada o seu nome social³⁰, é outro fator para a não ampliação da medicação para a proteção nesse grupo.

Enquanto homens brancos de classe média que se identificam como gays talvez estejam, de fato, deparando-se com situação de vulnerabilidade à AIDS menor que no passado, o mesmo provavelmente não é verdade para o travesti jovem, negro, da periferia suburbana (PARKER; CAMARGO JR., 2000).

Contudo, ampliação da PrEP e PEP fica implicada pelos discursos pontuais de medidas que serviriam apenas “só para os gays transar sem camisinha”, sem considerar o problema central. Para a prevenção dar certo não deve ser imposta. Ela tem que ser ofertada, dando ao usuário autonomia, para que seja escolhida e combinada de acordo com seu estilo de vida, sem causar prejuízos à qualidade sexual, pois, falar de sexo protegido, não deve ser deixado de lado o prazer³¹.

Ainda que se tenha diminuído consideravelmente, é preciso pensar, também, em maneiras de prevenção a Transmissão Vertical, ou seja, de mãe para filho(a). Para isso, deve-se realizar a testagem logo na primeira consulta do pré natal, no início do terceiro trimestre e no momento do parto. Se positivo, há de levar em consideração o momento difícil para descoberta do diagnóstico, pois, a expectativa para chegada da criança pode ser substituída por medo, culpa e raiva, se inserida em um relacionamento monogâmico.

Com isso, de acordo como Manual de Adesão (2008), a escuta, orientação acerca do tratamento e cuidados e o apoio emocional são primordiais. Ademais, o antirretroviral tem que ser utilizado na mãe em todo período gestacional e na criança exposta logo após o nascimento somado do acompanhamento mensal e, pelo menos, bimestral a partir do primeiro ano de vida (BRASIL, 2019).

Para as mulheres que vivem com HIV, a equipe tem que compreender primeiramente que a mulher tem vontades e desejos da maternidade e é assegurada pelo direito reprodutivo, de acordo com o Ministério da Saúde (2019).

Com isso, para garantir a autonomia do querer ter filhos, deve-se discutir nos atendimentos, se quer ou não ter filhos, para assim, planejar sua concepção, proporcionando

²⁹ <<https://www2.ufjf.br/noticias/2020/01/29/visibilidade-trans-dia-nacional-marca-reivindicacao-por-cidadania/>>. Acesso 29 de maio de 2021.

³⁰ <<https://exame.com/brasil/brasil-arrisca-retrocessos-no-combate-ao-hiv-aids-onde-ja-foi-referencia/>>. Acesso em 18 de fevereiro de 2021.

³¹ Disponível em <<https://revistageni.org/12/otesaoimporta/>>. Acesso em 26 de novembro de 2020.

as formas mais seguras e analisando sobre as terapias disponíveis para permitir a maternidade, além da informação clara dos procedimentos, oferecendo testagens as parcerias sexuais, para que, se positivo, possa realizar o devido tratamento, buscando a carga viral indetectável. É possível destacar que quando há diagnóstico precoce e com os devidos cuidados no momento do pré-natal, parto e amamentação, o risco da transmissão vertical é reduzido para menos de 2% (BRASIL, 2019).

A infecção do HIV pode ocorrer, também, por compartilhamentos de seringas e outros objetos cortantes, logo, é preciso pensar sobre a respeito da importância da política de redução de danos, que busca reduzir os prejuízos para quem faz uso de aplicação de hormônios e de drogas injetáveis, sendo assim, é disponibilizado kits com seringas e agulhas individuais.

Até 2020, os usuários de drogas injetáveis (UDI) somaram mais de 60 mil casos que contraíram o HIV. Segundo Marchesini *et al.* (2007), uma das causas é a reutilização do material injetável. Isso ocorre, pois, no momento do uso, não tinham seringas próprias.

Além disso, sabe-se que quando as pessoas estão sobre efeito do álcool e outras drogas, o poder do raciocínio é diminuído, logo, é outro fator de risco se houver relação sexual pós uso de drogas, então a pessoa fica vulnerável duas vezes: uma pelo compartilhamento de seringas e outra pela relação sexual desprotegida, como já abordado anteriormente.

Silva *et al.* (2007) aponta a vulnerabilidade e a exclusão social dos UDI. Mais que a política de prevenção e acesso a tratamentos psicológicos, deve-se ofertar políticas públicas básicas de aspecto social, como acesso a trabalho e moradia. Não cabe aqui a discussão sobre o porquê do uso de drogas, porém, para que possamos efetivar a prevenção, é necessário de antemão garantir a cidadania do usuário.

Nesse sentido, a prevenção deve-se além da imposição do uso de camisinha, atentar para o uso de agulhas compartilhadas. É preciso, também, falar sobre a não acessibilidade nos serviços de saúde e outros serviços sociais da população trans, que pode ser devido à exclusão social, falta de cidadania, visto que, há muitas pessoas trans ainda com baixa escolaridade, tendo muitas vezes o trabalho sexual como a sua única opção de renda, como já apontado acima e por conta da discriminação, estigma e o não respeito ao nome social.

Pelúcio (2007), em sua tese, descreve as recomendações preventivas de caráter disciplinadores e moralizantes do uso do silicone líquido. O não acompanhamento da recomendação com uma política de saúde que entenda os seus desejos e seu processo

transexualizador que permite o acesso delas serem menos constrangedor às próteses cirúrgicas.

E sobre isso, a autora (*idem*, p. 135) problematiza:

Os que as coloca em permanente “risco” não é uma doença que pode levar até dez anos para se manifestar, mas a dor do estigma que as expulsa de casa, fecha a porta da escola e, conseqüentemente, restringe as possibilidades no mercado de trabalho. Essa constante abjeção restringe suas vidas ao competitivo mercado do sexo, à noite e às esquinas.

Os fatores econômicos, incluindo o racismo, a homofobia, a transfobia, o estigma e a falta de acesso a serviços de saúde aumentam as vulnerabilidades e as barreiras aos serviços e programas de prevenção para o HIV. Devem considerar, ainda, a baixa procura por serviços sociais e de saúde das profissionais do sexo e usuários de drogas, por medo da criminalização e do tratamento compulsório (UNAIDS, 2015).

É necessário que haja ações direcionadas a esse grupo da sociedade com foco na política de redução de danos, com visão realista de que algumas pessoas não conseguem ou não querem parar com o uso de substâncias psicoativas ilícitas (BRASIL, 2008).

A prevenção é complexa, por isso, como mencionado anteriormente, é preciso deixar de lado posturas moralizantes e julgamentos para pensar em políticas de prevenção que garantam a autonomia do usuário e considere o grau de vulnerabilidade que se encontram. Para assegurar a efetividade da política de prevenção, é necessário que primeiramente haja uma análise de forma ampla das condições afetivas e sociais como acesso ao emprego, moradia, cultura, educação e lazer de cada usuário, pois, saúde e o social são inerentes.

A epidemia de HIV/Aids afeta pessoas de acordo com as complexidades sociais que estão acometidas, como a transfobia, o racismo, a pobreza e pessoas que têm o abuso de álcool e outras drogas.

Não obstante todos(as) que praticam relação sexual sem proteção serem suscetíveis a se infectar, é preciso considerar as problemáticas de diferentes grupos sociais, sejam por conta da frequência que se coloca em situação de risco, por conta do uso de álcool e outras drogas e/ou impulsividade do momento, sejam porque estão excluídas do acesso à saúde e outros direitos sociais, para assim, poder pensar acerca das políticas da prevenção sexual de maneira interseccional.

Estima-se que mais de 130 mil pessoas vivem com HIV e não sabem³², portanto, a promoção da testagem em massa, incentivando o exame como rotina e auto-testes, agindo

³² Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2019-11/ministerio-da-saude-135-mil-convivem-com-hiv-no-pais-e-nao-sabem>>. Acesso em 26 de novembro de 2020.

concomitantemente com informação e oferta de acesso ao tratamento, faz-se necessário, pois, essa medida possibilita o diagnóstico precoce e, conseqüentemente, contribui para a quebra de transmissão, visto que a pessoa que vive com HIV (PVHIV) que adere ao tratamento e mantém a sua carga viral indetectável, isto é, o HIV diminuído no organismo, o nível de transmissão é improvável.

Além da melhora da qualidade de vida do usuário, pois, diminui a chance de infecções por doenças oportunistas, acarretando na diminuição de internação e taxa de mortalidade. O diagnóstico tardio da infecção está diretamente relacionado a uma oportunidade perdida de tratamento e um pior prognóstico.

3. ACOLHIMENTO E ATENÇÃO ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS

(...) o maior sofrimento porque passam é o que decorre do preconceito. É não poder ser apenas um doente, é ter que ser estigmatizado, um “aidético”. É o medo das, muito frequentemente, invisíveis pressões sociais (o pior preconceito nem sempre é a discriminação direta). É o pânico de não poder ter mais vida sexual e afetiva. É a constante presença de pessoas que parecem estar segurando a alça do seu caixão. É a invisível rede de opressões criadas pelo círculo familiar, às vezes por médicos, padres, até amigos (DANIEL, 1989).

3.1 Reflexões de uma Estagiária

A minha experiência, enquanto estagiária, no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), no setor de enfermaria da DIP (Doenças Infecciosas e Parasitárias), espaço onde permaneci por dois períodos foi muito profícua e rica de inúmeros aprendizados.

O HUCFF³³ realiza atendimento de média e alta complexidade e desenvolve ações como assistência à saúde da população usuária, formação de profissionais e pesquisa científica, realizando atendimentos ambulatoriais, exames, cirurgia e transplantes.

A atuação do(a) Assistente Social do setor caracteriza-se pela identificação das condições de vida dos(as) usuários(as) por meio da entrevista social realizada nas enfermarias, destacando, também, os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença e, assim, orientando sobre direitos previdenciários, transporte, rotinas que interligam os setores, questões jurídicas, dentre outros aspectos que envolvem o cotidiano dos atendimentos.

Ademais, o Serviço Social faz um excelente trabalho de socialização de informações aos indivíduos de diferentes segmentos sociais no sentido de acionar recursos internos e externos, possibilitando o exercício da cidadania, promoção da educação em saúde e o acesso aos direitos sociais.

Para melhor objetivar as atividades, a equipe do Serviço Social do setor da DIP realiza discussões de textos, visando ter uma melhor articulação de teoria e prática. E, semanalmente, era feita uma reunião multidisciplinar, a fim de unir os saberes e pensar em melhores estratégias e ações profissionais para cada usuário(a).

³³ Dados recolhidos em: Plano Diretor para a década 2011 – 2020 (Plano de Reestruturação para o REHUF) – Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2011. Plano de Estágio Serviço Social – HUCFF/UFRJ, 2018.

A fim de potencializar e aumentar a adesão dos(as) usuários(as), favorecendo a educação em saúde e promovendo a socialização das informações, eram realizados grupos com as pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHIV) e com os(a) profissionais inseridos(as) no cuidado do(a) usuário(a). O tema das reuniões em grupo era previamente selecionado e sempre de acordo com a necessidade observada pela equipe multidisciplinar ou demandado pelos próprios(as) usuários(as). Por vezes, o tema era livre, para poder ter o espaço de divisão de experiências vividas pelos usuários. Vale destacar que a participação era autônoma e não obrigatória, obviamente.

No segundo semestre de 2019, realizei uma pesquisa para disciplina de Orientação e Treinamento Profissional II, que tinha por objetivo analisar o perfil composto no meu campo de atuação e estágio. A partir do referido Relatório fui me familiarizando com as demandas que chegavam ao Serviço Social e fui conhecendo um pouco mais trabalho realizado por minha supervisora de estágio

Primeiramente, é válido destacar que o setor era marcado pela alta incidência de reinternações, pois, apenas 20% dos usuários internados no momento da pesquisa, eram de primeira internação. Os 80% restantes eram sempre de pacientes que já tinham sido internados(as) outras vezes.

No período que foi realizada a pesquisa, foi constatada que 60% dos internos é composta por PVHIV, sendo 14% em condição paliativa. Com esses dados, ao notar que mesmo com avanços biomédicos, ainda há muitas doenças causadas pelo vírus da Aids, interessei-me em realizar uma pesquisa para analisar como era feita a adesão ao tratamento das PVHIV e quais eram os seus obstáculos.

Para isso, foi necessário investigar como era realizada a terapia com antirretrovirais, a rede afetiva e como era ofertado o acesso à saúde, suas condições de atendimento e distribuição de medicamentos, visando o cuidado integral à saúde e as problemáticas existentes nos determinantes sociais.

A maioria dos(as) usuários(as) do setor era composta por moradores de municípios fora da cidade do Rio de Janeiro, quais sejam: Duque de Caxias, Nova Iguaçu, Belford Roxo, São Gonçalo e Magé, podendo ser justificado por ser um hospital de referência, atendendo, assim, parcela significativa da população de outros municípios que não têm esse serviço.

Em seguida atendia, também, a área programática 3.6, Zona Norte do Rio de Janeiro, que abrange bairros da Pavuna, Guadalupe, Ricardo de Albuquerque, Parque Anchieta, Coelho Neto, Acari, Barros Filho, Costa Barros e Parque Colúmbia. E por fim havia

predominância da Área Programática 5.2, composta pelos bairros de Campo Grande, Inhoaíba, Cosmos, Santíssimo, Jardim Nossa Senhora das Graças, Mendanha, Estrada da Posse, Pedregoso e Senador Camará³⁴.

De acordo com o Ministério da Saúde (2007)³⁵, as internações provenientes de municípios são frutos da insuficiência na rede básica de saúde, pois, as consultas primárias oferecidas aos usuários dessas regiões estão abaixo do preconizado pelo Pacto da Atenção Básica do SUS:

O padrão de consumo em saúde, pautado pela fragmentação e especialização é hegemônico em regiões metropolitanas e, ainda, que para uma parte da população se mantenha apenas enquanto aspiração, dificulta a aceitação de um modelo de base generalista. Ações que expandem e consolidam a Estratégia Saúde da Família devem incorporar os diversos campos de saber na área da Saúde e afins. Além disso, a integração com os outros níveis de atenção é fundamental para superar os obstáculos e ser bem sucedida. Portanto, é preciso reorganizar a rede como um todo com base nos princípios da saúde da família. [...]

A essas questões soma-se o distanciamento do estado veiculador de políticas de infraestrutura e a proteção social nas favelas urbanas, expresso na ausência ou insuficiência de equipamentos públicos seja de saúde ou outrem (limpeza, educação, segurança, lazer, saneamento, etc.). E o subsequente fortalecimento dos poderes marginais nessas áreas, vinculados ao narcotráfico, à corrupção e ao comércio ilícito de armas. A implantação e a consolidação da Estratégia Saúde da Família em áreas com altos índices de violência depende, sobremaneira, da capacidade do estado em garantir a segurança dos profissionais e da população. Para isso, é necessário contar com a atuação conjunta e pactuada do poder público, dos técnicos, das lideranças locais e das organizações civis atuantes nestas comunidades. (BRASIL, 2004b, p. 21 e 22).

Sobre a escolaridade dos(a) usuários(as) internados(as) no período em questão, observou-se que a maioria tinha ensino médio completo, representando 35%. 31%, por sua vez, possuíam apenas o fundamental incompleto. Sobre a renda, 46% dos usuários recebem 1 a 2 salários mínimos e 8% estavam sem qualquer tipo de renda.

Ao verificar que 48% dos(as) usuários(as) com diagnóstico de HIV internados(as) no momento da pesquisa tinham uma baixa adesão muito significativa ao tratamento, nota-se que os fatores são as condições de vida, a não aceitação do diagnóstico, a dor emocional, efeitos colaterais e uso abusivo de álcool e outras drogas.

Percebe-se, ademais, a não eficácia do tratamento por meio do não atendimento integral ao usuário e o não mapeamento das questões envolvidas em suas histórias de vida. É notória a necessidade de garantir – por meio da rede primária de saúde – a ampliação do acesso à saúde física e mental, assim como aos serviços sociais, buscando ofertar um

³⁴ <<https://www.rio.rj.gov.br/web/cvl/superintendencias-regionais>>. Acesso em 23 de fevereiro de 2021.

³⁵ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. Reorganizando o SUS no Município do Rio de Janeiro / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Participativa. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

atendimento integral com a devida atenção psicossocial para, assim, contribuir para diminuição de internação e aumentar a qualidade de vida.

Além disso, quase 15% das PVHIV tiveram a Transmissão Vertical como categoria de exposição e todos(as) os(as) usuários em questão têm baixa adesão ao tratamento devido a não aceitação da doença.

Kourrouski (2008) assinala a dificuldade de adesão dos(as) pacientes soropositivos(as) por motivos de depressão, revolta e “desestruturação” familiar, levando ao aumento da probabilidade de se envolver com o álcool e outras drogas. É percebido que a saúde mental como não prioridade somada à fragmentação das redes territoriais de apoio e a falta de informação a respeito do diagnóstico, tornam-se um grande entrave na adesão ao tratamento.

Nesse sentido, o presente capítulo abordará questões relacionadas à necessidade do tratamento precoce para o não desenvolvimento de doenças oportunistas; o perfil dos(as) usuários(as) do meu campo de estágio que ainda são contaminados(as) e adoecidos(as), mesmo com avanços e condições biomédicas para frear as complicações decorrentes da Aids, analisando a importância da multidisciplinaridade para melhor aceitação e melhor maneira de aumentar o tratamento precoce, compreendendo a capacidade de autocuidado do(a) usuário(a) e considerando os determinantes para o processo de saúde doença.

3.2 Testar para Tratar

De acordo com o Ministério da Saúde (MS)³⁶, o HIV é dividido em três fases. A primeira fase é caracterizada por uma infecção aguda, cujos sintomas assemelham-se a uma gripe e duram cerca de 3 a 6 semanas. A segunda fase não apresenta sintomas e dura anos. A terceira fase é o momento que ocorre a manifestação da Aids, isto é, o número do vírus multiplica-se e age na destruição das células de defesa, fazendo com que ocorra as doenças oportunistas.

Para realizar o tratamento, é preciso reconhecer a sua sorologia, porém, a não investigação impossibilita o seu tratamento e sobre isso Barbosa e Lago (1997) exemplifica o diagnóstico tardio em mulheres, por conta da não investigação, mesmo quando procuram

³⁶ Disponível em <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv/sintomas-e-fases-da-aids>>. Acesso em 8 de abril de 2021.

unidade de saúde, e que, muitas vezes, o agravamento da sua condição leva ao óbito, sem ao menos conhecer o seu verdadeiro diagnóstico.

Apesar de as mulheres frequentarem mais os serviços de saúde, sintomas que são comuns à Aids e outras doenças, tais como fadiga, perda de peso e de apetite, insônia e falta de ar, teriam entre as mulheres maior probabilidade de serem entendidos como fatores psicológicos, ligados a estados depressivos e, portanto, não investigados, talvez como consequência de uma relação dos serviços de saúde com o corpo feminino, onde este é percebido a partir da sua função reprodutiva, que passa a assumir prioridade sobre as demais, inclusive com a desqualificação e desatenção frente algumas queixas (BARBOSA; LAGO, *idem*, p. 168).

Monteiro *et al* (2019) sinaliza que o teste de HIV se apresenta como recurso de prevenção, ou seja, utilizar a testagem rápida antes da relação sexual tem efeito mais benéfico que a propagação do uso de preservativo, entendida assim como adoção de comportamento sexual mais seguro.

Nessa esteira, foi lançada em 2014, pela UNAIDS, a cascata do cuidado contínuo, que tem como objetivo atingir a supressão viral com o conhecimento do diagnóstico e seu tratamento, por meio de testagem e oferta do tratamento. Assim, objetiva a sobrevivência e qualidade de vida, por conta da prevenção de doenças oportunistas, a preocupação com o avanço do vírus, a diminuição de novos casos, agindo de maneira preventiva. O tratamento do HIV tem demonstrado, de longe, o efeito mais significativo sobre a incidência do HIV (UNAIDS, 2015).

O Tratamento como Prevenção é uma estratégia usada para alcançar as metas da cascata contínua que visam alcançar que 90% das pessoas vivendo com HIV tenham o conhecimento da sua sorologia, para que 90% das pessoas diagnosticadas estejam em tratamento com TARV e delas 90% com a carga viral indetectável e sua abordagem é baseada nos direitos humanos, no respeito à dignidade, priorizando a equidade (BRASIL, 2017)³⁷.

Parker (2016) questiona a política de “Testar e Tratar” e destaca que o teste deverá garantir, acima de tudo, a autonomia do(a) usuário(a) e estar acompanhado dos apoios necessários para lidar com o resultado, principalmente se for positivo, pois, o SUS deverá assumir os cuidados dos que testam positivos. É preciso que o diagnóstico/resultados seja monitorado com muito cuidado, pois, sem as boas condições de apoio, a política “Testar e Tratar” será enfraquecida. As dificuldades de adesão podem ser minimizadas no processo de aconselhamento durante o pós-teste (BRASIL, 2008). Visto isso, para o início precoce do

³⁷ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/ Aids e das Hepatites Virais. Manual Técnico de Elaboração da Cascata de Cuidado Contínuo do HIV/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

tratamento é fundamental o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) concomitantemente com o Serviço de Atendimento Especializado.

De acordo com Ramos (2018), o CTA foi criado em 1989, com o objetivo de ampliar o número de pessoas testadas, sob os princípios de voluntariedade, confidencialidade, anonimato, agilidade e resolubidade de diagnóstico e caráter universal. Para isso, é recomendada a implementação em locais de fácil acesso para a população, com procedimentos que garantam o anonimato e a capacitação dos(as) profissionais de saúde. Para isso, são promovidas ações de educação e aconselhamento, visando à prevenção, redução do risco e buscando garantir a equidade no acesso à população mais vulnerável.

3.3 Perfil de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHIV)

No presente item, serão analisadas as principais mudanças no perfil da epidemia em seus diversos momentos. Segundo o Boletim Epidemiológico HIV/Aids de 2020, ainda que tenha havido uma considerável redução de detecção do vírus no Brasil, especialmente, nos dez últimos anos, são registrados mais de 40 mil novos casos de HIV e 37.308 de Aids. Assim, é importante discutir quem são hoje as pessoas atingidas, de acordo com o seu sexo, cor, escolaridade, idade e orientação sexual.

Como mencionado anteriormente, nos primórdios de sua emergência, o HIV foi fortemente ligado à homossexualidade, por conta de os primeiros casos registrados terem sido de HSH. Porém, ainda que o vírus seja ligado a homens gays, houve uma alteração no perfil epidemiológico, como o aumento de casos em mulheres, casais heterossexuais e população mais velha (MOURA; FARIA, 2017).

A heterossexualização da epidemia desencadeia uma crescente feminilização do HIV. Essa exposição feminina ao vírus é fruto predominantemente de relações heterossexuais, que é presente em quase 90% dos casos de HIV em mulheres. A razão de homem para mulher que no início da epidemia era de 17 homens para cada mulher, e em 2019 a razão entre os sexos passa para 2 homens a cada 3 mulheres. Porém, em 2005 tem-se a menor razão, chegando a 1,4 homens para cada mulher.

Sobre a idade, observa-se uma predominância no grupo de pessoas de 20 a 34 anos. Em crianças, com menos de 5 anos, foi constatada uma queda de quase 50% dos casos, mostrando, assim, a eficácia na prevenção de transmissão vertical. Em contraponto, o HIV em

idosos, nos primeiros anos da epidemia, foram diagnosticados 4 casos em pessoas de 60 anos ou mais (AGUIAR, *et al.*, 2020).

Atualmente, segundo o Boletim Epidemiológico 2020, o HIV em pessoas idosas tem um preocupante aumento, somando um total de quase 40 mil casos e com aumento de 38,9% de mortalidade em idosos. Aguiar *et. al* (idem) explicam que tal crescimento tem relação com o novo estilo de vida, com o uso de medicamentos que melhoram e prolongam a vida sexual, colocando-os como sexualmente ativos, sendo que a prática sexual ocorre descolada da divulgação da importância de prevenção.

Moura e Faria (2017) observam que o início da eclosão da epidemia no Brasil era marcada por homens gays com alto nível de escolaridade. Fonseca *et al* (2000) assinala a maior condição socioeconômica em indivíduos com maior escolaridade no primeiro momento e que foi disseminando, progressivamente, para os estratos sociais de menor escolaridade.

Atualmente, o boletim epidemiológico de 2020, notifica que as pessoas com ensino médio completo são predominantes nos casos de HIV, seguidas de indivíduos com estudo da 5º a 8º série incompleta. Tem sido observado, também, um elevado número de escolaridade ignorada, sendo mais de 25%, dificultando melhor análise. Em relação a casos de UDI, há uma predominância absoluta em indivíduos de baixa ou nenhuma escolaridade (CASTILHO; CHEQUER, 1997).

Nesse contexto, Parker (2000) aponta a tendência da propagação do HIV em direção às classes menos favorecidas da sociedade, conhecida como pauperização da epidemia. Como já abordado nesse presente trabalho, a pobreza tem fatores múltiplos que coloca as pessoas em caráter de vulnerabilidade, como gênero, racismo, o não acesso aos serviços sociais, desintegração social e a exclusão do mercado de trabalho. Castilho e Chequer (1997) explicam a tendência de infecção em população tradicionalmente marginalizada:

Como fator agravante adicional, ressalte-se o fato das dificuldades naturais que enfrenta esta camada social no que se refere ao acesso aos serviços de saúde e a informação de um modo geral e informação para a saúde de um modo particular. Este último aspecto, somado as prioridades definidas por esta população, prioridades estas impostas pela necessidade e voltadas para a sobrevivência no dia-a-dia, dificultam sobremodo as ações que visem a prevenção por meio da adoção de práticas seguras e diagnóstico precoce da doença (p. 24).

Nesse sentido, em relação aos óbitos, segundo o boletim epidemiológico 2020, quando distribuídos proporcionalmente os óbitos notificados no ano de 2019 por raça/cor, observaram-se 61,7% de óbitos entre negros, 37,7% entre brancos.

As mortes são causadas por moléstias oportunistas (FAPESP, 2020)³⁸ e em relação a mortalidade, apesar de uma significativa redução nos óbitos por decorrência da Aids, passando 12.667 em 2015, para 10.565, em 2019, entre os óbitos, é possível destacar que houve queda de 21,0% na proporção de pessoas brancas e um crescimento de 19,3% na proporção de óbitos de pessoas negras. Portanto, são preocupantes os números, pois, se sabe que os avanços medicamentosos oferecem alternativas para a diminuição de mortes em decorrência do vírus. Logo, é notório que é preciso investir em avanços psicossociais para garantir acessibilidade e oportunidade de vida a todos os indivíduos.

As abordagens sociais e políticas têm que monitorar, fiscalizar e controlar a implementação das abordagens biomédicas para garantir que essas abordagens tenham, de fato, eficácia. Sem esse monitoramento, sem essa avaliação, não temos a possibilidade de implementar os avanços biomédicos de uma maneira que contribua no enfrentamento da epidemia (PARKER, 2015).

Os homens são o principal grupo afetado, representando mais de 70% dos óbitos decorrentes da Aids, uma vez que, por vezes, não são vistos como “grupo de risco” para o HIV. Não há, por conseguinte, promoção de testagem como forma de prevenção, devendo ser utilizada de maneira rotineira para essa população. Assim, homens heterossexuais só têm diagnóstico após doenças oportunistas, em que a partir daí profissionais da saúde suspeitam de Aids e realizam a testagem ou após o diagnóstico de suas parceiras sexuais. Em mulheres, ainda que precise de melhoria de acesso e aumento de promoção de testagem, o número saltou de 14,8% para 38,2% de 1998 e 2005, enquanto os homens foram de 26,2% para 28,4%.

Enquanto os homossexuais/bissexuais somam 39,8%, os homens heterossexuais representam 39,5% dos casos. Com base nesses dados, é preciso reforçar que embora os homens heterossexuais fiquem subsumidos na categoria de “população geral”, não recebendo destaque em políticas ou ações de prevenção (KNAUTH et al, 2020), acreditando que, estão imunes ao vírus, apresentam quase a mesma porcentagem dos classificados como “grupo de risco”. Apesar desses números, homens heteros continuam fora de campanhas de prevenção e promoção para HIV/AIDS (SILVA, 2002).

Essa dificuldade dos serviços se deve às concepções e práticas dos profissionais de saúde que tendem a conceber os homens como negligentes em relação ao próprio corpo e à vinculação entre HIV e “grupos de risco”, que ainda pauta as concepções médicas para a indicação da testagem para o HIV. Além disso, a própria estrutura dos serviços de saúde, onde os espaços e horários não são adequados às demandas da população masculina (funcionando em horário comercial, com cartazes voltados à saúde materno-infantil), pode representar uma das barreiras para o diagnóstico precoce do HIV (KNAUTH et. al, 2020).

³⁸ Informações disponíveis em: <<https://revistapesquisa.fapesp.br/o-fim-da-epidemia-de-aids/>>. Acesso em 18 de fevereiro de 2021

Rohden (2014), ao analisar a campanha Movimento pela Saúde Masculina, realizada no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), destaca que a própria política tem como pressuposto a pouca procura dos serviços de saúde por parte dos homens e o papel ativo das mulheres na promoção da saúde masculina:

Elas não apenas levam e devem continuar levando os homens ao médico, mas também são vistas como responsáveis por garantir que eles façam os exames e digam a verdade durante as consultas. Elas devem estender o seu papel de cuidadoras do lar e da família, enquanto é esperado deles que aceitem o ‘empurrãozinho’ e cheguem até o médico. Mesmo nos casos em que se fala em ‘conscientização’, o papel da mulher continua sendo chave: ela como a grande mediadora entre as orientações médicas e os homens (p. 142).

Entre as infecções oportunistas destacam-se a pneumonia e a tuberculose pulmonar que ocorrem em mais de 90% dos casos de Aids e outras manifestações respiratórias como bronquite e sinusite. Das infecções dermatológicas, tem sido apontada a dermatite seborreia, foliculite e herpes e tem o sarcoma de Kaposi, como a mais recorrente. Sobre o adoecimento neurológico, a toxoplasmose cerebral e a demência da Aids são a manifestação mais comum. Também são frequentes as meningites, sífilis, linfoma não Hodgkin e câncer cervical (DHALIA, 1998). Sendo, no Brasil, a tuberculose e as hepatites virais as principais causa de óbito entre as pessoas adoecidas pela Aids (BRASIL, 2008).

3.4 Adesão ao Tratamento

Nesse tópico serão analisadas a adesão ao tratamento e a assistência de pessoas que tiveram o diagnóstico positivo, bem como pacientes adoecidos(as) pela AIDS.

Para isso, de antemão, é preciso salientar que a preocupação nas primeiras fases da epidemia era focada no aspecto biológico das PVHIV. Depois dos avanços da TARV, que permitem às pessoas com adesão ao tratamento a supressão viral, a diminuição de doenças oportunistas e, assim, maior qualidade de vida. Com isso, há de considerar que o tratamento deve ir além da medicação, devendo pautar, também, as relações sociais do indivíduo.

Com base em Silva e Takahashi (2008), ao receber o diagnóstico positivo para o HIV, o primeiro impacto parece está ligado ao evento morte, constituindo-se em um fato indesejável que ameaça e, às vezes, modifica radicalmente suas vidas. Medo dos sintomas, da morte e das caracterizações físicas. Podendo trazer, nesse momento, quadros de transtornos psicológicos. Assim, em um primeiro momento, a Aids é percebida como uma sentença de morte e/ou como uma doença capaz de destruir suas relações sociais, pois, a doença continua

sendo apresentada como algo capaz de excluir e estabelecer um marco divisor na existência social do sujeito.

A adesão ao tratamento implica em uma luta ativa em seu cotidiano contra a manifestação da Aids, da angústia que ela gera e, também, da necessidade de aceitação da soropositividade, como apontado por Silva e Takahashi (2008). Com isso, é considerada que a adesão é multifatorial e entendida como uma aquisição de um hábito. Segundo o Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e AIDS:

Uma definição mais ampla e abrangente assinala que adesão (BRASIL, 2007a, p.11):

- É um processo dinâmico e multifatorial que inclui aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais, que requer decisões compartilhadas e co-responsabilizadas entre a pessoa que vive com HIV, a equipe e a rede social.
- Deve ser entendida como um processo de negociação entre o usuário e os profissionais de saúde, no qual são reconhecidas as responsabilidades específicas de cada um, que visa a fortalecer a autonomia para o autocuidado.
- Transcende à simples ingestão de medicamentos, incluindo o fortalecimento da pessoa vivendo com HIV/AIDS, o estabelecimento de vínculo com a equipe de saúde, o acesso à informação, o acompanhamento clínico-laboratorial, a adequação aos hábitos e necessidades individuais e o compartilhamento das decisões relacionadas à própria saúde, inclusive para pessoas que não fazem uso de TARV.

A TARV age inibindo a multiplicação do vírus HIV, isto é, diminuindo a carga viral do paciente e aumentando o CD4 (células responsáveis pela defesa do organismo), impedindo, assim, o aparecimento de doenças oportunistas (UNASUS, 2014). Com a TARV, o HIV assume um caráter crônico e a adesão depende de fatores pessoais e socioambientais, cabendo destacar aqui que a saúde é a somatória do biomédico e psicossocial e, ademais, é fundamental a participação de equipe multidisciplinar, pois, vai muito além do diagnóstico.

Quando o(a) usuário(a) sente a necessidade de realização do teste rápido, o acolhimento é fundamental mesmo em casos de não reagente (negativo), avaliando, sem a moralização, o interesse: se a testagem é utilizada como estratégia da prevenção combinada ou porque é constantemente exposto(a) ao risco de IST e, assim, cabe destacar, que a exposição ao risco é advinda de qualquer pessoa que mantém relações sexuais sem adesão aos métodos preventivos.

Além disso, cabe aos profissionais da instituição fornecer aconselhamentos em busca de democratizar conhecimentos acerca de práticas sexuais e métodos preventivos e, assim, ofertar uma estratégia de prevenção em conjunto com os(as) usuários(as) de acordo com sua vivência e preferências para melhor adesão. Por outro lado, cabe a instituição a garantir aos profissionais condições para o desenvolvimento dessas ações, como ambiente de trabalho adequado e investimento em educação continuada.

Com isso, percebe-se que, por mais que seja necessária a testagem em massa, como uma medida preventiva permitindo o diagnóstico recente para não a evolução da AIDS, é preciso ter cuidado ao oferecer esse serviço, pois, primeiramente, deve garantir a funcionalidade para o cuidado integral ao usuário. É sabido que o momento do diagnóstico é fundamental para o tratamento por conta do estado de fragilidade, medo e dúvidas que permeiam os(as) usuários(as) nesse primeiro momento. Portanto, é notório o perigo de apenas “jogar” o autoteste para a população e não investir em apoio emocional e informações devidas e claras sobre onde buscar o acolhimento para o tratamento, porque isto pode contribuir para a não adesão ao tratamento, ainda que descoberto inicialmente.

O acolhimento inicial é a “porta de entrada” para adesão do(a) usuário(a). Por isso, nesse momento, é preciso informar de maneira não fatalista o seu diagnóstico, visto que a preocupação e o medo podem afetar negativamente a adesão (BRASIL, 2008) e estabelecer uma boa relação da equipe multiprofissional de saúde com o(a) usuário(a) e salientando-o que é possível a troca de profissional para melhor atendê-lo. Antes de iniciar o tratamento com os antirretrovirais, a equipe deve orientar e conscientizar em relação aos direitos sociais, como o direito ao sigilo, amparada pela Lei 12.984/14 e avaliar a autonomia para o autocuidado, identificando se há uma boa rede de apoio, levando em conta os aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais dos(as) usuários(as).

O medo do estigma faz com que o usuário esconda as consultas e os medicamentos, podendo deixar de ir aos exames e não aderir à terapia para evitar a suspeita de sua sorologia para as pessoas de seu convívio (BRASIL, 2008). Além disso, vale destacar que transtornos psiquiátricos são grandes fatores para a não adesão ao tratamento, sendo que o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos é mais frequente em pessoas vivendo com HIV/aids do que na população geral, sendo que a depressão apresenta o dobro de risco de acometer pessoas diagnosticadas com HIV (BRASIL, 2013).

Nesse sentido, compreende-se que o suporte familiar (e de amigos) é fundamental para o(a) usuário(a), principalmente na fase inicial do diagnóstico. Para que possa haver esse acolhimento familiar, o trabalho da equipe multidisciplinar pode estar aliado neste momento, encorajando o(a) usuário(a) a revelar a sua condição e podendo conduzir ações educativas para seus familiares, por meio de grupos ou de maneira individual, de acordo com a demanda avaliada.

É sob o contexto da saúde ampliada e a partir desta concepção que o assistente social constrói o seu processo de trabalho, ampliando seu olhar para além das demandas que lhe são

visíveis, incluindo toda a rede organizacional dos indivíduos, a qual compreende sua estrutura familiar, material, emocional e relacional. O profissional do Serviço Social, busca, assim, o reconhecimento do(a) usuário(a) como sujeitos de direitos e protagonistas em seu tratamento, por meio do diálogo, do acolhimento e do vínculo, com o objetivo de promoção da saúde (ZUCCHETTI, 2017).

Monteiro (2004) exemplifica o trabalho do(a) assistente social a partir de práticas educativas e reflexiva visando orientar e informar sobre tratamento, direitos e deveres do(a) soropositivo(a), questões trabalhistas, previdenciárias e jurídicas, bem como a desmitificação da doença e dos preconceitos que a cercam. Atua, também, diretamente com as demandas sociais relativas à falta de alimentação, medicação e transporte, sendo extensivo o acompanhamento social a familiares que enfrentam as mesmas dificuldades dos(as) usuários(as) e apoio psicossocial, cuja atenção é essencialmente aos aspectos emocionais do(a) paciente e seus familiares.

Sabendo que a má adesão é o principal contribuidor para as comorbidades em relação à Aids, resultando na internação hospitalar desses sujeitos, é preciso analisar os desafios que podem prejudicar a adesão ao tratamento para, assim, definir a linha de cuidado, de acordo com a sua rotina e suas dificuldades.

De acordo com o Manual de Adesão (2008), para melhor adaptação, é preciso conhecer o cotidiano do(a) usuário(a), para que o tratamento se adeque à sua rotina, considerando uso de álcool e outras drogas, se tem outras comorbidades ou se faz uso de outros medicamentos. E, não menos importante, se há precariedade ou ausência de suporte social afetivo e/ou material, e assim, se necessário garantir assistência, como a oferta de transporte para acompanhamento de consultas médicas, psicológicas, nutricionais e grupos de apoio, identificando se há dificuldades cognitivas e presença de transtornos psiquiátricos. Além disso, a baixa adesão nas PVHIV pode ser ocasionada pelo diagnóstico tardio.

Ainda sobre o exposto, de acordo com Boletim internacional sobre prevenção e assistência à Aids (2004), os efeitos adversos devido à medicação são um fator que contribui para o abandono do tratamento e, com isso, faz-se necessário o fomento das informações a respeito dos possíveis efeitos e o acompanhamento para trocar de terapia, caso haja necessidade.

Os efeitos podem ser de caráter temporário, como náuseas, vômitos, tonturas, etc. Os efeitos adversos podem ser de caráter permanente, como a Lipodistrofia, que é a síndrome de redistribuição de gordura e é relacionada a tempo de exposição da TARV, podendo ser fator

influenciador para transtornos mentais, como o estado depressivo, alteração na sexualidade do usuário, devido a sua baixa autoestima e dificuldades do convívio social, além de apresentar riscos a doenças cardiovasculares (MUNIZ, 2018).

Apesar dos avanços do TARV na qualidade de vida do usuário, a AIDS ainda é reconhecida como a quinta causa de morte entre adultos no mundo (LEADEBAL *et al*, 2019). O HIV acarreta a multiplicação do vírus que ataca o sistema imunológico, responsável por defender o organismo de doenças (BRASIL, 2018). Portanto, as PVHIVs que têm baixa adesão ao tratamento ou que ainda não estão diagnosticadas, evoluem para complicações e agravamentos de seu quadro clínico.

Além disso, é possível destacar que, de acordo com a experiência no supracitado campo de estágio, foi notório observar que quando o usuário adoece e necessita de cuidados quando estão debilitados, há uma transferência de responsabilidade que deveria ser do Estado para a família dos mesmos. Percebe-se, também, que quando não há um abandono dos familiares, acontece uma sobrecarga ao familiar, que em sua maioria, recai sobre o único indivíduo (BAPTISTA *et al*, 2012).

Nesse sentido, é preciso conhecer o perfil de PVHIV e conhecer, também, a estrutura da sua rede de apoio, o perfil de quem está à frente no cuidado, isto é, quem é a principal referência do usuário que assume a responsabilidade de cuidar quando o usuário necessita. De acordo com a vivência no setor de internação e revisão bibliográfica realizada é perceptível que a mulher compõe a predominância no papel de cuidadora:

Histórica e culturalmente, especialmente dentro da sociedade capitalista, sempre coube à mulher a responsabilidade pelos cuidados com a casa e com a família, independentemente de sua idade, condição de ocupação e nível de renda. O trabalho doméstico recaía sobre as mulheres com base no discurso, vivo até hoje, da naturalidade feminina para o cuidado (SOUSA; GUEDES, 2016).

A importância de refletir acerca das políticas públicas e a multidisciplinaridade para PVHIV devem ir além do usuário, perpassando para a sua rede de apoio. Os familiares que muitas vezes são responsáveis pelo auxílio, pelo suporte e pela base de afeto. O acolhimento é necessário, também, aos que estão à frente sobre seus cuidados, caso o usuário esteja na condição de dependente e incapaz, prestando assistências psicossociais e analisando as especificidades de cada família para a realização de orientação social, fornecimento de treinamento para manejo de alguma situação e informações acerca da comorbidade (GIR; REIS, 2001).

Com base no exposto, é necessário reforçar que a falsa esperança que as respostas biomédicas resolverão tudo é algo que precisa ser questionado, como assinala Parker (2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Antes da morte biológica, a morte civil, a pior forma de ostracismo que pode suportar um ser humano (DANIEL,1989).

O fato de os primeiros casos de Aids terem sido registrados em homossexuais reforçou ainda mais o discurso dos perigos do sexo “promíscuo”, caracterizando, por conseguinte, o “sexo doméstico” como a única maneira segura para não contrair o vírus. O Boletim Epidemiológico traz como dados milhares de novos casos por ano e registra, anualmente, mais de 10 mil mortes por decorrência da Aids. Não obstante os avanços biomédicos que garantem imensamente uma maior qualidade de vida da pessoa vivendo com HIV/Aids (PVHIV), ainda há inúmeros casos de mortes.

Primeiramente, cabe pontuar que o sexo é inerente ao ser humano, porém, no Brasil segue-se um viés religioso que defende a monogamia heterossexual como o “sexo correto” e aqueles que fogem dessa regra são fadados à moralização das sexualidades “desviantes”.

Assim, as políticas públicas do país assumem uma postura conservadora, moralizante, que pregam a abstinência sexual como forma de controle de HIV e outras ISTs. Nessa direção, a educação sexual é vista como algo proibido, que ameaça a ordem natural das famílias (ordem cristã, leia-se), sendo um incentivo ao sexo “desregrado”, contribuindo para “erotização das crianças”. A sexualidade, tratada como tabu, torna-se um potencial obstáculo para se pensar em políticas de prevenção das ISTs, como, também, um enorme obstáculo ao tratamento do HIV, pois, a moralização do sexo sugere que a pessoa infectada se expôs ao vírus simplesmente porque quis.

Conseqüentemente, as dificuldades políticas para mudanças culturais e sociais são imensas, especialmente em razão das matrizes do pensamento judaico-cristão, que consideram a heterossexualidade como “normal” e as demais sexualidades como “dissidentes”, ou seja, “pecados atentatórios contra as leis naturais”, ou as “leis de Deus”.

É preciso, portanto, compreender melhor os interesses religiosos que respaldam ações destinadas a bloquear direitos da população LGBT+, por exemplo, a impedir as campanhas de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis e HIV, denunciando iniciativas de discussões sobre gênero e sexualidades nas escolas, e alimentando uma lógica autoritária e evitada de estigmas, discriminações e preconceitos.

Percebe-se, também, que as atuais campanhas utilizam-se, basicamente, do mantra “use camisinha”, mostrando-se claramente ineficaz. Ainda que os preservativos externos possuam uma ampla divulgação acerca das informações de seus benefícios, acessibilidade e variedade, observa-se que o seu uso de maneira constante é significativamente baixo. Por consequência, as pessoas têm uma baixa adesão (e, por vezes, nula) à prevenção sexual, sendo expostas aos riscos de contrair infecções sexuais.

Logo, é necessário que haja a ampliação das possibilidades de prevenção, que permitam a autonomia para escolher o método de acordo com seus gostos e estilo de vida. Nesse sentido, é preciso analisar os fatores que contribuem para a não adesão e, assim, pensar em políticas públicas que atendam, de forma ampla, à população, independentemente de idade, gênero, escolaridade, raça/etnia e, muito menos, orientação sexual.

Ademais, é necessário formular e reformular meios de divulgação sistemáticos de informações sobre formas de sexo mais seguro. Para isso, é importante destacar que não existem grupos de risco, ou seja, todo mundo que tem relação sexual sem proteção tem risco de se contaminar com alguma infecção sexual, porém, existem grupos com mais vulnerabilidade de acordo com acesso à saúde e a outros serviços sociais, seja por falta de acolhimento nas instituições ou por serviços distantes e ineficazes ou devido à constância de inserção do risco, como o caso de profissionais do sexo, adolescentes e HSH, pois, a prevalência de contaminação do HIV em sexo anal é 18 vezes maior do que em sexo vaginal.

Sobre o cuidado à saúde é preciso buscar a integralidade, equidade e a universalidade do cuidado, princípios que já estão assegurados na Constituição Federal vigente e que compõem o SUS. Sabe-se que os avanços biomédicos garantem, sobremaneira, maior qualidade de vida do(a) usuário(a), porém, como já mencionado, ainda ocorrem milhares de mortes e casos de Aids por ano.

Para o tratamento da PVHIV não basta considerar somente a questão biológica e/ou apenas a inserção de medicamentos, deve-se analisar, ainda, a caracterização do HIV, que é vista como uma doença social, sendo assim, a adesão ao tratamento implica em atuar em diversas formas do seu cotidiano.

Como dito ao longo da presente pesquisa, a adesão ao tratamento da PVHIV é multifatorial. Logo, o seu cuidado tem que ir além do médico-paciente, sendo pensado por uma equipe multidisciplinar, que visa abranger os principais fatores que seriam responsáveis pela não-adesão, como fatores psicológico, nutricional, apoio social e material. Porém, é

preciso analisar, sobretudo, as dificuldades da integralidade do cuidado tendo em vista a precarização do sistema de saúde e da seguridade social.

Por fim, vive-se em um panorama de crise sanitária sem nenhum precedente na história recente do país, que expõe as rupturas sociais, projeta o aumento exponencial do fosso que separa ricos e pobres e expõe as fraturas da jovem e frágil democracia brasileira.

Nesse cenário de riscos, crises e incertezas – fruto de uma sociedade vincada por traços do trabalho escravo, pelo extermínio das populações indígena e negra, por autoritarismos de várias ordens, pelo preconceito racial e pela discriminação social –, tem sido cada vez mais difícil para as pessoas que vivem com HIV/Aids serem efetivamente titulares de direitos civis, sociais e políticos, pois um Programa como o de HIV/AIDS que até muito recentemente era considerado uma das referências mundiais, atualmente, segue sendo propositalmente sucateado, uma vez que para o Governo Federal esta não é uma questão de maior relevância.

Logo, urge continuar investindo em pesquisas sobre essa temática, razão pela qual a escolhi. Cumpre destacar que não foi, por óbvio, minha intenção esgotar quaisquer discussões acerca do tema, mas espero ter conseguido, pelo menos, lançar luz em alguns pontos ainda não completamente elucidados sobre o aumento do contágio, contraditoriamente, na “era” da informação.

REFERÊNCIAS

AGUIAR *et al.* Idosos vivendo com HIV – comportamento e conhecimento sobre sexualidade: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 25, n. 2, 2018.

ARAÚJO, Maria de Fátima. Amor, casamento e sexualidade: velhas e novas configurações. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 22, n. 2, p. 70-77, jun. 2000.

BARBOSA, Regina Maria; LAGO, Tania Di Giacomo do. 1997. Políticas públicas em AIDS. In: PARKER, R. (Org.). *Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA: Jorge Zahar, p. 163-175.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. In: *Textos de apoio às políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.11-41.

BAPTISTA, Bruna Olegário *et al.* A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 147-156, Março, 2012.

BEHRING; Elaine Rossetti.; BOSCHETTI, Ivanete. *Política Social: fundamentos e história*. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2007. 213 p.

BECKER, D. *O que é adolescência*. São Paulo: Brasiliense; 2009. (Coleção primeiros passos).

BERMÚDEZ, Ximena Pamela Díaz. Trajetórias e horizontes da epidemia do HIV/Aids. Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?, p. 187.

Borges A.V.L. *Adolescência e vida sexual: análise do início da vida sexual de adolescentes residentes na zona leste do município de São Paulo* [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2004.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Portaria nº 675/GM/2006. Revogada pela Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. *Diário Oficial da União, Poder Executivo*, Brasília, DF, 31 mar. 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de AIDS e das DST entre Gays HSH e Travestis*. Brasília, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa*. Brasília: 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Agenda Estratégica para Ampliação do Acesso e Cuidado Integral das Populações-Chave em HIV, Hepatites Virais e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis/Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 36 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

_____. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde: 17 a 21 de março de 1986. Brasília: Centro de Documentação do MS. 1987a.

BRAVO, Maria Inês Souza et al. Política de saúde no Brasil. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional, v. 3, p. 1-24, 2006.

CANO, Maria Aparecida Tadeschi; FERRIANI, Maria das Graças Carvalho. Sexualidade na adolescência: um estudo bibliográfico. Revista Latino-americana, Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 18-24, abril 2000.

CARDOSO, Gabriela Santos Stilita. Manejo de estresse para pacientes com HIV/AIDS por meio da TCC. Rev. bras. ter. cogn., Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 26-33, jun. 2013.

CÁRDENAS, Claudia Mercedes, Mora; MAKSUD, Livia. Juventude, sexualidade, religião: questões atuais de pesquisa no campo do HIV/Aids. Interface – Comunicação, Saúde, Educação [online]. v. 24, 2020.

CASTILHO, Euclides Ayres; CHEQUER, Pedro. 1997. Políticas públicas em AIDS. In: PARKER, R. (Org.). Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA: Jorge Zahar, p. 17-42.

DAL SANTO, Amanda; ZAMBENEDETTI, Gustavo. Prevenção às ISTs/HIV entre mulheres lésbicas e bissexuais: uma revisão bibliográfica (2013-2017). *PSI UNISC*, v. 5, n. 1, p. 111-126, 2021.

DHALIA, Carmen de Barros Correia et al. Monitorização das doenças associadas à AIDS: um retrato em movimento. 1998. Tese de Doutorado.

DANIEL, Hebert. *Vida antes da morte /Life Before Death*. Rio de Janeiro: Jaboti, 1989. 61 p.

DANIEL, Hebert.; PARKER, Richard. *AIDS – a terceira epidemia*. São Paulo: Iglu, 1991. 127 p.

FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade 2; o uso dos prazeres/Michel Foucault*; tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque; revisão técnica de José Augusto Guilhon Albuquerque Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

_____. *História da sexualidade 3: o cuidado de si/Michel Foucault*: Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque; revisão técnica de José Augusto Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

_____. *História da sexualidade I: A vontade de saber*, tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1988.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. 6ª edição revista e atualizado *Mini Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. Curitiba, 2007.

FONSECA, Maria Goretti *et al.* AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 16, p. S77-S87, 2000

FREITAS, Kelly. R. de; DIAS, Silvana Maria. Z. Percepções de adolescentes sobre sua sexualidade. *Texto Contexto Enferm. Florianópolis*, v. 19, n. 2, p. 351-357, 2010.

GALVÃO, Jane. *AIDS no Brasil: agenda de construção de uma epidemia*. Rio de Janeiro/São Paulo: ABIA/Editora 34, 2000. 256 p.

GALVÃO, Jane. A política brasileira de distribuição e produção de medicamentos anti-retrovirais: privilégio ou um direito?. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2002, v. 18, n. 1 [Acessado 29 Maio 2021], pp. 213-219.

_____. *COLEÇÃO ABIA. Políticas Públicas, nº 2. 1980-2001. Uma Cronologia da Epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no Mundo*. - Rio de Janeiro: ABIA, 2002.

GIR, Elucir; REIS, Renata Karina. Alterações no estilo de vida, necessidades e dificuldades enfrentadas pelos cuidadores de portadores de Aids, no âmbito do domicílio. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 328-335, Dec. 2001.

GOMES, Vera Lúcia de Oliveira et al. Percepções de casais heterossexuais acerca do uso da camisinha feminina. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 22-30, Mar. 2011

IAMAMOTO, Marilda Villela. Questão social no capitalismo. In: *Temporalis*, Revista da Associação Brasileira e Pesquisa em Serviço Social, ano II, nº 3, 2ª edição, 2004, Brasília, ABEPSS, Grafile.

KNAUTH, Daniela Riva et al. O diagnóstico do HIV/aids em homens heterossexuais: a surpresa permanece mesmo após mais de 30 anos de epidemia. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, e00170118, 2020.

KOURROUSKI, Maria Fernanda Cabral. Adesão ao tratamento: vivências de adolescentes com HIV/AIDS. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

IANNI, Octavio. A questão social. *Revista USP*, setembro, outubro e novembro. São Paulo, 1997.

LEADEBAL, Oriana Deyze Correia Paiva et al. Prevalência do alto risco de complicações clínicas associadas ao óbito por Aids. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 32, n. 6, p. 683-690, Dec. 2019.

MARCHESINI, Angela Mattos et al. Hepatites B e C em usuários de drogas injetáveis vivendo com HIV em São Paulo, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 41, p. 57-63, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MADUREIRA, Valéria Silvana Faganello; TRENTINI, Mercedes. Da utilização do preservativo masculino à prevenção de DST/AIDS. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, p. 1807-1816, 2008.

MONTEIRO, Kerlen Mignoni da Silva. O Espaço de Intervenção do Serviço Social no Contexto do HIV/Aids no Hospital Universitário - UFSC. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de Bacharel em Serviço Social. Florianópolis - SC: UFSC, 2004. 60 p.

MONTEIRO, Simone Souza et al. Desafios do tratamento como prevenção do HIV no Brasil: uma análise a partir da literatura sobre testagem. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, p. 1793-1807, 2019.

MOREIRA, Adailson. A homossexualidade no Brasil no século XIX. *Homosexuality in the Nineteenth Century. Bagoas*, nº 7, 2012. p. 253-279.

MOURA, J. P.; FARIA, M. R. Caracterização e perfil epidemiológico das pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Rev. enferm UFPE*. v. 11, p. 5214-20, Recife, 2017.

MUNIZ FCO, *et al.* Pacientes críticos com HIV/AIDS: fatores associados às complicações. Dissertação (Monografia no Curso de Pós-graduação em Terapia Intensiva e Alta Complexidade). Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, 2018.

NOGUEIRA Matias, Antonio Augusto *et al.* A APHRODISIA E O ERÓTICO NA GRÉCIA ANTIGA. *REVISTA DE TRABALHOS ACADÊMICOS–UNIVERSO BELO HORIZONTE*, v. 1, n. 1, 2016.

PARKER, Richard G.; BESSA, M. Introdução: políticas sociais, desenvolvimento econômico e saúde coletiva: o caso da AIDS. In: Saúde, desenvolvimento e política: respostas frente à AIDS no Brasil. Rio de Janeiro/São Paulo: ABIA/Editora 34, 1999. p. 51-63.

_____. Na Contramão da AIDS: sexualidade, intervenção, política. Rio de Janeiro: ABIA, 2000. 160 p.

PARKER, Richard; CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. S89-S102, 2000.

PELÚCIO, L. M. Nos Nervos, na Carne, na Pele: uma etnografia sobre prostituição travesti e o modelo preventivo de Aids. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos (SP), 2007.

POLÍTICAS, INSTITUIÇÕES E AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil/Richard Parker (org.). – Rio de Janeiro: Jorge Zahar ED.: ABIA, 1997.

PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS (UNAIDS). 90-90-90. Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS. 2015.

RAMOS, Cíntia Pereira. Governança e Saúde: Sob a Óptica do Centro de Testagem e Aconselhamento e Serviço de Atendimento Especializado em Infecções Sexualmente Transmissíveis, Hepatites Virais e HIV/AIDS (CTA-SAE). 2018

ROHDEN F. Mulher cuidadora, homem arredo: diferenças de gênero na promoção da saúde masculina. Anuário Antropológico 2014; I:125-50

SANTOS, W. G. Cidadania e Justiça. Rio de Janeiro: Campus, 1979. 138 p.

_____. A Trágica Condição da Política Social. Política Social e Combate à Pobreza. 2. ed. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1987. 126 p.

SALES, Willian Barbosa *et al.* Comportamento sexual de risco e conhecimento sobre IST/SIDA em universitários da saúde. Revista de enfermagem referência, v. 4, n. 10, p. 19-27, 2016.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2018, v. 23, n. 6 [Acessado 4 Fevereiro 2021] , pp. 1729-1736. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06092018>.

SOUSA, Luana Passos de; GUEDES, Dyeggo Rocha. A desigual divisão sexual do trabalho: um olhar sobre a última década. Estud. av. São Paulo, v. 30, n. 87, p. 123-139, agosto de 2016.

SOUZA, Rodriane de Oliveira; LIMA, Marcela Natacha dos Santos Caxias de. A Expansão do Setor Privado no SUS: Contrarreformas na Saúde do Governo Bolsonaro. Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, Brasília DF, ano 2019, v. 16, n. 1, 4 nov. 2019. v. 16 n. 1 (2019): Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais.

SILVA, Cristiane Gonçalves Meireles da. O significado de fidelidade e as estratégias para prevenção da AIDS entre homens casados. *Rev. Saúde Pública* 2002; 36(4):40-49.

DA SILVA, Girlene Alves; TAKAHASHI, Renata Ferreira. A busca pela assistência à saúde: reduzindo a vulnerabilidade ao adoecimento entre os portadores do HIV. *Revista de APS*, v. 11, n. 1, 2008.

SILVA, Luis Augusto V. da; SANTOS, Melquisedec; DOURADO, Inês. Entre idas e vindas: histórias de homens sobre seus itinerários ao serviço de saúde para diagnóstico e tratamento de HIV/Aids. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 951-973, Sept. 2015.

SILVA. Heliana Marinho. *A Política Pública de Saúde no Brasil: dilemas e desafios para a institucionalização do SUS*. Rio de Janeiro. FGV/EBAP. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) - Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas, 1996. 132 p.

SILVA, Valéria Nanci; D'OLIVEIRA, Ana Flávia; MESQUITA, Fábio. Vulnerabilidade ao HIV entre mulheres usuárias de drogas injetáveis. *Revista de Saúde Pública*, v. 41, p. 22-30, 2007.

TEIXEIRA, Paulo Roberto. 1997. Políticas públicas em AIDS. In: PARKER, R. (Org.). *Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA: Jorge Zahar, p. 43-68.

TRINDADE. Mably Jane Trindade. *A assistência à saúde de pessoas transexuais: aspectos históricos do processo transexualizador no Estado do Rio de Janeiro*. 2014. 215 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

_____. *Em Busca de Reconhecimento: limites e desafios dos processos de requalificação civil de pessoas trans no Rio de Janeiro*. Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Serviço Social. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, 2019. 346 f.

VILLELA, WV. DORETO, DT. Sobre a experiência sexual dos jovens. *Cad. Saúde Pública*, 2006.

VIEIRA, A. C. DE S. Política de saúde e HIV: Direito à saúde e reformas regressivas. *Argumentum*, v. 10, n. 1, p. 72, 28 abr. 2018.

YAZBEK, Maria Carmelita. Pobreza e exclusão social: expressões da questão social no Brasil. *Temporalis*, Porto alegre, ano II, n. 3, 2001.

ZANATA, E. M. Documento e Identidade: o Movimento Homossexual no Brasil na Década de 80, *Cadernos AEL*, n. 5/6, 1996. 220 p.

ZUCCHETTI, Gabriela Soccol. *O trabalho do assistente social com pessoas que vivem com HIV/AIDS no âmbito da alta complexidade e a integralidade do cuidado em saúde*. 2017.

ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada **“O Meu Prazer Agora é um Risco de Vida”? Algumas considerações sobre a Política de Prevenção e Tratamento de HIV/AIDS no Brasil**”, conduzida por Suellen Cavalcanti.

Este estudo tem por objetivo primordial analisar como é realizada a prevenção sexual atualmente. Você foi selecionado(a) por eu acreditar que as suas informações e impressões sobre a temática podem contribuir, sobremaneira, para a minha pesquisa.

A presente pesquisa oferece riscos mínimos aos(às) participantes, uma vez que abordará apenas aspectos mais gerais ligados a sexualidade e à prevenção de ISTs/AIDS.

Os benefícios de participação decorrem do fato de se tratar de temática ainda restrita que limita o pensar da política pública para a prevenção sexual.

É importante mencionar que a participação não é remunerada e nem implicará em gastos para os(as) participantes.

Sua participação nesta pesquisa consistirá numa entrevista estruturada, isto é, com roteiro preestabelecido para todos os candidatos.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados individualmente, visando assegurar o sigilo de sua participação. A pesquisadora responsável compromete-se a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada, sem qualquer identificação dos indivíduos participantes.

Caso você concorde em participar da pesquisa, assine ao final deste documento, em duas vias, sendo uma delas sua e a outra da pesquisadora responsável e coordenador da pesquisa.

Seguem os telefones e o endereço institucional da pesquisadora responsável onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Contatos da pesquisadora responsável: Suellen Christine Cavalcanti Marques graduanda do Serviço Social/UFRJ. Endereço: Av. Pasteur, 250 - Praia Vermelha, Rio de Janeiro - RJ, 22290-240. E-mail: suellenmrq1@gmail.com; Telefones: (21) 973357318

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e que concordo em participar da mesma.

Rio de Janeiro, 08 de Fevereiro de 2021.

Assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora responsável: _____



UFRJ

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
Centro de Filosofia e Ciências Sociais – CFCH
Escola de Serviço Social – ESS

Rio de Janeiro, 10 de março de 2021.

**DECLARAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE INFORMAÇÕES E DADOS DO
CAMPO DE ESTÁGIO**

Declaro para os devidos fins que **Suellen Christine Cavalcanti Marques** – graduanda do curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – pode utilizar **apenas e exclusivamente para fins acadêmicos** os dados e informações colhidos no campo de estágio, desde que, obviamente, protejam a identidade dos(as) pacientes atendidos(as) pela instituição.

Sabemos que a estudante está escrevendo um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) sobre a Política de Prevenção a ISTs e HIV/AIDS.

Atenciosamente,

Nome e assinatura da Assistente Social

Registro no CRESS

Nome da Instituição



Av. Pasteur, nº 250 – Campus Praia Vermelha, Praia Vermelha -
Rio de Janeiro, RJ - CEP 22290-240 Telefone: (21) 3938-5380 5432/ www.ess.ufrj.br