Universidade de Brasília - UnB
Instituto de Ciências Humanas - IH
Departamento de Serviço Social - SER

MARIA HELOISA SOUZA RODRIGUES

O estigma e a discriminação como barreiras de acesso aos serviços de saúde para pessoas vivendo com HIV/Aids

Brasília - DF
2022

MARIA HELOISA SOUZA RODRIGUES

O estigma e a discriminação como barreiras de acesso aos serviços de saúde para pessoas vivendo com HIV/Aids

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília (UnB), como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profª. Drª. Lucélia Luiz Pereira

Brasília - DF

2022

MARIA HELOISA SOUZA RODRIGUES

O estigma e a discriminação como barreiras de acesso aos serviços de saúde para pessoas vivendo com HIV/Aids

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília (UnB), como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Drª Lucélia Luiz Pereira
Departamento de Serviço Social - SER
Universidade de Brasília - UnB

Prof. Drª Andréia de Oliveira
Departamento de Serviço Social - SER
Universidade de Brasília - UnB

Viviane Moraes Dias
Assistente Social
Hospital Universitário de Brasília - HUB

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, João Bosco e Damiana. Sem vocês eu não teria conseguido chegar até aqui. Agradeço por todo o apoio e por sempre acreditarem em mim. Eu amo vocês!

A minha orientadora, Lucélia. Obrigada por todo o suporte e por ter tornado o processo de desenvolvimento deste trabalho o mais leve possível. Agradeço também a todos os professores que contribuíram para minha formação ao longo da graduação.

A minha ex-supervisora de estágio, Viviane. Obrigada por todos os ensinamentos e que levarei por toda minha vida pessoal e profissional. Eu não poderia ter tido uma supervisora melhor.

A minha família, que sempre acreditou em mim e me deu apoio nos momentos em que mais precisei, especialmente às minhas tias Joana e Eugenauria e meus primos Cleiton e Cleidiane.

Aos meus amigos, em especial Marcos, Mateus e Vitória. Eu amo vocês!

A Universidade de Brasília, que me proporcionou momentos inesquecíveis durante estes cinco anos de graduação. Estudar na UnB foi a realização de um sonho.

Agradeço também a todos que contribuíram de alguma forma para a minha formação.

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo compreender como o estigma cria barreiras de acesso aos serviços de saúde para pessoas vivendo com HIV/Aids. Para isso, analisou-se como foi construído historicamente o processo de estigmatização em torno do HIV/Aids, para identificar a relação entre estigmatização e a produção e reprodução de desigualdades sociais, entendendo a estigmatização como um processo social. Por fim, discutiu-se as consequências dos processos de estigmatização e discriminação para o acesso ao direito à saúde para pessoas vivendo com HIV/Aids.

Para tal, recorreu-se a revisão integrativa de literatura, onde foi realizada a busca de artigos científicos na plataforma SciELO e posteriormente, a análise de dezoito artigos selecionados. Além disso, houve a análise de dois documentos: o relatório “Enfrentando a discriminação: superando o estigma e a discriminação relacionados ao HIV em serviços de saúde e correlatos” e o Índice de Estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/AIDS.

A partir da leitura dos artigos e dos documentos, foi possível compreender como o estigma e a discriminação dificultam o acesso a serviços que oferecem meios de prevenção, testagem e tratamento para o HIV/Aids. O receio da quebra de sigilo do diagnóstico por parte de profissionais de saúde e o medo da exposição estão entre as principais justificativas para não procurar os serviços de saúde.

O estigma e a discriminação se constituem como barreiras de acesso aos serviços de saúde para pessoas vivendo com HIV/Aids, devido a representações sociais que foram criadas no início da epidemia, que ainda persistem e afetam principalmente as populações-chave.

Palavras-chave: Saúde**,** HIV/Aids; Estigma; Discriminação

ABSTRACT

The present work aims to understand how stigma creates barriers to accessing health services for people living with HIV/AIDS. For this, it was analyzed how the stigmatization process around HIV/AIDS was historically constructed, to identify the relationship between stigmatization and the production and reproduction of social inequalities, understanding stigmatization as a social process. Finally, the consequences of stigmatization and discrimination processes for access to the right to health for people living with HIV/AIDS were discussed.

For this, we used an integrative literature review, where the search for scientific articles was performed on the SciELO platform and later, the analysis of eighteen selected articles. In addition, two documents were reviewed: the report Confronting discrimination: Overcoming HIV-related stigma and discrimination in healthcare settings and beyond and the Stigma Index in relation to people living with HIV/Aids - Brazil.

From the reading of the articles and documents, it was possible to understand how stigma and discrimination hinder the access to services that offer means of prevention, testing and treatment for HIV/Aids. The fear of breaking the confidentiality of the diagnosis by health professionals and the fear of exposure are among the main reasons for not seeking health services.

Stigma and discrimination are barriers to access health services for people living with HIV/Aids, due to social representations that were created at the beginning of the epidemic, which still persist and affect mainly key populations.

Keywords: Health; HIV/Aids; Stigma; Discrimination

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO Associação Brasileira de Saúde Coletiva

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AI	Ato Institucional
AIS	Ações Integradas de Saúde
AZT	Zidovudina
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CDC	Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CF	Constituição Federal
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HUB	Hospital Universitário de Brasília
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensão
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OS	Organização Social
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
PIASS	Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Estratégias de busca e quantidade de artigos encontrados……46
Tabela 2 - Organização dos artigos selecionados……49

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO……...10

CAPÍTULO I: POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: AVANÇOS E RETROCESSOS

1.1 Resgate histórico da política de Saúde.……..12

1.2 A Reforma Sanitária e a luta pela democratização da saúde.……..…15

1.3 O Sistema Único de Saúde.……..20

1.4 O neoliberalismo e os recorrentes ataques à política de Saúde.……24

CAPÍTULO II: ESTIGMA, DISCRIMINAÇÃO E HIV/AIDS

2.1 A epidemia de HIV/Aids.……29

2.2 Estigma e discriminação: a terceira epidemia.……..34

2.3 As respostas do Estado brasileiro e de organizações internacionais frente à epidemia de HIV/Aids……..41

CAPÍTULO III: O ESTIGMA E A DISCRIMINAÇÃO COMO BARREIRAS DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

3.1 Metodologia.……46

3.2 Resultados.……..48

3.3 HIV/Aids e o estigma e discriminação como barreiras de acesso aos serviços de saúde – Discussão sobre o levantamento da produção de conhecimento entre os anos de 2007 a 2022.……52

3.3.1 A persistência das representações sociais……53

3.3.2 O medo de sofrer discriminação como barreira de acesso à testagem……..53

3.3.3 “Tenho vontade de ir a um serviço, mas não naquele que vão me identificar”……..55

3.3.4 A discriminação por parte de profissionais de saúde…….. 56

3.3.5 A adesão ao tratamento ……...….58

4. Enfrentando a discriminação: superando o estigma e a discriminação relacionados ao HIV em serviços de saúde e correlatos.……...59

5. Índice de Estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/AIDS……..61

CONSIDERAÇÕES FINAIS……65

REFERÊNCIAS……68

INTRODUÇÃO

A epidemia de HIV/Aids surgiu nos Estados Unidos na década de 1980 e, inicialmente foi tida como uma nova doença desconhecida que comprometia o sistema imunológico e levava a morte. Teve seus primeiros casos registrados em homossexuais, e posteriormente, em usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo. Denominada como Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, a Aids logo passou a ser associada a grupos que já eram estigmatizados e discriminados antes do surgimento da epidemia do HIV/Aids por seus comportamentos considerados moralmente inaceitáveis.

Jonathan Mann (1987) identifica três fases da epidemia do HIV/Aids. A primeira é a epidemia silenciosa do HIV. Essa fase, segundo o autor, pode passar despercebida durante anos. A segunda fase é a própria epidemia da Aids, onde começam a surgir registros de doenças infecciosas relacionadas à evolução da doença. A terceira e última fase é caracterizada como a epidemia de respostas sociais, econômicas e políticas relacionadas à Aids e é considerada também como a epidemia do estigma e da discriminação.

Apesar dos avanços da medicina, que resultaram em novas formas de prevenção e tratamento para o HIV/Aids, a epidemia ainda não foi erradicada. A representação social negativa que foi criada em torno do HIV/Aids persiste e faz com que pessoas sejam estigmatizadas e discriminadas pelo diagnóstico positivo. A epidemia do HIV/Aids é considerada uma epidemia multifacetada, pois seus efeitos vão além das consequências físicas e clínicas (Brito et al, 2001).

Este trabalho tem como objetivo compreender como o estigma e a discriminação interferem no acesso de pessoas vivendo com HIV/Aids aos serviços de saúde. Como justificativa, tem-se que o estigma e discriminação relacionados ao HIV/Aids são problemas históricos que causam efeitos tanto individuais como coletivos, interferindo no acesso a direitos sociais, como o direto a saúde. Compreender como o estigma e discriminação se constituem como barreiras para pessoas com HIV/Aids acessarem serviços de saúde pode contribuir no planejamento de ações para garantir integralmente o direito à saúde destas pessoas.

O interesse em pesquisar sobre a dimensão social da epidemia do HIV/Aids também foi resultado das experiências vividas durante meu estágio realizado no Hospital Universitário de Brasília, durante agosto de 2021 e maio de 2022. Ao longo

do estágio, meu interesse em pesquisar sobre relação entre HIV/Aids, estigma e discriminação e de como estes processos afetam diretamente a vida das pessoas que vivem com HIV foi crescendo, na medida em que presenciei atendimentos e participei de discussões com a equipe multiprofissional que me mostraram que as consequências do diagnóstico positivo para o HIV vão para além da saúde física.

Este trabalho está dividido em três capítulos. No primeiro, intitulado “Política de Saúde no Brasil: avanços e retrocessos”, há a discussão sobre a lógica da saúde ligada à previdência, predominante no Brasil até a década de 1980 e a influência do movimento da Reforma Sanitária para criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, discutiu-se sobre os recorrentes ataques neoliberais ao SUS, em diferentes governos desde a década de 1990.

No segundo capítulo, intitulado “Estigma, discriminação e HIV/Aids” em um primeiro momento, há resgate histórico da epidemia do HIV/Aids, que aborda seu surgimento e suas transformações no perfil epidemiológico ao longo dos anos. Posteriormente, abordou-se como foi criada a representação social em torno do HIV/Aids e os conceitos de estigma de Erving Goffman e Richard Parker e Peter Aggleton. Por fim, há a discussão sobre as respostas do Estado brasileiro e de organismos internacionais frente à epidemia do HIV/Aids.

O terceiro e último capítulo trata-se da revisão integrativa e da análise dos documentos elaborados pela UNAIDS, o relatório “Enfrentando a discriminação: superando o estigma e a discriminação relacionados ao HIV em serviços de saúde e correlatos” e o Índice de Estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/Aids. É composto pela metodologia, que detalha o percurso metodológico deste trabalho, seguido pelos resultados da busca sistematizada e pela discussão sobre o levantamento da produção de conhecimento, que foi organizada em subitens.

CAPÍTULO I: POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: AVANÇOS E RETROCESSOS

1.1 Resgate histórico da política de Saúde

No século XIX, não havia intervenção efetiva do Estado na garantia da assistência à saúde para a população brasileira. A economia do Brasil era baseada na produção de café, com comercialização voltada para o mercado externo. Sua estrutura econômica baseava-se na agroexportação. O Estado preocupava-se somente com a exportação de sua maior fonte de lucro: o café. Segundo Mendes (1992):

> Enquanto a sociedade brasileira esteve dominada por uma economia agro-exportadora, assentada na monocultura cafeeira, o que se exigia do sistema de saúde era, sobretudo, uma política de saneamento destinado aos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle das doenças que poderiam prejudicar a exportação (MENDES, 1992).

A intervenção na saúde pública limitava-se ao saneamento dos espaços de circulação das mercadorias e ao controle de doenças como varíola, rubéola e febre amarela, que poderiam, como afirma o autor, prejudicar a exportação. Esse modelo de intervenção ficou conhecido como sanitarista-campanhista. Entretanto, no final do século XIX, os trabalhadores brasileiros começaram a reivindicar melhores condições de saúde e é durante o início do século XX que, de acordo com Bravo (2001), a saúde emerge como questão social no Brasil.

A partir de 1920 o Estado passa a intervir mais efetivamente na saúde, com a Reforma Carlos Chagas. Chagas foi médico e diretor do Departamento Geral de Saúde Geral e criou em 1923 o Departamento Nacional de Saúde (DNS), que tinha como objetivo “incorporar o saneamento rural, a propaganda sanitária e a educação higiênica como preocupações do Estado” (LIMA; PINTO, 2003, p. 1043). Neste mesmo ano, foi criada por meio do decreto nº 4.682 a lei Elói Chaves, que instituiu as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs). Estas eram organizadas pelas empresas e financiadas pelos empregadores e pelos trabalhadores.

Ao contribuir financeiramente, os trabalhadores que eram vinculados a uma CAP tinham direito a: assistência médica curativa, aposentadoria por tempo de serviço, idade e invalidez, medicamentos, auxílio funeral e pensão para os dependentes. A lei Elói Chaves marca o início da intrínseca relação entre saúde e previdência social no Brasil.

As CAPs eram restritas a poucas categorias de trabalhadores como os ferroviários, marítimos e estivadores. Naquela época, essas categorias eram mais organizadas e combativas politicamente. É somente na década seguinte que há uma expansão da assistência médica e mais categorias passam a ter acesso à previdência e, consequentemente, à assistência à saúde.

No que diz respeito ao contexto político, a década de 1930 ficou marcada pela crise do café e das oligarquias, que culminaram no fim da República Velha e no golpe de Estado que levou Getúlio Vargas ao poder. Com isso, o Brasil passa por um intenso processo de industrialização e urbanização e abandona o modelo agroexportador de café, predominante até o final do século XIX. Por consequência, houve um aumento no número de trabalhadores nas áreas urbanas e o Estado foi pressionado a dar respostas para as reivindicações dos trabalhadores frente às péssimas condições de higiene, saúde e habitação das áreas urbanas.

Segundo Bravo (2001), a política de saúde neste período passou a ter caráter nacional e foi dividida em saúde pública e medicina previdenciária. A saúde pública era direcionada para as camadas menos desfavorecidas, com a criação de condições mínimas de sobrevivência para a população urbana e rural, especialmente a primeira, além da criação de setores responsáveis pelo combate de endemias e campanhas sanitárias, como o Serviço Nacional de Febre Amarela, em 1937 e o Serviço de Malária do Nordeste, em 1939. Foi também durante o Governo Vargas que foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), destinado a atender a população que não possuía emprego formal e não estava vinculada ao modelo previdenciário.

A medicina previdenciária teve como papel dar assistência médica aos trabalhadores. Foi durante o governo de Getúlio Vargas que as CAPs foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs). Com a mudança, o modelo de financiamento passou a ser tripartite, ou seja, o Estado passou a ser um contribuinte, juntamente com as empresas e os trabalhadores. Entretanto, a mudança não ampliou a cobertura de assistência médica e previdenciária para uma maior quantidade de trabalhadores, pelo contrário, a previdência durante o período de 1930 a 1945, segundo Oliveira e Teixeira (1985), teve caráter contencionista de gastos.

A partir da década de 1950, o setor privado aumentou a pressão sob o Estado com vistas a privatização da assistência médica previdenciária que até

então, era fornecida majoritariamente pelo Estado. Apesar das pressões, a hegemonia do setor privado só se concretizou na década seguinte e a assistência médica previdenciária foi provida predominantemente pelo Estado até 1964. Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, com isso, a Saúde foi desvinculada do MESP. A criação MS culminou na "[...] reorganização das ações de saúde, acabando com a pulverização de recursos financeiros. Os serviços vinculados ao Ministério da Saúde se organizaram por meio das ações de saúde coletiva [...]. (LIMA e PINTO, 2003, p. 1040). Em 1960, foi promulgada a lei nº 3.807, ou Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), importante para a unificação da previdência social, na década seguinte.

O período que sucede o ano de 1964 é considerado um período onde houve intensa repressão política. Além disso, foi "marcado pela abertura da economia ao capital estrangeiro, acompanhada da contenção de salários e proibição de greves" (PAIVA, TEIXEIRA, 2014, p. 17). Após a instauração do regime civil-militar, a intervenção do Estado passa a seguir o binômio repressão-assistência, buscando a legitimação do governo frente a população.

A saúde pública, hegemônica até 1964, perde espaço para a medicina previdenciária, que passa a ser priorizada pelo Estado. A unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) resultou na criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O INPS uniformizou os benefícios, que eram bastante diversos nos antigos INPs e também eliminou o modelo de financiamento tripartite entre União, empregadores e trabalhadores.

Com o predomínio da medicina previdenciária durante a ditadura militar, o setor privado foi fortalecido pelo Estado. O governo promoveu a expansão da cobertura previdenciária para a maioria da população ao mesmo tempo em que restringiu a assistência médica a uma lógica curativa, individualizada e forneceu subsídios para o setor privado com a construção do complexo médico-industrial, responsável pela fabricação de medicamentos e equipamentos hospitalares.

Entre 1960 e meados da década de 1970, o Brasil passou por um período de crescimento, conhecido como milagre econômico. Neste período, o Produto Interno Bruto (PIB) do país cresceu consideravelmente. Entretanto, o crescimento econômico não se refletiu na melhoria das condições de vida da população brasileira. Entre os problemas enfrentados pela população naquela época estavam a

alta concentração de renda, a perda do poder aquisitivo do salário mínimo, o aumento dos preços e a crise nos serviços públicos. (PAIVA, TEIXEIRA, 2014)

Diante desse cenário, houve uma crescente insatisfação dos trabalhadores segurados da previdência com a qualidade dos serviços prestados e o governo, que ainda não havia conseguido consolidar a sua hegemonia e controlar as crescentes manifestações de insatisfação da população. As tensões sociais se intensificaram e, na medida em que os anos se passavam, o modelo de medicina previdenciária se mostrava incapaz de prover assistência à saúde de qualidade a toda população.

A partir de 1974 se inicia o processo de abertura democrática, com as eleições para o Senado, o atenuamento da censura durante o governo de Ernesto Geisel, a lei da anistia e o fim do AI-5, em 1979. À medida que o processo de abertura democrática ia avançando, as tensões sociais e o crescimento da mobilização popular continuavam aumentando.

Em 1975, o governo brasileiro instituiu o Sistema Nacional de Saúde (SNS), que culminou na separação entre a saúde pública e a medicina previdenciária. A saúde pública ficou sob responsabilidade do Ministério da Saúde e a assistência médica previdenciária sob responsabilidade do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), criado em 1974. A medicina previdenciária vigente da época já apresentava sinais de esgotamento. Segundo Bravo:

> A política nacional de saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário. As reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter a ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado (BRAVO,2001, p. 8).

Durante o regime militar, a saúde foi mercantilizada e tratada como uma mercadoria pelo Estado, que privilegiou o setor privado abrindo o mercado nacional para investimentos do capital internacional. A assistência à saúde de qualidade era restrita a alguns segmentos da população que possuíam emprego formal. Além disso, a saúde era tratada sob uma perspectiva biologizante, baseada na ideia de saúde como ausência de doença.

1.2 A Reforma Sanitária e a luta pela democratização da saúde

Paiva e Teixeira (2014), discorrem sobre a origem do movimento sanitário e a localizam na segunda metade da década de 1975. Profissionais de saúde, as escolas médicas e os departamentos de medicina preventiva e social iniciaram, nas palavras de Paim (1997) o questionamento do paradigma biomédico, ou seja, a visão de saúde como sinônimo de doença e o modelo de medicina previdenciária vigente da época, propondo a criação de um novo sistema de saúde.

Duas instituições são consideradas importantes para o fortalecimento da Reforma Sanitária: o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), criado em 1976 e a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), criada em 1979. Essas instituições foram as principais responsáveis pela produção teórica que subsidiou os debates do movimento sanitário e também foram importantes para o fortalecimento da Saúde Coletiva e para a ampliação da discussão sobre a democratização da saúde no Brasil na década de 1980. Essas instituições defenderam:

> A participação social, no lugar de políticas de controle das doenças, notadamente transmissíveis, a promoção da saúde e melhoria da qualidade geral de vida; no lugar de um setor dividido entre saúde pública e medicina previdenciária, um sistema unificado e universal (PAIVA e TEIXEIRA, 2014, p. 22).

A produção teórica desenvolvida pelo CEBES e pela ABRASCO foi influenciada pela corrente da medicina social latino-americana. Influenciada pela teoria marxista, a medicina social latino-americana criticou o entendimento de saúde como ausência de doença e propôs um novo conceito para explicar o processo de saúde-doença, o conceito de determinação social da saúde, totalmente contrário ao paradigma biomédico, que afirma que:

> O entendimento de que a saúde e a doença na coletividade não podem ser explicadas exclusivamente nas suas dimensões biológica e ecológica, porquanto tais fenômenos são determinados social e historicamente, enquanto componentes dos processos de reprodução social [...] (PAIM, 1997, p.13).

Em 1979, foi realizado o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, tendo como tema “A Questão Democrática na Área da Saúde”. Durante o evento, foi apresentado pelo CEBES o documento intitulado *A questão democrática na área da saúde*, onde estavam elencados os princípios centrais que foram posteriormente adotados pelo movimento sanitário, como: a saúde como direito universal, a responsabilização e o caráter regulador do Estado, a proposição de um novo

sistema de saúde seguindo os princípios de hierarquização e regionalização, a participação popular e o controle democrático (CEBES, 1979).

O início da articulação do movimento da Reforma Sanitária ocorreu concomitantemente ao período em que o Brasil enfrentava uma crise econômica oriunda do esgotamento do chamado “milagre econômico”. Naquela época, a previdência social enfrentava uma grave crise de financiamento e o Brasil possuía uma grande dívida externa. A década de 1980 ficou conhecida como “a década perdida”, do ponto de vista econômico. Ao mesmo tempo em que enfrentava uma crise econômica, o país enfrentava uma crise política, resultante da insatisfação da população brasileira com o regime ditatorial.

O período de abertura democrática iniciada em 1974 durante o governo de Ernesto Geisel foi um momento propício para a ascensão de movimentos sociais, que, insatisfeitos com a conjuntura da época, reivindicavam mudanças econômicas, políticas e sociais:

> Os movimentos sociais populares na década de 1980, no Brasil, não buscaram unicamente melhorias econômicas, mas clamavam por “democracia de base e direta e pela ampliação dos direitos de cidadania, especialmente no plano social.” (DOIMO, 1995, p.63).

Com a ascensão dos movimentos sociais, a discussão sobre saúde se expande, alcançando novos segmentos da sociedade. Bravo (2001) afirma que a discussão sobre um novo sistema de saúde, universal e democrático, alcançou uma dimensão política. Além dos movimentos sociais, partidos de oposição ao governo, sindicatos, insatisfeitos com o governo militar, também começam a discutir sobre a construção de um novo modelo de sistema de saúde universal. Assim se expandia o movimento da Reforma Sanitária, que:

> [...] Representava um pensamento contra-hegemônico que objetivava a transformação do sistema vigente, caracterizado pela dicotomia das ações estatais, pela predominância da compra dos serviços privados, pela modalidade hospitalar de atendimento e pela corrupção normatizada pela forma de pagamento conhecida como Unidade de Serviço (US). (ESCOREL, 1999, p. 51).

Pressionado pelas reivindicações populares e pelo crescimento do movimento sanitário, o governo, buscando alternativas para superar a crise que a previdência social estava enfrentando criou, em 1983, o Plano Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária, o Conasp. Vinculado ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), o Plano Conasp criou as chamadas Ações

Integradas em Saúde (AIS), que incorporaram mudanças defendidas pelo movimento sanitário, como:

> Responsabilidade do Poder Público em relação à saúde da população e ao controle do sistema de saúde, definição de programas a partir das doenças mais prevalentes, integralidade das ações de saúde, regionalização e hierarquização única dos serviços, valorização das atividades básicas, utilização prioritária e plena da capacidade instalada da rede pública, desenvolvimento de recursos humanos, participação dos segmentos sociais na definição de necessidades e na avaliação, correspondem à assimilação de um conjunto de propostas elaboradas por distintas entidades e críticos do sistema de saúde [...] constituem-se em objetivos de uma organização de serviços de saúde comprometida com as necessidades sociais (PAIM, 1986, p. 172).

O movimento sanitário avançou na medida em que a transição democrática se concretizava. Em 1985 chegou ao fim, depois de quase vinte anos, o regime militar. Tancredo Neves foi eleito presidente da república com seu vice-presidente José Sarney. Este foi o primeiro governo democrático pós ditadura militar e uma das primeiras ações de Tancredo Neves como presidente foi a convocação da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, em março de 1986. Esta conferência contou com a participação de mais de quatro mil e quinhentas pessoas e cerca de mil delegados.

Foi a partir da 8ª CNS que o debate sobre a democratização da saúde ganhou grande repercussão. Participaram da conferência trabalhadores, sindicatos, partidos políticos, movimentos sociais, profissionais da saúde, etc. Segundo Bravo (2001, p. 9) “a questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária”.

A 8ª CNS é considerada uma das conferências de saúde mais importantes até hoje, pois foi durante essa edição que foi proposto o conceito ampliado de saúde, em contraposição ao paradigma biomédico hegemônico da época que entendia a saúde como ausência de doença, desconsiderando outros fatores que interferem neste processo. O conceito influenciou a elaboração do texto sobre saúde na Constituição Federal de 1988:

> Em sentido amplo, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p. 4).

Além do conceito ampliado de saúde, contrário ao conceito biomédico, foram debatidos durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde a questão da saúde como um direito social, a universalização do acesso, a participação e controle social, a responsabilização do Estado frente ao financiamento da saúde, etc. A Conferência foi organizada em torno de três eixos: saúde como direito à cidadania, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento do setor saúde.

As discussões realizadas nos três eixos da conferência foram extremamente importantes para a elaboração do texto constitucional sobre saúde. Entre as principais conquistas para a política de saúde trazidas pela Constituição Federal de 1988 estão: a saúde como direito universal e dever do Estado; a relevância pública das ações e serviços de saúde, ou seja, cabe ao Estado também a regulamentação, fiscalização e controle da saúde; a criação de um Sistema Único de Saúde organizado de forma regionalizada, hierarquizada e descentralizada; assistência à saúde livre à iniciativa privada, de forma complementar, etc (BRASIL, 1988).

A política de saúde no Brasil nos anos 1980 foi construída em torno de três aspectos centrais: a politização da discussão sobre saúde, a alteração da norma constitucional e a mudança das práticas institucionais. O movimento sanitário, insatisfeito com o regime militar e com os rumos que a saúde pública tomava no Brasil foi fundamental para a materialização desses três aspectos centrais, ao estar na linha de frente da discussão sobre a democratização da saúde e a construção de um sistema de saúde democrático. Inicialmente representado pelo CEBES, ABRASCO, pelas escolas médicas e os departamentos de medicina preventiva e social, o Movimento Sanitário foi responsável pela politização da discussão sobre saúde, que a partir de 1980 ganhou, segundo Bravo (2001), uma dimensão política, ao alcançar movimentos sociais, partidos de oposição ao governo e toda a população brasileira.

O movimento sanitário também foi importante para a elaboração da Constituição Federal de 1988. A nova Constituição reconheceu a Saúde como um direito universal e definiu a responsabilização do Estado frente à Saúde. Além disso, a incluiu no sistema de Seguridade Social, com as políticas de Assistência e Previdência Social. Segundo Bravo (2001, p. 25) “a Constituição Federal introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapaz de universalizar direitos, tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes”.

O texto constitucional relacionado à saúde (artigos 196 a 200) também resultou em mudanças das práticas institucionais. A partir dos princípios de regionalização, hierarquização e descentralização, criou-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987 e posteriormente, o Sistema Único de Saúde (SUS).

1.3 O Sistema Único de Saúde

As principais legislações que regulamentam o Sistema Único de Saúde são a Constituição Federal de 1988, a lei nº 8.080 (Lei Orgânica da Saúde), de 19 de dezembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços e a lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS. O SUS é considerado um sistema pois:

> Segue os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, sob as responsabilidades das três esferas autônomas de governo federal, estadual e municipal. Assim, o SUS não é um serviço ou uma instituição, mas um sistema que significa um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum (FIGUEIREDO,2011, p. 36).

Matta (2007, p. 61) afirma que os princípios e as diretrizes constituem “as bases para o funcionamento e organização do sistema de saúde em nosso país, afirmando direitos conquistados historicamente pelo povo brasileiro e o formato democrático, humanista e federalista que deve caracterizar sua materialização". Os princípios do SUS são: a universalidade, integralidade e a equidade. No artigo 196, a Constituição Federal estabelece que:

> “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p.63).

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde é reconhecida como um direito fundamental e passa a ser considerada uma política de Seguridade Social. Não é mais necessário contribuir financeiramente para ter acesso aos serviços de saúde, o que é considerado um grande avanço pois, ao reconhecer a assistência à saúde como responsabilidade do Estado, a Constituição Federal rompe com a lógica de dependência entre saúde e previdência social predominante no Brasil por quase setenta anos.

O princípio da universalidade está relacionado ao artigo 196 que afirma que a saúde é direito de todos e é dever do Estado assegurar o acesso da população brasileira aos serviços de saúde, de forma igualitária:

> A universalidade do SUS apresenta-se não apenas como direito à saúde mediante políticas públicas, bem como aponta para a questão do direito à vida e a igualdade de acesso sem distinção de raça, sexo, religião ou qualquer outra forma de discriminação do cidadão brasileiro (MATTA, 2007, p. 68).

O princípio da integralidade está relacionado ao atendimento integral à saúde. A Constituição Federal determina que as ações e os serviços de saúde sejam organizados de forma integral, ou seja, devem ser realizadas ações com vistas à prevenção, promoção, assistência e reabilitação da saúde. O princípio da integralidade é inspirado no conceito ampliado de saúde, proposto durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. O conceito ampliado de saúde proposto pelo movimento sanitário questionou o paradigma biomédico centrado no binômio saúde/doença e afirmou que a saúde é determinada por fatores biológicos, sociais, econômicos, políticos, etc.

Por fim, o princípio da equidade está relacionado às desigualdades no acesso à saúde. A saúde é um direito de todos os brasileiros, entretanto, nem todas as pessoas possuem acesso de qualidade aos serviços de saúde. Alguns grupos e segmentos da população encontram maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde do que outros. Nesse sentido, o princípio da equidade reconhece as diferenças e prioriza o atendimento a essas pessoas, para que estas tenham igualdade de acesso frente ao restante da população e para que assim o princípio da universalidade seja cumprido:

> O princípio da equidade identifica o espaço da diferença, não o espaço da igualdade. É a concepção de um espaço regulador das diferenças, no sentido de reduzir ou atentar para as iniquidades ou diferenças. Isto é reconhecer a pluralidade e a diversidade da condição humana nas suas necessidades e nas suas potencialidades (MATTA, 2007, p. 69).

São diretrizes do SUS, presentes no artigo 198 da Constituição Federal: a descentralização, regionalização e hierarquização e a participação da comunidade. As diretrizes orientam sobre a organização e operacionalização do SUS em todo território nacional.

A descentralização orienta sobre a divisão de responsabilidades políticas e administrativas entre a União, os estados e os municípios frente ao Sistema Único

de Saúde. Cada esfera do governo possui uma instância administrativa: a União, o Ministério da Saúde, os estados, as secretarias estaduais de saúde e os municípios as secretarias municipais de saúde. A Norma Operacional Básica (NOB) de 1996 estabelece as responsabilidades administrativas de cada instância. A descentralização prevê a distribuição de poderes, responsabilidades e recursos financeiros entre os entes federativos do governo.

A regionalização versa sobre a organização territorial das ações e dos serviços de saúde. Eles devem ser organizados com base nas características de determinada região, nos indicadores epidemiológicos e no perfil populacional, para atender as necessidades específicas da população de uma determinada região. Essa diretriz reconhece as particularidades dos estados e dos municípios brasileiros, tendo em vista que o Brasil é um país diverso. A lógica proposta é: quanto mais perto da população, maior será a capacidade de o sistema identificar as necessidades de saúde e melhor será a forma de gestão do acesso e dos serviços para a população. (MATTA, 2007, p. 75)

A hierarquização está relacionada à organização do SUS por níveis de complexidade de atendimento. Os níveis de atenção são divididos em primário, secundário e terciário. Os serviços de atenção primária são conhecidos como a porta de entrada do SUS. Geralmente são os primeiros serviços procurados pela população, e tem como foco ações preventivas e curativas. Um exemplo de serviço de atenção primária são as Unidades Básicas de Saúde (UBS). O nível secundário é considerado intermediário, e possui maior número de serviços especializados, como hospitais, ambulatórios e policlínicas, com profissionais especializados em Cardiologia, Ortopedia, Pediatria, etc. Um exemplo de serviço de atenção secundária são as Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Por fim, o nível de atenção terciária oferece atendimentos em áreas de maior especialidade e realiza procedimentos com maior nível de complexidade como transplantes, tratamento oncológico, cirurgias complexas, etc. Um exemplo de serviço de alta complexidade são os hospitais universitários, como o Hospital Universitário de Brasília (HUB).

É importante ressaltar que os três níveis de atenção não são isolados um do outro, pelo contrário, funcionam conjuntamente. Com a divisão de níveis de atenção, a diretriz de hierarquização busca materializar o princípio da integralidade, ao orientar sobre a organização de cada nível de atenção, para que as ações de

prevenção, promoção, assistência e reabilitação da saúde sejam realizadas de forma conjunta.

A diretriz de participação da comunidade é uma conquista que é resultado das reivindicações do movimento da Reforma Sanitária, que lutou pela construção de um novo sistema de saúde onde a população também pudesse participar dos processos organizativos, decisórios, etc. A lei nº 8.142 de 1990 regulamenta a participação social na gestão do SUS. São instâncias de participação popular os conselhos de saúde e as conferências de saúde. Os conselhos são organizados nos três níveis de governo. Há o Conselho Nacional de Saúde, os Conselhos Estaduais de Saúde e os Conselhos Municipais de Saúde, que são permanentes e possuem caráter deliberativo, a fim de exercer o controle social sobre as ações e políticas de saúde. Os conselhos de saúde são formados tanto por usuários do SUS como por profissionais da saúde.

As conferências de saúde são organizadas a cada quatro anos, nos níveis municipal, estadual e nacional e tem como objetivo avaliar e propor novas ações que contribuam para o aprimoramento do SUS. As deliberações levadas para as Conferências Nacionais são resultados dos debates ocorridos nas conferências estaduais e municipais. A última Conferência Nacional de Saúde foi realizada em 2019 e teve como tema “Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS”. Os conselhos e as conferências de saúde são extremamente importantes para a consolidação da participação popular nos processos de planejamento, execução, gestão e fiscalização da política de saúde, contribuindo assim para a construção de um Sistema Único de Saúde mais justo e democrático.

O movimento da Reforma Sanitária foi fundamental para o reconhecimento da saúde como um direito de todos e dever do Estado e, consequentemente, para a construção do Sistema Único de Saúde. As leis nº 8.080 e nº 8.142 marcaram o início da institucionalização do SUS, na década de 1990. Entretanto, sua efetivação ainda não foi totalmente consolidada, por consequência das disputas entre movimentos que possuem interesses distintos na Saúde, como o movimento da Reforma Sanitária, que defende a Saúde como direito e dever do Estado e o movimento privatista, que trata a saúde como uma mercadoria e defende a privatização do SUS.

1.4 O neoliberalismo e os recorrentes ataques à política de Saúde

Bravo (2001) afirma que a partir da década de 1990 há um redirecionamento do papel do Estado no Brasil, relacionado ao avanço do neoliberalismo, que se espalhou pelo mundo ao final da década de 1980, após o Consenso de Washington, encontro organizado pelo Banco Mundial e pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) que estabeleceu uma série de medidas econômicas que os países subdesenvolvidos deveriam adotar para alcançar o desenvolvimento econômico e para enfrentar as crises do capitalismo. Entre essas medidas estão: a desresponsabilização do Estado frente à economia, a privatização de empresas e serviços públicos, abertura do mercado nacional ao capital estrangeiro, redução dos gastos públicos com as políticas e serviços sociais.

Na década de 1980 o Brasil enfrentava uma crise econômica, com aumento da inflação, dívida externa, altos níveis de desemprego, queda no consumo, etc. Fernando Collor de Mello, primeiro presidente eleito por vias democráticas após o regime militar, criou o Plano Collor em 1989, que tinha como objetivo adotar medidas para superar a crise econômica que o país enfrentava. Para isso, as primeiras ações do ex-presidente Collor foram reduzir os investimentos públicos e iniciar o processo de privatização de empresas estatais. Entretanto, Collor não conseguiu levar o Plano adiante devido às acusações de corrupção que culminaram em seu impeachment, em 1992.

Fernando Henrique Cardoso, eleito em 1994, deu continuidade às medidas neoliberais iniciadas pelo governo Collor. Em 1995, FHC enviou ao Congresso Nacional o projeto de Reforma do Estado. Comandado pelo ministro Bresser Pereira, o projeto preconizava um modelo de administração pública focado na descentralização, eficiência, controle dos resultados, redução dos custos e produtividade (Bravo, 2001).

O projeto de reforma do Estado proposto por FHC significou uma ameaça às conquistas alcançadas pela população brasileira por meio de lutas e reivindicações. O projeto diluiu a noção de Seguridade Social proposto pela Constituição. Além disso, o Estado, passa a exercer um papel majoritariamente regulador ao invés de provedor, transferindo ao setor privado responsabilidades frente às políticas sociais que antes eram suas.

A chegada do neoliberalismo ao Brasil coincide com o início da institucionalização do SUS. Por consequência, a construção de um sistema de saúde baseado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, reivindicada pelo movimento da Reforma Sanitária e decretada pela Constituição Federal foi seriamente ameaçada. Com o avanço da ofensiva neoliberal, o movimento sanitário encontrou dificuldades para a efetivação do SUS tal como estava previsto na Constituição Federal e na lei nº 8.080. Com o privilegiamento do setor privado e a abertura do mercado nacional ao capital internacional, a visão de saúde como direito e política social é relativizada pelos governos neoliberais e a mercantilização da saúde ganha força novamente.

No que diz respeito à política de saúde no governo Lula, Bravo (2001) afirma que o governo do ex-presidente não rompeu com a lógica neoliberal com que os governos anteriores trataram a política de Saúde, além de não fortalecer o SUS constitucional, pelo contrário:

> [...] A política macroeconômica do antigo governo foi mantida e as políticas sociais estão fragmentadas e subordinadas a lógica econômica. Nessa setorização, a concepção de seguridade social não foi valorizada, mantendo a segmentação das três políticas: saúde, assistência social e previdência social. (BRAVO, 2001, p. 15)

Para Bravo (2001), o governo Lula desenvolveu ações inovadores ao mesmo tempo em que deu continuidade à lógica neoliberal. Entre os aspectos de inovação estão: o resgate das ideias defendidas pela Reforma Sanitária, que foram totalmente esquecidas nos governos de Collor e FHC, a convocação da 12ª Conferência Nacional de Saúde, em 2003; a criação de novas secretarias como a Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde, a Secretaria de Atenção à Saúde e a Secretaria de Gestão Participativa. Entre os aspectos de continuidade, a autora ressalta que o desfinanciamento da política de Saúde, que resultou em serviços cada vez mais focalizados e precarizados. Além disso, o governo Lula não fortaleceu a concepção de Seguridade Social previsto na Constituição.

O governo da ex presidenta Dilma Rousseff deu continuidade ao governo Lula. Para Reis e Paim (2018, p. 103) “as políticas apresentadas não traziam inovação significativa nem explicitavam compromisso com a RSB, tampouco com o SUS”. O governo Dilma também reduziu gastos públicos, fortaleceu o setor privado e deu continuidade ao subfinanciamento da saúde pública, além de fornecer subsídios para o setor privado. A focalização das ações e dos serviços de saúde foi mantida.

Entretanto, como no governo Lula, desenvolveu ações de inovação como a criação do Programa Mais Médicos, da Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas privadas de Liberdade no Sistema Prisional, Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, o Programa Mais Médicos, Política Nacional de Atenção Hospitalar, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, etc.

A partir do governo de Michel Temer observa-se uma intensificação das ideias neoliberais no Brasil. Ao ser eleito por consequência de um golpe de Estado aplicado a Dilma Rousseff, Temer aprovou a Emenda Constitucional 95, a chamada PEC da Morte. Aprovada em 2016, a Emenda estabeleceu uma política de austeridade fiscal ao congelar o orçamento do governo para investimentos em políticas sociais como Saúde e Educação por vinte anos, o que representa um imenso retrocesso para as políticas sociais. Com a aprovação da EC 95, Temer "dá continuidade no conjunto da gestão que tem como prioridade o fim das políticas públicas e universais dando força para o aceleramento dos desmontes dos direitos sociais" [...] (TEIXEIRA, 2021, p. 50).

O governo de Jair Bolsonaro intensifica o processo de desmonte do SUS. Weiller (2019), afirma que antes da aprovação da EC 95 as políticas sociais passavam por um processo de subfinanciamento. Com a aprovação da referida emenda, as políticas sociais estão passando por um processo de contínuo desfinanciamento. Jair Bolsonaro dá continuidade ao projeto de desmonte do SUS iniciado por Temer. Somente em 2019 o SUS teve uma queda de quase 10 bilhões em seu orçamento. De 127 bilhões para 117,3 bilhões. Bolsonaro também extinguiu o Programa Mais Médicos, comprometendo o atendimento da Atenção Básica à Saúde e está promovendo o desmonte da política de Saúde Mental, defendendo a volta dos manicômios.

Durante a pandemia de Covid-19, ao invés de fortalecer o SUS, Bolsonaro tentou acelerar o seu processo de privatização. O decreto 10.530 de 2020 incluía as Unidades Básicas de Saúde, no Programa de Parcerias de Investimentos da Presidência da República (PPI). Com isso, o governo tinha como objetivo transferir a responsabilidade administrativa das Unidades Básicas de Saúde, consideradas porta de entrada do SUS, para a iniciativa privada. Após grande repercussão negativa, o decreto foi revogado pelo presidente Jair Bolsonaro.

O Sistema Único de Saúde é alvo de disputas entre projetos distintos desde o período da redemocratização e da promulgação da Constituição de 1988, como o projeto da Reforma Sanitária e o projeto privatista (BRAVO, PELAEZ, 2020). O primeiro defende a saúde como direito um direito universal e dever do Estado, além da consolidação do SUS seguindo os princípios de universalidade, integralidade e equidade. Já o segundo representa os interesses do setor privado e possui forte relação com o capital internacional, defendendo a desresponsabilização do Estado frente à política de Saúde e o privilegiamento do setor privado.

O projeto da Reforma Sanitária ganhou relevância a partir da segunda metade da década de 1975 e se manteve em evidência até o final da década de 1990. A partir desta década, o projeto privatista ganha força novamente nos governos de Fernando Collor e Fernando Henrique Cardoso. Estes dois projetos estiveram em constante disputa entre as décadas de 1990 e 2000.

A partir de 2010, dois novos projetos surgiram. O primeiro é o projeto da Reforma Sanitária Flexibilizada, que se consolidou nos governos petistas, principalmente no governo da ex-presidente Dilma Rousseff, entre 2013 e 2016. Neste projeto, as ideias defendidas pelo projeto da Reforma Sanitária são articuladas com as ideias liberais adotadas pelo Brasil, influenciadas pelo Consenso de Washington. Para Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018, p. 10), este projeto:

> É pautado por arranjos institucionais, mecanismos gerenciais e responsabilização dos profissionais para a adequação da política de saúde às exigências de uma política de rebaixamento da proposta inicial do Projeto da Reforma Sanitária, mesmo que isso envolva concessões que contrariam os interesses dos trabalhadores e o pleno usufruto do direito à saúde.

Os governos petistas também abriram espaço para a terceirização da gestão da saúde pública, com o incentivo às Organizações Sociais (OS) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), além da criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), com a aprovação da lei nº 12.550/2011. A partir de 2011, a EBSERH passou a administrar a maioria dos hospitais universitários federais do Brasil.

A partir do governo Temer ocorre uma forte articulação entre o governo e o setor empresarial da saúde. Além disso, é no governo Temer que o projeto do SUS totalmente submetido ao mercado, inspirado no projeto privatista, torna-se hegemônico. Este projeto defende um modelo de saúde conservador, que retoma o conceito de saúde biologicista hegemônico até a década de 1970, que considera a

saúde apenas como ausência de doença. O retorno do conceito biomédico de saúde resulta na predominância de ações focalizadas, curativas e medicamentosas, que se distanciam do princípio da integralidade e do conceito ampliado de saúde.

As ofensivas neoliberais que se intensificam a partir do governo Temer que ganharam continuidade no governo Bolsonaro dificultam ainda mais a consolidação do Sistema Único de Saúde tal como está definido na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde. O contínuo desfinanciamento que o SUS enfrenta tem como consequências ações e serviços de saúde cada vez mais focalizados e fragmentados. Além disso:

> Verifica-se a reprodução do modelo médico hegemônico, centrado mais na doença que na saúde, no tratamento que na prevenção ou promoção, no hospital e nos serviços especializados, e menos na comunidade, no território e na atenção básica. (PAIM, 2018, p. 1725)

O conceito ampliado de saúde, proposto pelo movimento sanitário e adotado pela Constituição Federal tem sido cada vez mais invisibilizado, como consequência do retorno da hegemonia do projeto privatista. É importante ressaltar que estes projetos não são implementados de forma contínua ou linear, mas a hegemonia de um determinado projeto depende da conjuntura política, econômica e social do país em determinado período histórico. Além disso, apesar da contínua ofensiva neoliberal promover o desmonte contínuo da política de Saúde, o SUS ainda resiste. Entretanto, ainda há um longo caminho para a sua plena efetivação como está prevista na Constituição Federal de 1988.

CAPÍTULO II. ESTIGMA, DISCRIMINAÇÃO E HIV/AIDS

2.1 A epidemia de HIV/Aids

De acordo com o Programa Nacional de Aids (2006), o vírus HIV surgiu em meados do século XX, na África Central. O HIV é resultado da mutação do vírus SIV, que foi encontrado no organismo de chimpanzés e macacos-verdes africanos. As primeiras infecções ocorreram por meio do "contato íntimo desses animais com os nativos africanos, quer por arranhaduras ou mordidas, quer pelo hábito dessas populações ingerir como alimento a carne de macaco mal cozida, contendo em seus tecidos e fluidos (sangue, secreções)" (PINTO et al., 2007, p. 47).

Galvão (2002) afirma que os primeiros casos de Aids foram registrados na África Equatorial, em 1960. Entretanto, a explosão de casos só ocorreu nos Estados Unidos, na Califórnia, vinte e um anos depois. Em 1981, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC) publicou um artigo que relatou o aumento no número de infecções por Sarcoma de Kaposi, que um tipo de câncer raro e pneumonia por Pneumocystis carinii em homossexuais, que levavam ao comprometimento do sistema imunológico e posteriormente, a morte.

O aumento no número de casos levou médicos e pesquisadores a supor que uma nova doença estava surgindo. Em 1982, o CDC intitulou a nova doença de *Acquired Immunodeficiency Syndrome*, ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Neste mesmo ano, foram registrados novos casos de AIDS em hemofílicos. Bebês também apresentavam sintomas de AIDS nas cidades de Nova York, Nova Jersey e na Califórnia. Em 1983, pesquisadores do Instituto Nacional do Câncer dos EUA identificaram o vírus causador da Aids e o denominaram como *Human Immunodeficiency Virus*, ou Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

O HIV é um vírus que compromete as células de defesa do sistema imunológico, especialmente os linfócitos T-CD4+, responsáveis por proteger o organismo contra doenças e infecções. Ao atacar essas células, o HIV provoca o comprometimento do sistema imunológico, o enfraquecendo. Com isso, o organismo humano fica suscetível às chamadas doenças oportunistas, como o Sarcoma de Kaposi e a pneumonia por Pneumocystis carinii. As formas de exposição podem ser por via sexual, quando ocorre a prática de relações sexuais sem o uso de preservativo, por exemplo; via sanguínea, por meio do compartilhamento de seringas

e perfurocortantes contaminados e via transmissão vertical, quando ocorre a transmissão da mãe para o bebê durante o parto. A Aids caracteriza-se por ser o estágio avançado de comprometimento do organismo pela infecção pelo HIV, podendo levar à morte, caso não seja realizado o tratamento.

Após a explosão de casos nos Estados Unidos, novos casos foram registrados em todo o mundo. Nesse mesmo ano, o Jornal do Brasil publicou uma matéria intitulada “Câncer em homossexuais é pesquisado nos EUA”. No ano seguinte, foram registrados casos nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro. O Boletim Epidemiológico emitido pelo Ministério da Saúde em 1982 registrou 10 mortes relacionadas a Aids, todas entre pessoas do sexo masculino.

No início da década de 1980, havia poucas informações relacionadas às formas de transmissão do HIV. Inicialmente, a Aids foi chamada nos Estados Unidos de “doença dos 5H”, pois os primeiros casos foram registrados em homossexuais, hemofílicos, *hookers* (termo em inglês para profissionais do sexo) heroinômanos (usuários de drogas injetáveis) e haitianos. O vírus logo ganhou uma representação social negativa e foi associado a expressões como “castigo divino” e “câncer gay”. Com isso, o conceito de grupos de risco se espalhou rapidamente, onde acreditava-se que determinados grupos possuíam maiores chances de contrair o vírus. A partir de 1990, o conceito de grupos de risco caiu em desuso e o termo comportamentos de risco passou a ser amplamente utilizado. Com isso, a falsa ideia de que somente determinados grupos estavam suscetíveis à exposição ao HIV foi descartada e passou-se a adotar a noção de comportamentos de risco, que aumentavam o risco de exposição ao HIV, como a relação sexual desprotegida e o uso de drogas injetáveis.

Parker (1997) identifica quatro fases de enfrentamento da epidemia do HIV/Aids no Brasil até a primeira metade da década de 1990. A primeira fase vai de 1982 a 1985 e caracterizou-se por ser um período em que o governo brasileiro realizou intervenções pontuais no combate à epidemia. Em 1983, o governo de São Paulo criou o primeiro programa de Aids, que tinha como objetivo criar estratégias de enfrentamento à doença. Neste mesmo ano, o número de casos de Aids aumentou consideravelmente. O Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde registrou 39 novos casos. No ano seguinte, o número subiu para 140.

Pressionado pela sociedade para dar respostas frente ao rápido crescimento da epidemia, o governo brasileiro estabeleceu por meio da portaria nº 236 de 1985

as diretrizes para o programa de controle da Aids, que ficou sob a responsabilidade da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. A partir da segunda metade da década de 1980, o governo brasileiro intensifica o combate à epidemia da Aids com a criação do Programa Nacional de Aids, que teve como título de sua primeira campanha “Quem vê cara, não vê Aids”. Neste mesmo ano o Brasil, a Zidovudina (AZT), primeiro medicamento utilizado no tratamento para o HIV passa a ser comercializado no Brasil.

Durante a primeira fase também foram criadas as primeiras Organizações Não Governamentais (ONGs) engajadas no combate à Aids. Em 1985, foi criado o Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS (GAPA) e em 1986 a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), que foi a primeira ONG a ter como presidente uma pessoa portadora de HIV, o ativista Herbert de Sousa, conhecido como Betinho. Apesar da criação do programa de controle da Aids e do Programa Nacional de Aids, a atuação do governo frente à epidemia ainda estava longe do ideal. Parker (1997, p. 9) afirma que a primeira fase “caracterizou-se pela omissão e negação generalizadas por parte da maioria das autoridades governamentais, especialmente na esfera federal, junto com uma onda moral de pânico, medo, estigma e discriminação”.

A segunda fase foi de 1986 até o início de 1990. Esta fase foi marcada por um enfrentamento técnico e pragmático da epidemia por parte do governo. Concomitantemente, ONGs como o Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS e pessoas vivendo com HIV começaram a se organizar politicamente e intensificaram a pressão sobre o governo, reivindicando direitos e mudanças na forma de enfrentamento à epidemia, para que esta não fosse vista somente como uma questão técnica, mas sobretudo uma questão política. (PARKER, 1997)

A terceira fase coincide com o período do governo Collor, e vai de 1990 até o final de 1992. Seguindo o modelo de ajuste neoliberal, que priorizou o corte de gastos públicos, Collor promoveu um desmonte no Programa Nacional de Aids, além da falta de cooperação e interação entre o referido programa e os programas estaduais e municipais de combate ao HIV/Aids, o que “tornaram extremamente clara a dificuldade de sustentar uma resposta a longo prazo à epidemia” (PARKER, 1997, p. 10). Além disso, o governo lançou campanhas polêmicas como “Se você não se cuidar, a aids vai te pegar” e “Eu tenho aids e eu vou morrer”, que fortaleceram a representação negativa em torno do vírus.

Ao mesmo tempo em que promoveu o desmonte do Programa Nacional de Aids, o governo Collor iniciou, em 1991, a distribuição gratuita da Zidovudina (AZT), primeiro medicamento utilizado no tratamento para o HIV. Com isso, o Brasil foi um dos primeiros países no mundo a distribuir o medicamento gratuitamente.

A quarta fase estendeu-se até o final de 1992. Diferentemente da terceira fase, houve uma maior cooperação entre os programas de combate a Aids entre todas as esferas do governo, além da maior cooperação entre governo, ONGs e universidades. O Brasil firmou um acordo com o Banco Mundial, que resultou no aumento de investimentos nos programas de combate ao HIV/Aids. Para Bravo et al. (2006, p. 9), o Brasil "de forma pioneira, comprometeu-se desde o primeiro momento com a assistência, adotando a política de distribuição gratuita e de cobertura universal dos medicamentos antirretrovirais". Em 1996, foi aprovada a lei nº 9.313, que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV no âmbito do Sistema Único de Saúde. A partir desse ano, o SUS passa a ofertar o tratamento antirretroviral a pessoas que vivem com HIV.

A epidemia de HIV/Aids tem passado por profundas transformações em seu perfil epidemiológico nos últimos 30 anos. A partir de 1990, observa-se o crescimento dos processos de interiorização, feminização, heterossexualização e pauperização (BRITO et al, 2001; PINTO et al, 2007). No início da década de 1980, os casos de Aids foram registrados somente em grandes cidades como São Paulo e Rio de Janeiro. A partir de 1990, casos começam a ser registrados também em municípios de médio e pequeno porte, não se restringindo mais aos centros urbanos. Em 2001, 59% dos 5.507 municípios brasileiros registraram pelo menos um caso de Aids (BRITO et al., 2001).

O número de casos de Aids entre mulheres também cresceu. De acordo com o Boletim Epidemiológico de HIV/Aids de 2021, foram notificados cerca de 1.045.355 de aids no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Desse total, 65,8% (688.348) foram diagnosticados em homens e 34,1% (356.885) em mulheres. Em 1980, 100% dos casos foram registrados em homens. Em 1990, esse percentual caiu para 84% e em 2000 caiu para 64%. O percentual de casos entre homens atingiu o patamar mais baixo em 2010: 61,9% (25.329), enquanto os casos registrados em mulheres atingiram 38% (15.538).

Também houve equilíbrio na razão de casos masculino/feminino (M/F). Em 1982, era de 16,1, em 1990, 5,4. A partir de 1998 houve uma queda brusca na razão

de casos, 1,9. Esse número permaneceu abaixo de dois por mais de quinze anos e só voltou a aumentar em 2015, quando atingiu 2,1, ou seja, 21 casos entre homens para cada 10 casos entre mulheres. Com isso, pode-se afirmar que embora haja o predomínio de casos entre homens desde o início da epidemia, observa-se um aumento no número de casos entre mulheres, principalmente após o ano de 2000.

A principal forma de transmissão do HIV é a transmissão por via sexual. De acordo com o Boletim Epidemiológico de HIV/Aids de 2021 desde 1980 há um predomínio da transmissão por via sexual tanto em homens quanto em mulheres, seguido pela transmissão por via sanguínea. De 1980 a 1990, a principal categoria de exposição era a homossexual. Entretanto, a partir de 1990 observa-se um aumento de casos na categoria heterossexual. Em 2000, 49% dos casos registrados foram resultado de exposição heterossexual, seguido pela homossexual (10,9%), bissexual (7,1%) e transmissão por via sanguínea (14,6%). A categoria de exposição heterossexual continua sendo predominante durante a última década, entretanto, nos últimos cinco anos houve aumento de casos de Aids resultantes de exposição homossexual e bissexual. Em relação às mulheres, desde o início da epidemia a categoria de exposição predominante é a heterossexual.

O processo de pauperização indica que há um avanço da epidemia entre segmentos mais desfavorecidos da população. No que diz respeito ao grau de escolaridade, o número de casos registrados em 2020 entre pessoas que possuíam o ensino médio completo foi de 23,3%, seguido de 5ª a 8ª série incompleta (10,6%), ensino superior completo (9,5%), médio incompleto (7,6%), 1ª à 4ª série incompleta com (5,2%) e 4ª série completa (3,6%). Observa-se um predomínio de casos entre pessoas que possuem o ensino médio completo. Contudo, quando se compara o nível de escolaridade entre o sexo masculino e feminino, observa-se predominância de casos entre mulheres com baixa escolaridade. Em 2020, a proporção de casos entre pessoas do sexo masculino com ensino médio foi de 23,9% e ensino superior completo 11,3%, enquanto em pessoas do sexo feminino a proporção foi de 19,8% e 4,3%, respectivamente.

Dados epidemiológicos relacionados ao HIV/Aids mostram que a taxa de detecção está em queda desde 2012, quando foram registrados 21,4 casos a cada 100 mil habitantes. Em 2020, caiu para 14,1. A taxa de detecção também está em queda em menores de cinco anos, e passou de 4 casos por 100 mil habitantes em 2010 para 1,2 casos em 2020, uma redução de 69,7%. Em geral, a média anual de

casos nos últimos cinco anos foi de 36,8 mil. As mortes tendo como causa básica a AIDS também estão em queda. Entre 2010 e 2020, verificou-se uma queda de 29,9% no coeficiente de mortalidade, que passou de 5,7 para 4,0 óbitos por 100 mil habitantes.

Os casos de Aids são predominantes em mulheres negras desde 2010 e em homens negros desde 2012. De acordo com o Boletim Epidemiológico de HIV/Aids de 2021, em 2020, 58,3% dos casos foram registrados entre homens negros e 60% entre mulheres negras. Em relação aos óbitos, 61,9% foram entre pessoas negras, 37,6% entre brancos, 0,3% entre amarelos e 0,3% entre indígenas. Entre os anos de 2010 e 2020, houve queda de 10,6% em óbitos entre pessoas brancas e aumento de 10,4% entre pessoas negras. Ao analisar esses dados, pode-se afirmar que a epidemia de HIV/Aids está em desaceleração entre pessoas brancas e em crescimento de casos e óbitos entre pessoas negras.

Os processos de interiorização, feminização, heterosexualização e pauperização mostram que houve mudanças no perfil epidemiológico das pessoas que vivem com HIV nos últimos trinta anos. Na década de 1980, os casos estavam concentrados em cidades como São Paulo e Rio de Janeiro, entre pessoas do sexo masculino e com alta escolaridade, além da principal categoria de exposição ser a homossexual. Este padrão começou a sofrer mudanças a partir da década de 1990, quando foram registrados casos em várias cidades do Brasil e a categoria de exposição predominante passa a ser a heterossexual e, consequentemente, houve aumento no número de casos de HIV e Aids entre mulheres.

A redução do número de óbitos e da taxa de detecção por 100 mil habitantes são indicadores de que a epidemia de HIV/Aids está em desaceleração. Contudo, está longe de ser erradicada. Os processos de estigmatização e discriminação, que serão abordados no subitem a seguir, são responsáveis pela manutenção da epidemia e para a produção e reprodução de desigualdades sociais.

2.2 Estigma e discriminação: a terceira epidemia

Quando o Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC) publicou um artigo em 1981, em que alertou sobre o aumento no número de infecções por Sarcoma de Kaposi e pneumonia por Pneumocystis carinii, os

pesquisadores e médicos norte americanos levantaram a hipótese de que o aumento de casos dessas infecções estava relacionado ao surgimento de uma nova doença.

O desconhecimento relacionado às formas de transmissão do vírus HIV, que só seria denominado assim dois anos depois, em 1983, resultou na publicação de reportagens que traziam informações imprecisas e tendenciosas sobre o HIV. O jornal New York Times, por exemplo, publicou em 1981 uma matéria chamada "Câncer raro é encontrado em 41 homossexuais". Antes mesmo dos primeiros casos de Aids serem registrados no Brasil, a mídia brasileira já falava sobre o surgimento de uma nova doença nos Estados Unidos e após os registros dos primeiros casos nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, o jornal Luta Democrática publicou em 1983, uma matéria chamada "Peste gay é a epidemia do século".

A partir dessas reportagens, expressões como "peste gay" e "câncer gay" foram popularizadas. A Aids logo passou a ser associada a grupos cujas práticas eram consideradas fora das normas e dos padrões socialmente estabelecidos. Como os primeiros casos foram registrados majoritariamente em homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis, a nova doença logo passou a ser associada a essas pessoas. Por consequência, a ideia de "grupos de risco" se disseminou. Acreditava-se que certos grupos eram mais propensos ao contágio do que outros.

A associação do HIV/Aids a "grupos de risco" na década de 1980 contribuiu para a construção da representação social negativa da epidemia e a mídia, tanto internacional quanto brasileira, teve participação fundamental neste processo. Para Spink et al. (2001), a mídia:

> "Assumiu um papel fundamental nos processos de produção de sentidos, introduzindo transformações substantivas nas práticas discursivas cotidianas. A mídia constitui um meio poderoso de criar e fazer circular repertórios, e tem o poder de criar espaços de interação, propiciando novas configurações aos esforços de produção de sentido" (SPINK et al, 2001, p. 853).

A partir dessa colocação, pode-se afirmar que a mídia, tanto internacional quanto brasileira, foi primordial para a popularização de estereótipos como "câncer gay" e "peste gay" e de metáforas da Aids vista como sinônimo de morte, punição e como a "doença do outro" ao espalhar informações tendenciosas e sem evidência científica de que homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas

injetáveis eram mais suscetíveis ao contágio, colaborando assim, para o fortalecimento da estigmatização em torno do HIV/Aids.

Jonathan Mann (1987) identifica três fases distintas da epidemia do HIV/Aids. A primeira é a epidemia do HIV. Essa fase, segundo o autor, pode passar despercebida durante anos. A segunda fase é a epidemia da Aids, que ocorre quando começam a surgir registros de doenças infecciosas relacionadas à evolução da doença, como o aumento de casos de Sarcoma de Kaposi e pneumonia por Pneumocystis carinii na Califórnia, por exemplo. A terceira e última fase é caracterizada como a de respostas sociais, econômicas e políticas relacionadas à Aids, que segundo Parker e Aggleton (2001, p. 22) vêm se caracterizando, principalmente, por níveis excepcionalmente altos de estigma, discriminação e, certas vezes, negação coletiva". A terceira epidemia é descrita como a epidemia do estigma e da discriminação.

Estudos sobre o estigma e sua relação com o HIV/Aids geralmente utilizam como ponto de partida o conceito formulado pelo sociólogo Erving Goffman, que define estigma como uma espécie de marca, um "atributo profundamente depreciativo", que torna o indivíduo "inabilitado para aceitação social plena" (GOFFMAN, 1982, p. 4). Goffman afirma que a sociedade possui determinadas regras e normas estabelecidas. Quando as "expectativas normativas" não são cumpridas pelos indivíduos, eles são estigmatizados. Com isso, é atribuída uma "identidade deteriorada" a essas pessoas que não se encaixam nos padrões socialmente aceitos. O estigma cria a chamada identidade social virtual, atribuída ao estigmatizado por outras pessoas, essa identidade é carregada de estereótipos baseados em expectativas socialmente estabelecidas que não são cumpridas, que difere da identidade social real, que são características que o indivíduo de fato possui.

A discriminação é vista como a materialização do estigma, ou da estigmatização, e pode manifstar-se em relação a raça, gênero e etnia, orientação sexual, religião, classe social, etc. Para Parker (2013, p. 28) a discriminação:

> Tem sido vista como uma espécie de resposta comportamental causada por essas atitudes negativas – ou, como por vezes tem sido descrito na literatura, como uma forma efetivada de estigma ou preconceito. Em acepções mais populares, tanto o estigma quanto o preconceito têm sido considerados, em certo sentido, como a teoria, e a discriminação como a prática.

Parker e Aggleton (2001) propõem um novo entendimento a respeito do conceito de estigma. Os autores concordam com a afirmação de Goffman de que o estigma estabelece diferenças entre as pessoas. Entretanto, criticam a ênfase na noção de estigma como um "atributo depreciativo". Os autores argumentam que esta ênfase induz ao entendimento de que o estigma é um tipo de coisa e que isso pode levar a uma análise individualizada a respeito do estigma. Em contraposição, os autores conceituam o estigma como um processo social e ressaltam que:

> Esses processos só podem ser entendidos em relação a noções de poder mais amplas de poder e dominação. Na nossa visão, o estigma desempenha um papel central na produção e na reprodução das relações de poder e de controle em todos os sistemas sociais. Faz com que alguns grupos sejam desvalorizados e que outros se sintam de alguma forma superiores" (PARKER, AGGLETON, 2001, p. 30).

O estigma, ou a estigmatização, não é uma construção psicológica ou processo individual e sim um processo social construído historicamente e que é carregado de intencionalidades. A estigmatização faz com que determinados grupos sejam valorizados e outros desvalorizados. O estigma, entendido como um processo social, é construído em determinados "contextos específicos de cultura e poder", e é fundamental para a manutenção da ordem social.

Para explicar como a estigmatização é fundamental para o processo de produção da diferença a serviço do poder, Parker e Aggleton discutem a noção de poder de Michel Foucault. As obras de Foucault como Vigiar e Punir (1977) e A História da Sexualidade, vol. 1: A vontade de saber (1988) discutiram sobre novas formas de controle social utilizadas nas sociedades européias modernas a partir do século XIX, onde o poder foi estabelecido por meio da conformação e da criação dos chamados "corpos dóceis", e não mais por meio da violência física e da coerção. A partir daí, os autores estabelecem uma relação entre produção da diferença, presente na obra de Goffman (1982) com a noção de conhecimento e poder presente nas obras de Foucault:

> O trabalho de Foucault enfatizou mais claramente a produção cultural da diferença a serviço do poder. Embora a obra de Goffman sobre o estigma mal mencione a noção de poder, e a obra de Foucault sobre o poder pareça não estar preocupada com o estigma em si, quando os dois trabalhos são lidos concomitantemente vem à tona, inevitavelmente, a questão da estigmatização culturalmente construída (ou seja, a produção da diferença valorizada negativamente) como central para o trabalho do poder – e, portanto, para o estabelecimento e a manutenção da ordem social (PARKER E AGGLETON, 2001, p. 33).

Outra discussão central presente na obra de Parker e Aggleton (2001) é o uso estratégico do estigma no processo de produção e reprodução de desigualdades sociais. Para entender a função do estigma neste processo, os autores discutem a noção de violência simbólica de Pierre Bourdieu. A violência simbólica é “uma violência que se exerce com a cumplicidade tácita daqueles que a sofrem e também, frequentemente, daqueles que a exercem na medida em que uns e outros são inconscientes de a exercer ou a sofrer” (BOURDIEU, 1996, p. 16). A violência simbólica é exercida por grupos dominantes que se apropriam de discursos e práticas culturais a fim de legitimar o seu poder frente a grupos mais desfavorecidos.

Esses discursos e práticas culturais são impostos de maneira subjetiva aos indivíduos, fazendo com que estes aceitem as estruturas de hierarquização, como indivíduos estigmatizados e não estigmatizados, por exemplo. A estigmatização, é uma prática cultural que além de estabelecer diferenças entre os indivíduos, é fundamental para o processo de produção e reprodução de desigualdades sociais:

> De fato, é possível ver a estigmatização desempenhando um papel chave na transformação da diferença em desigualdade, e pode funcionar, em princípio, em relação a qualquer dos eixos principais da desigualdade estrutural interculturalmente presente: classe, gênero, idade, raça ou etnia, sexualidade ou orientação sexual, e assim por diante (PARKER, AGGLETON, 2001, p. 37).

A estigmatização relacionada ao HIV/Aids opera junto a outras formas de estigmatização preexistentes ao surgimento da epidemia. Malcolm et al., (1998) identifica quatro fontes de estigma e discriminação anteriores a epidemia de HIV/Aids, são elas: o estigma relacionado à sexualidade, o estigma relacionado ao gênero, o estigma relacionado à raça e etnia e o estigma relacionado à pobreza.

A homossexualidade era considerada uma prática sexual fora dos padrões estabelecidos antes do surgimento da epidemia, sendo assim, estigmatizada. Com a emergência dos primeiros casos da Aids em homossexuais, expressões como “câncer gay” e “peste gay” disseminaram-se rapidamente e a doença logo foi associada a homossexuais. A associação entre Aids e homossexualidade até hoje se constitui como “o aspecto mais enraizado do estigma, da discriminação relacionados ao HIV/Aids” (PARKER, AGGLETON, 2001, p. 47).

O estigma relacionado ao gênero é direcionado principalmente as mulheres cujo comportamentos são considerados promíscuos, como profissionais do sexo. Essas mulheres, muitas vezes, eram responsabilizadas pelo aumento da transmissão heterossexual. Tanto o estigma relacionado a homossexualidade como

o estigma relacionado ao gênero tem como base normas e padrões conservadores, que consideram como desvio sexual e promiscuidade práticas que não se encaixam no que é socialmente aceitável.

A estigmatização baseada na raça e etnia também é anterior à epidemia, e sua relação com o HIV/Aids pode ser observada claramente no início da década de 1980 nos Estados Unidos, quando foi denominada de doença dos “5H”, incluindo haitianos. Por fim, há a estigmatização relacionada à pobreza, também anterior à epidemia. Esta forma de estigmatização preexistente torna grupos mais desfavorecidos mais suscetíveis a sofrerem com o estigma e a discriminação relacionados ao HIV/Aids.

Além das fontes preexistentes de estigmatização relacionadas à orientação sexual, gênero, raça/etnia e pobreza, tem-se também as fontes específicas de estigmatização relacionadas ao HIV/Aids. De Bruyn (1999) cita mitos que contribuíram para a construção da representação social negativa da epidemia tais como: a ideia da Aids como uma ameaça à vida, como sinônimo de medo e terror, Aids ligada a comportamentos que já estigmatizados, a responsabilização dos indivíduos pelo contágio, resultados de crenças morais, muitas vezes carregadas de valores religiosos.

Parker e Aggleton (2001), ao analisarem as fontes preexistentes de estigmatização e as fontes específicas relacionadas ao HIV/Aids, afirmam que a interação entre estigmas gera uma espécie de sinergia, que potencializa a estigmatização relacionada ao HIV/Aids, especialmente sobre grupos que já eram estigmatizados antes do surgimento da epidemia. Homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis, por exemplo, foram responsabilizados pela disseminação da epidemia no início da década de 1980 e até hoje sofrem com a representação social negativa em torno do HIV/Aids.

O estigma e a discriminação podem ser experimentados em diferentes níveis de intensidade (Malcolm et al., 1998). Parker e Aggleton (2001) mostram que os efeitos da estigmatização relacionados ao HIV/Aids podem ser sentidos tanto a nível coletivo como a nível individual. No nível coletivo, o estigma pode ser sentido em maior ou menor grau a depender de leis, políticas e normas de determinado país ou região. Há países que aplicam severas regulações às pessoas que vivem com HIV, como Egito, Iraque, Rússia e Arábia Saudita que exigem testagem obrigatória para admissão ao trabalho e a restrições de entrada, permanência ou residência de

viajantes. Essas medidas reforçam ainda mais a estigmatização das pessoas que vivem com HIV. As leis, políticas e normas são utilizadas como meios para perpetuar o estigma e a discriminação.

No nível individual, os efeitos da estigmatização podem ser sentidos de diferentes formas, como na redução do suporte social de família e amigos (Seidl et al., 2005; Lenzi et al., 2018). O medo de sofrer julgamentos ou ser excluído do convívio social pode levar as pessoas vivendo com HIV a omitir seu estado sorológico, tornando o processo de enfrentamento do HIV solitário, podendo influenciar no adoecimento mental e na adesão ao tratamento antirretroviral. Herbert Daniel denominou a sensação de não pertencimento de pessoas vivendo com HIV à sociedade como “morte social” (Daniel & Parker, 2001).

Grupos historicamente vulneráveis são mais suscetíveis a contrair o HIV e sofrer com os processos de estigma e discriminação. Para Ayres et al. (2009, p. 5):

> “A noção de vulnerabilidade busca responder à percepção de que a chance de exposição das pessoas ao HIV e ao adoecimento pela aids não é a resultante de um conjunto de aspectos apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento, e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos”.

Ayres et al. (2009) explicam como determinados grupos são mais vulneráveis à exposição ao HIV a partir da interação entre três dimensões do conceito de vulnerabilidade: individual, social e programática. A vulnerabilidade individual está relacionada ao grau e a qualidade das informações a qual as pessoas tem acesso sobre formas de prevenção e transmissão do HIV/Aids, que podem evitar comportamentos de risco tais como relação sexual desprotegida e uso de drogas injetáveis.

A vulnerabilidade social está relacionada a mecanismos de exclusão social que potencializam a vulnerabilidade individual, tais como relações de classe, gênero, raça e etnia, discriminação relacionada à sexualidade, crenças religiosas, etc. Esses mecanismos podem dificultar ou até mesmo inviabilizar o acesso à informação sobre formas de prevenção e transmissão do HIV/Aids, bem como o acesso a bens e serviços de saúde. Os mecanismos de exclusão social influenciam no grau de vulnerabilidade social dos indivíduos:

> “Na perspectiva da vulnerabilidade, não seriam apenas os efeitos da pobreza e da desigualdade econômica, traduzidos na falta de acesso a bens e serviços, os responsáveis pela heterogeneidade nos perfis de morbimortalidade entre os diversos grupos humanos. Diferentes

> mecanismos de exclusão social, discriminação e opressão relacionados ao gênero, à etnia, à faixa etária e ao modo de exercer a sexualidade também interferem no grau de saúde das populações, ao facilitar a ocorrência de alguns agravos ou ao dificultar o acesso aos meios para a sua prevenção e cuidado" (CARVALHO et al., 2005, p. 66).

Por fim, a vulnerabilidade programática está relacionada aos esforços institucionais no combate à vulnerabilidade social, que podem atuar para combater ou reforçar esta vulnerabilidade. Para Ayres et al. (2009, p. 6) as instituições: "especialmente as de saúde, educação, bem-estar social e cultura, atuam como elementos que reproduzem, quando não mesmo aprofundam, as condições socialmente dadas de vulnerabilidade".

O conceito de vulnerabilidade é bastante útil para elucidar como a epidemia de HIV/Aids está crescendo entre segmentos específicos. Dados do Boletim Epidemiológico de 2021 mostram que, a partir de 1990, a epidemia passa pelos processos de heterossexualização e pauperização. Diferentemente do que aconteceu no início da epidemia, onde casos eram registrados majoritariamente entre homossexuais, mais casos estão sendo registrados em mulheres, especificamente entre as mulheres negras. Além disso, mais casos estão sendo registrados entre pessoas com menor grau de escolaridade.

2.3 As respostas do Estado brasileiro e de organizações internacionais frente à epidemia de HIV/Aids

Desde a década de 1990, o Brasil é considerado referência mundial em tratamento para o HIV/Aids. A articulação entre a sociedade civil, universidades e ONGs como o Grupo de Apoio à Prevenção da Aids (GAPA) foi extremamente importante para uma intervenção mais efetiva por parte do Estado brasileiro frente à epidemia de HIV/Aids. O país foi um dos pioneiros na criação de um Programa Nacional de DST/Aids, em 1999. O documento:

> Orienta as ações do Programa Nacional de DST/Aids no âmbito da promoção à saúde; da proteção dos direitos fundamentais das pessoas com HIV/Aids; da prevenção da transmissão das DST, do HIV/Aids e do uso indevido de drogas; do diagnóstico, do tratamento e da assistência às pessoas portadoras de DST/HIV/ Aids; e do desenvolvimento e fortalecimento institucional dos gestores locais de programas e projetos na área (BRASÍLIA, 1999, p. 7).

Além do Programa Nacional de DST/Aids, outra resposta do Estado para ao enfrentamento da epidemia foi a aprovação da lei nº 9.313/1996, que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos antirretrovirais no âmbito do Sistema Único de Saúde. De acordo com Greco (2016), de 1996 a 2002, o Brasil investiu aproximadamente 1,6 bilhão de dólares em medicamentos antirretrovirais, o que resultou na redução da mortalidade relacionada à Aids. Em 2007, o ex-presidente Lula realizou a quebra de patente do medicamento Efavirenz, o que permitiu a importação do medicamento por um valor mais acessível.

O governo de Dilma Rousseff promoveu uma reestruturação das ações e serviços de enfrentamento à epidemia. Em 2013, foi aprovado o Protocolo Clínico de Tratamento de Adultos com HIV/Aids, que garante o início do tratamento antirretroviral imediato a todas as pessoas que testaram positivo para o HIV, mesmo sem o comprometimento do sistema imunológico. “Com as novas medidas, o Brasil se torna o primeiro país no mundo a implantar o tratamento como prevenção em um sistema de saúde pública”, afirmou o ex- ministro da Saúde Alexandre Padilha.

No mesmo ano, foi publicada a Portaria Conjunta nº 1, que instituiu o Regulamento de Serviços de Atenção às DST/HIV/Aids. Com isso, foram criados serviços especializados em atendimento ao HIV/Aids como os Centros de Testagem e Acolhimento (CTA), que substituíram os antigos Centros de Orientação e Acompanhamento Sorológico (COAS), os Serviços de Atenção Especializada (SAE), serviços ambulatoriais de atendimento integral às pessoas que vivem com HIV; os Centros de Referência e Treinamento (CRT), que tem como objetivo a capacitação técnica de equipes de saúde, a Assistência Domiciliar Terapêutica em Aids (ADT), que presta atendimento domiciliar de baixa complexidade e também cuidados paliativos e as Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDT), que realizam a distribuição de medicamentos antirretrovirais. Durante o governo de Dilma Rousseff, foram investidos cerca de 1,2 bilhão no combate ao HIV/Aids em 2013, sendo cerca de 770 milhões destinados à compra de medicamentos.

Desde a década de 1990, a resposta brasileira frente à epidemia é considerada referência mundial. Entretanto, este reconhecimento está sendo cada vez mais ameaçado por governos neoliberais, que defendem a intervenção mínima do Estado e o corte de gastos com políticas sociais e serviços públicos. O sucateamento do Sistema Único de Saúde, potencializado pela aprovação da Emenda Constitucional nº 95, que culminou no desmonte da Política Nacional de

HIV/Aids, bem como as ações e os serviços especializados em atendimento à PVHA.

Desde o início de seu mandato, o presidente Jair Bolsonaro está promovendo o desmonte da Política Nacional de HIV/Aids. Em 2019, Bolsonaro publicou o decreto nº 9.795, que extinguiu o Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais e o integrou ao Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (BRASIL, 2019). Com a mudança, o financiamento destinado às políticas e serviços especializados em HIV/Aids passou a ser compartilhado com o orçamento de ações e serviços relacionados ao combate de doenças como Hanseníase e Tuberculose.

A extinção do Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais foi vista por ONGs e movimentos sociais como uma tentativa de desmonte do Programa Brasileiro de HIV/Aids. Alexandre Padilha, ex-ministro da Saúde do governo de Dilma Rousseff, avalia a extinção do departamento como uma forma de "tentar colocar no esquecimento algo grave, que é a epidemia do vírus, existente no Brasil e no mundo".

Uma reportagem feita pelo jornal Estadão mostra que o orçamento direcionado à campanhas de prevenção diminuiu consideravelmente a partir de 2018. No referido ano, foram destinados 22 milhões de reais, 14,8 milhões em 2019, 3,9 milhões em 2020 e apenas 100 mil reais em 2021. Com a redução do orçamento, as campanhas de prevenção e combate ao HIV/Aids estão cada vez mais escassas. O investimento de 2020 corresponde a apenas 1% do que foi investido há vinte anos atrás. Além disso, Bolsonaro também excluiu as populações-chave, que incluem profissionais do sexo, pessoas trans, pessoas que usam drogas, homens gays e outros homens que fazem sexo com homens das campanhas de prevenção.

Com o surgimento da Covid-19, o governo reduziu ainda mais sua intervenção frente à epidemia do HIV/Aids. De acordo com os dados do Painel de monitoramento de dados de HIV durante a pandemia da COVID-19, fornecidos pelo Ministério da Saúde, a distribuição de medicamentos antirretrovirais diminuiu durante a pandemia. Em 2019, foram distribuídos cerca de 4.848.028 milhões de medicamentos. Em 2020, 4.143.573 milhões. Em 2021 o número foi ainda menor, 3.928.384 milhões.

Os exames de CD4 e carga viral, importantes para o acompanhamento do quadro clínico das pessoas que vivem com HIV, também diminuíram durante a pandemia. Em relação aos exames de CD4, foram realizados 455.475 mil exames em 2019, 306.036 em 2020 e 370.105 em 2021. Em relação aos exames de carga viral, foram realizados 919.511 mil exames em 2019, 732.302 em 2020 e 878.699 em 2021.

Além de promover o desmonte da Política Nacional de HIV/Aids, o presidente Bolsonaro, por meio de declarações polêmicas, reforça o processo histórico de estigma e discriminação direcionados as PVHA. Em uma coletiva de imprensa realizada em 2020, Bolsonaro proferiu a seguinte fala: "[...] Uma pessoa com HIV, além de ser um problema sério pra ela, é uma despesa para todos aqui no Brasil. Essa liberdade que pegaram ao longo dos governos do PT, que vale tudo, chega a esse ponto, uma depravação total (sic)". A declaração do presidente gerou imensa repercussão por seu teor preconceituoso e pejorativo. O Conselho Nacional de Saúde chegou a promover uma campanha nas redes sociais com o tema #EuNãoSouDespesa.

Segundo Parker (2015), a resposta brasileira à epidemia de HIV/Aids nos últimos anos tem se restringido a ações biomédicas que se sobressaem as respostas políticas e sociais. Para o autor, o processo de rebiomedicalização se intensifica a partir de 2010, quando o governo passa a adotar a estratégia de testagem e o tratamento imediatos. Cazeiro et al. (2021, p. 5362) estão de acordo com a visão de Parker e reiteram que:

> "A quarta década da epidemia no país tem sido marcada por transformações nos discursos e nas estratégias de prevenção, tratamento e de assistência em HIV/Aids. Essas intervenções parecem responder a uma lógica de interesse tecnocrata e altamente biomédica, em detrimento da perspectiva assentada nos direitos humanos e na vulnerabilidade predominante nas décadas de 1990 e 2000"

Parker ainda argumenta que a estratégia de testagem e tratamento imediato é eficiente, tendo em vista que permite a identificação de novos casos e a iniciação do tratamento de forma precoce, o que amplia o acesso ao tratamento antirretroviral e reduz o número de mortes relacionadas à Aids. Entretanto, ressalta que a estratégia deve ser combinada com uma abordagem multidimensional, aliando a ampliação da testagem e do tratamento ao aumento de campanhas com foco na redução do estigma e da discriminação. Ao longo de mais de quarenta anos, tivemos avanços significativos relacionados à prevenção, diagnóstico e tratamento para o HIV/Aids.

Entretanto, estes avanços pouco contribuíram para o combate ao estigma e a discriminação, denominado por Jonathan Mann como a terceira epidemia.

Por fim, é importante ressaltar a atuação de organismos internacionais no enfrentamento à epidemia de HIV/Aids, como o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS), criado em 1996. Essa organização tem como objetivo encorajar, mobilizar e apoiar os países para o acesso universal à prevenção, tratamento e cuidados para o HIV/Aids. No entanto, sua atuação no enfrentamento à epidemia muitas vezes foi contraditória, por exemplo, em relação à ausência de discussões sobre a quebra de patentes de medicamentos por parte das grandes farmacêuticas.

A indústria farmacêutica, principalmente na década de 2000, lucrou excessivamente com a fabricação de medicamentos utilizados no tratamento para o HIV/Aids. Esses medicamentos eram protegidos por patentes, o que impedia a fabricação e importação de medicamentos genéricos por muitos países. Por consequência, muitas pessoas tiveram dificuldade de acesso aos medicamentos para o tratamento do HIV/Aids, principalmente em países do continente africano.

O documentário Fogo nas Veias (2012), mostra que na década de 2000 apenas 1 em cada 2000 africanos tinham acesso aos medicamentos antirretrovirais. Além disso, o documentário também mostra a falta de interesse de organizações como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização das Nações Unidas (ONU) na luta pela quebra de patentes e na ausência de campanhas contra o fim dos monopólios das farmacêuticas, contribuindo assim, para o não controle da epidemia de HIV/Aids no continente africano.

CAPÍTULO III. O ESTIGMA E A DISCRIMINAÇÃO COMO BARREIRAS DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

3.1 Metodologia

Esse estudo trata de uma revisão integrativa de literatura, que é definida como “o agrupamento e síntese dos estudos relacionados ao tema escolhido, onde os resultados serão analisados de forma organizada e, proporciona novas reflexões sobre o tema e amplia o conhecimento sobre o assunto que está sendo investigado” (ARAÚJO, 2019, p. 13). A revisão foi dividida em seis fases: elaboração da pergunta norteadora, busca de dados sobre o tema escolhido, organização e classificação dos artigos encontrados, análise crítica dos artigos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa (SOUZA et al., 2010).

Para a primeira fase desta pesquisa, foi estabelecida a seguinte pergunta norteadora: Como o estigma e a discriminação podem se constituir como barreiras de acesso aos serviços de saúde para pessoas vivendo com HIV/Aids? A segunda fase foi a escolha da base de dados para a realização desta revisão integrativa. A base de dados escolhida foi a Scientific Electronic Library Online (SciELO), uma biblioteca digital de livre acesso. Para a busca dos artigos, foram utilizados os seguintes descritores: “aids” AND “estigma”; “aids” AND “discriminação”; “hiv” AND “estigma” AND “serviços de saúde” e “hiv” AND “discriminação” AND “serviços de saúde”.

Tabela 1: Estratégias de busca e quantidade de artigos encontrados.

Base de dados	Estratégia de busca	Artigos
SciELO	"aids" AND "estigma"	205
	"aids" AND "discriminação"	120
	"hiv" AND "estigma" AND "serviços de saúde"	36
	"hiv" AND "discriminação" AND "serviços de saúde"	25

Fonte: Elaboração própria a partir da busca na SciELO.

Os critérios de inclusão utilizados foram: estudos do ano de 2007 até o ano de 2022, em português. Já os critérios de exclusão utilizados foram: teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso, livros ou qualquer tipo de publicação além de artigo científico, publicações duplicadas e que não possuíam as palavras-chave “HIV/Aids”, “estigma” e discriminação” em seu título ou resumo. Por fim, foram excluídas publicações que não abordavam a dimensão do estigma e da discriminação e suas consequências para o acesso aos serviços de saúde.

Na terceira fase, de organização e classificação dos dados obtidos, foi criada uma tabela com as principais informações a respeito dos artigos tais como: autores, título do artigo, revista/periódico, objetivo, tipo de estudo e abordagem metodológica.

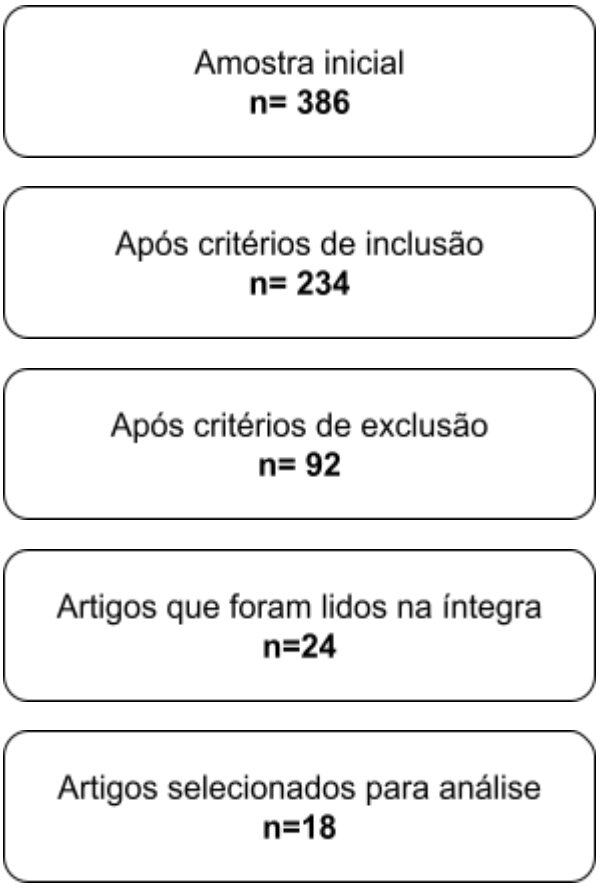
Na quarta fase, foi identificada as características dos estudos baseando-se nos níveis de evidência: nível 1: evidências resultantes da meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados; nível 2: evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental; nível 3: evidências de estudos quase-experimentais; nível 4: evidências de estudos descritivos (não-experimentais) ou com abordagem qualitativa; nível 5: evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência e nível 6: evidências baseadas em opiniões de especialistas (SOUZA et al., 2010). Na quinta fase, há a discussão dos resultados obtidos e na sexta fase e última fase, apresenta-se a síntese alcançada a partir da análise dos artigos escolhidos.

Além da revisão integrativa de literatura, também houve a leitura e análise de dois relatórios elaborados pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS). São eles: o relatório Enfrentando a discriminação: superando o estigma e a discriminação relacionados ao HIV em serviços de saúde e correlatos e o Índice de Estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/Aids.

O primeiro documento traz uma série de estudos que discutem como o estigma e a discriminação interferem na procura de pessoas vivendo com HIV/Aids por serviços de saúde em diversos países do mundo. Já o segundo trata-se de uma pesquisa realizada com pessoas vivendo com HIV/Aids em sete cidades brasileiras: Manaus (AM), Salvador (BA), Recife (PE), Porto Alegre (RS), Brasília (DF), Rio de Janeiro (RJ) e São Paulo (SP), que teve como objetivo conhecer as experiências de estigma e discriminação vividas por pessoas vivendo com HIV/Aids. Entretanto, a análise foi focada na interação das pessoas vivendo com HIV/Aids com os serviços de saúde.

3.2 Resultados

Figura 1: Artigos selecionados, a partir dos critérios de inclusão e exclusão.



Inicialmente, foram encontradas 386 publicações. Foram incluídas as publicações do ano de 2007 até o ano de 2022, em português, reduzindo o número de publicações para 234. Após os critérios de exclusão, tais como publicações que não se encaixam na categoria artigo científico, publicações duplicadas e que não apresentavam as palavras-chave “HIV/Aids”, “estigma”, “discriminação” no título ou resumo, resultaram 92 publicações. Destas, foram selecionados 24 artigos em potencial que, após a leitura na íntegra, constatou-se que embora apresentem as palavras-chave em seu título ou resumo, não abordam a dimensão do estigma e discriminação no acesso aos serviços de saúde. Por fim, foram selecionados 18 artigos para análise.

Entre os 18 artigos selecionados, 17 utilizam o conceito de estigma e de discriminação. Apenas o artigo “Início da terapia anti-retroviral em estágio avançado

de imunodeficiência entre indivíduos portadores de HIV/AIDS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil" de Fernandes et al. (2009) utilizou somente o conceito de discriminação.

Os artigos foram publicados em periódicos majoritariamente de revistas da Saúde Coletiva, seguido pela Bioética, Enfermagem e Psicologia. Observando os critérios de inclusão e exclusão, não foram encontrados artigos em revistas de Serviço Social. Quanto ao nível de evidência, foram encontrados doze artigos com abordagem qualitativa, quatro com abordagem quantitativa e dois artigos com abordagem mista (quantitativa e qualitativa). Todos os dezoito artigos podem ser classificados com nível de evidência 4.

Tabela 2: Organização dos artigos selecionados.

Autor(es) e ano de publicação	**Título**	**Revista/Periódico**	**Objetivo**	**Abordagem metodológica**
Zambenedetti et al. (2013)	"A via que facilita é a mesma que dificulta": estigma e atenção em HIV-Aids na Estratégia Saúde da Família - ESF	Fractal Revista de Psicologia	Analisar como ocorre a atenção em HIV/Aids na Estratégia Saúde da Família-ESF	Qualitativa
Rodrigues e Maksud (2017)	Abandono de tratamento: itinerários terapêuticos de pacientes com HIV/Aids	Revista Saúde Debate	Compreender o 'abandono de tratamento' – situações de descontinuidade do medicamento e/ou ruptura de vínculos entre pacientes, profissionais e serviço de saúde	Qualitativa
Tavares et al. (2017)	Adesão ao tratamento dos adultos jovens vivendo com HIV/Aids sob a ótica do pensamento complexo	Texto & Contexto Enfermagem	Compreender a adesão ao tratamento dos adultos jovens com HIV/Aids atendidos em um serviço de assistência especializada sob a ótica do pensamento complexo	Qualitativa
Almeida et al. (2007)	A trajetória silenciosa de	Ciência & Saúde Coletiva	Apreender os motivos que	Qualitativa

	pessoas portadoras do HIV contada pela história oral		dificultam as PVHA a procurarem serviços de saúde	
Cota et al. (2021)	Barreiras de acesso para Homens que fazem Sexo com Homens à testagem e tratamento do HIV no município de Curitiba (PR)	Revista Saúde em Debate	Analisar as principais barreiras para o acesso à testagem do HIV em um CTA em Curitiba e a vinculação dos homens gays e outros HSH ao serviço de saúde para o tratamento precoce	Qualitativa
Pimenta et al. (2022)	Barreiras e facilitadores do acesso de populações vulneráveis à PrEP no Brasil: Estudo ImPrEP Stakeholders	Cadernos de Saúde Pública	Analisar o acesso das populações vulneráveis à PrEP	Qualitativa
Brito et al. (2019)	Cobertura de teste anti-HIV entre mulheres trabalhadoras do sexo, Brasil, 2016	Revista Brasileira Epidemiologia	Estimar a prevalência de realização da testagem de HIV no último ano e de testagem periódica, e investigar fatores associados à cobertura do teste de HIV nos últimos 12 meses entre as MTS no Brasil	Quantitativa
Muller et al. (2008)	Desigualdade no SUS: o caso do atendimento às travestis é “babado”	Cadernos EBAPE	Analisar a percepção, os sentimentos e as dificuldades enfrentadas pelas travestis para terem acesso aos serviços de saúde e serem atendidas de forma igualitária aos demais segmentos da população	Qualitativa
Cruz et al. (2021)	Estigma relacionado ao HIV entre jovens em transição para a	Ciência e Saúde Coletiva	Investigar como vivências de estigma do HIV se expressam entre	Mista (qualitativa e quantitativa)

	clínica de adultos num hospital público no Rio de Janeiro		jovens soropositivos	
Monteiro et al. (2019)	Experiências de acesso de mulheres trans/ travestis aos serviços de saúde: avanços, limites e tensões	Cadernos de Saúde Pública	Analisar as experiências de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde	Qualitativa
Renesto et al. (2014)	Enfrentamento e percepção da mulher em relação à infecção pelo HIV	Revista de Saúde Pública	Analisar o enfrentamento e as percepções das mulheres em relação à descoberta da infecção pelo HIV	Qualitativa
Pereira et al. (2022)	Estratégia de linkagem e vulnerabilidades nas barreiras ao tratamento de HIV/Aids para homens que fazem sexo com homens	Ciência e Saúde Coletiva	Analisar a vinculação ao tratamento de HIV/Aids de Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) no Projeto A Hora é Agora, na cidade de Curitiba, Paraná	Qualitativa
Jucá et al. (2019)	Impactos da saúde bucal de usuários com HIV/Aids em um serviço especializado	Revista Brasileira de Enfermagem	Compreender a percepção de usuários de um Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids sobre sua saúde bucal	Qualitativa
Martins et al. (2018)	Incentivos e barreiras ao teste de HIV entre mulheres profissionais do sexo no Ceará	Revista de Saúde Pública	Estimar a prevalência do HIV e descrever os incentivos e barreiras à realização do teste para o HIV entre mulheres profissionais do sexo	Quantitativa
Fernandes et al. (2009)	Início da terapia anti-retroviral em estágio avançado de imunodeficiência entre indivíduos portadores de	Cadernos de Saúde Pública	Determinar a proporção de início tardio da TARV em uma coorte de indivíduos vivendo com HIV/AIDS	Quantitativa

	HIV/AIDS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil			
Soares et al. (2013)	Não retorno de usuários a um Centro de Testagem e Aconselhamento do Estado do Rio de Janeiro: fatores estruturais e subjetivos	Physis: Revista de Saúde Coletiva	Investigar, sob uma perspectiva socioantropológica, o não retorno de usuários para conhecimento de sua sorologia para HIV em um CTA do estado do Rio de Janeiro.	Mista (qualitativa e quantitativa)
Silva et al. (2015)	Os significados da comorbidade para 209 os pacientes vivendo com TB/HIV: repercussões no tratamento	Physis Revista de Saúde Coletiva	Compreender o processo de construção dos significados atribuídos pelos pacientes em relação à vivência da comorbidade tuberculose e HIV (TB/HIV), e sua repercussão nos respectivos tratamentos	Qualitativa
Muniz et al. (2019)	Percepção do portador de HIV/aids sobre o cirurgião-dentista	Revista Bioética	Analisar a percepção de pacientes com síndrome da imunodeficiência adquirida sobre o cirurgião-dentista e compreender a face estigmatizada da epidemia	Quantitativa

Fonte: Elaboração própria a partir da busca na SciELO.

3.3 HIV/Aids e o estigma e discriminação como barreiras de acesso aos serviços de saúde – Discussão sobre o levantamento da produção de conhecimento entre os anos de 2007 a 2022

Os artigos selecionados para compor esta revisão integrativa mostram que a estigmatização relacionada ao HIV/Aids dificulta tanto a procura quanto a permanência de pessoas vivendo com HIV nos serviços de saúde. A representação social negativa da epidemia, que foi construída principalmente nos primeiros anos da

década de 1980, se perpetua, fazendo com que estas pessoas ainda sofram com práticas discriminatórias nos serviços de saúde.

3.3.1 A persistência das representações sociais

As representações sociais em torno do HIV/Aids foram construídas principalmente no início da década de 1980, quando houve uma explosão de casos de Aids. No início da epidemia, havia poucas informações relacionadas à Aids, sobre as formas de transmissão, por exemplo. Não demorou para a doença se associada a grupos já estigmatizados por suas práticas consideradas socialmente inaceitáveis, como homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis. A Aids era vista como sinônimo de morte, "castigo divino", "câncer gay", etc. Quase quarenta anos depois, alguns destes estigmas ainda não foram totalmente desconstruídos.

O estudo de Zambenedetti et al. (2013), entrevistou profissionais de Equipe de Saúde da Família de uma unidade de saúde na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, e demonstrou que representações sociais construídas no início da epidemia ainda persistem, como a associação entre aids e morte. Na referida unidade de saúde, havia um cartaz com a seguinte frase: "Basta, Aids mata. Use camisinha". O cartaz gerou controvérsias entre os membros da equipe, sendo que alguns profissionais acreditavam que o mesmo teria uma função educativa e preventiva. Um deles afirmou que deveriam haver propagandas mostrando "*a cara da Aids*" (sic). Percebe-se, a partir desta fala, que a ideia de grupos de risco ainda não foi totalmente superada.

A persistência do estigma da Aids como um castigo divino também foi observado. No estudo de Silva et al. (2015), que entrevistou pacientes com Tuberculose e HIV acompanhados em um hospital do Rio de Janeiro, um dos entrevistados disse: *"E deu muito medo, castigo! Tive um susto. Chegava aqui de cabeça baixa. Meu Deus, é muito castigo!"*. Percebe-se que há dificuldade de aceitação do diagnóstico positivo por parte do entrevistado e que o mesmo se culpabiliza pela exposição.

3.3.2 O medo de sofrer discriminação como barreira de acesso à testagem

O medo de sofrer discriminação é uma barreira para as pessoas procurarem o fazer teste para o HIV. O estudo “Não retorno de usuários a um Centro de Testagem e Aconselhamento do Estado do Rio de Janeiro: fatores estruturais e subjetivos” de Soares et. al (2013), mostra que devido ao medo da exposição, muitas pessoas evitam fazer o teste para o HIV, devido ao medo de pessoas próximas descobrirem, além do medo da quebra do sigilo por parte dos profissionais.

Os entrevistados relatam que se sentem constrangidos por procurar o referido CTA, e que a falta de apoio de amigos e familiares dificulta ainda mais a procura pela testagem. Das 384 pessoas que participaram do estudo, 6,3% afirmaram ter sofrido discriminação por ter realizado o teste e 2,3% por terem ido ao CTA. Além disso, 17% preferiram não revelar a ninguém a ida ao CTA. Além disso, o estudo mostra que, pelo medo do resultado positivo, as pessoas não retornam ao serviço para saber o resultado do teste. A ida ao CTA é marcada pelo medo, antes da chegada ao serviço, durante a permanência, como constrangimento na recepção durante a espera pelo atendimento, até o recebimento do resultado.

Grupos como mulheres profissionais do sexo, mulheres trans e travestis e homens que fazem sexo com outros homens (HSM) tem maior dificuldade de acesso a testagem para o HIV. O estudo “Cobertura de teste anti-HIV entre mulheres trabalhadoras do sexo, Brasil, 2016”, de Brito et al. (2019), realizou uma pesquisa com 4.245 mulheres profissionais do sexo. Deste total, 22,7% relataram nunca ter realizado o teste por falta de informação, vergonha ou medo do resultado positivo. A pesquisa feita por Cota et al. (2019), na cidade de Curitiba com HSM, também mostra que o medo de exposição, de sofrer discriminação e a vergonha são as principais barreiras para a testagem.

Estudo realizado com mulheres profissionais do sexo no estado do Ceará, por Martins et al. (2018), mostra que, de 402 mulheres que participaram da pesquisa, 20,5% afirma que nunca realizou o teste pelo medo do resultado positivo e 1,9% pelo medo da quebra de sigilo dos profissionais.

Mulheres trans e travestis também enfrentam problemas similares para o acesso à testagem. Na pesquisa realizada por Monteiro et al. (2019), percebe-se que as mulheres não buscam espontaneamente os serviços de testagem para o HIV, entre os principais motivos está o temor do resultado positivo. Essas mulheres enfrentam obstáculos de ordem subjetiva decorrentes do estigma internalizado,

devido a associação de suas práticas sexuais com a promiscuidade. Uma entrevistada afirma que "*o HIV é uma sombra que nos acompanha*" (sic).

O acesso de mulheres trans e travestis a testagem para o HIV se dá principalmente por meio dos exames do processo transexualizador. A pesquisa realizada por Muller et al. (2008) mostra que as ações de prevenção destinadas a esse grupo são insuficientes. A pesquisa também mostra que a estigmatização social a qual mulheres trans e travestis estão sujeitas aumenta a vulnerabilidade frente à exposição ao HIV. Além disso, a associação destas mulheres a um grupo de risco dificulta a procura das mesmas pelos serviços de saúde.

3.3.3 "Tenho vontade de ir a um serviço, mas não naquele que vão me identificar"

Pessoas vivendo com HIV muitas vezes preferem procurar serviços de saúde distantes de suas residências, para manter o sigilo acerca de seu diagnóstico, tanto de profissionais de saúde quanto de amigos e familiares. Em "A trajetória silenciosa de pessoas vivendo com HIV contada pela história oral" pesquisa qualitativa realizada por Almeida et. al (2007), uma das entrevistadas diz: "*Não quero ir ao posto de saúde perto da minha casa, porque sou uma pessoa extremamente conhecida e se eu for eles podem me identificar como portador do vírus HIV. Eu tenho vontade de ir a um serviço, mas não naquele que vão me identificar*" (sic). Outro entrevistado relatou que durante consulta médica, decidiu revelar o seu diagnóstico, e que após a revelação a conduta de sua médica mudou consideravelmente e que a mesma começou a fazer perguntas pessoais e juízos de valor: "*Me senti naquela hora como se estivesse em um tribunal e de novo recebendo uma sentença de culpado*" (sic).

Percebe-se pelos relatos, que ocultar o diagnóstico muitas vezes é uma forma encontrada pelas pessoas que vivem com HIV para se proteger do estigma e da discriminação, mesmo que para isso elas tenham que procurar atendimento em locais mais distantes (Zambenedetti et al., 2013).

A pesquisa de abordagem qualitativa realizada por Pimenta et al. (2022), teve como objetivo analisar o acesso de populações vulneráveis à Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), método de prevenção contra o HIV. Os autores afirmam que a maioria dos serviços que ofertam a PrEP são os Serviços de Atenção

Especializada (SAE) como hospitais universitários, centros ambulatoriais de referência e os hospitais-dia. A centralização de oferta da PrEP em serviços especializados pode se constituir como uma barreira de acesso a este método de prevenção. Uma das entrevistadas afirma que às vezes tem medo de ir ao serviço especializado e ser vista por vizinhos, que irão presumir que a mesma possui HIV. Percebe-se que o estigma em torno das pessoas que vivem com HIV/Aids pode impedir que as pessoas procurem pela PrEP nos serviços especializados.

Pimenta et al. (2022) discutem sobre as barreiras de acesso de populações vulneráveis como mulheres trans e travestis, jovens HSM e pessoas negras a PrEP. Os autores argumentam que fatores estruturais e socioculturais, como pobreza, racismo e violência interferem no acesso destas populações aos serviços de saúde. Um gestor participante da pesquisa alega que um dos motivos para a PrEP não estar alcançando estas pessoas é a falta de acesso à informação. O gestor argumenta que um HSM, de classe média e alta, por exemplo, possui mais informações a respeito da PrEP do que uma mulher trans, negra e pobre, o que dificulta que a PrEP seja alcançada de fato pelas populações-chave, com maior risco de exposição ao HIV.

Para os entrevistados, o tratamento não discriminatório por parte dos profissionais é essencial para a permanência nos serviços de saúde. Um usuário HSM diz: "*A pessoa que for destratada, não vai querer voltar ali. Então, é fundamental eles saberem do tratamento para eles entrarem, porque vir aqui é super fácil, vir aqui se informar e ser bem tratado também, porque se eu fosse destratado eu não ia voltar*" (sic). Um atendimento acolhedor e humanizado pode ser um fator decisivo para a permanência de pessoas vivendo com HIV nos serviços de saúde.

A PrEP é um método de prevenção ofertado no SUS desde 2017. Entretanto, muitas pessoas ainda desconhecem a oferta deste método de prevenção. A falta de informação é apontada como uma das principais barreiras de acesso para as populações com maior vulnerabilidade à exposição ao HIV. Quando ocorre o acesso aos serviços especializados, a discriminação é o principal fator para as pessoas não continuarem frequentando os serviços.

3.3.4 A discriminação por parte de profissionais de saúde

Estudos como “Impactos da saúde bucal de usuários com HIV/Aids em um serviço especializado” de Jucá et al. (2019), e “Percepção do portador de HIV/aids sobre o cirurgião-dentista” de Muniz et al. (2019), mostram relatos de discriminação sofridos por pessoas vivendo com HIV durante o atendimento odontológico.

O primeiro trata-se de uma pesquisa qualitativa. Neste estudo, há o relato de um usuário que afirma que o dentista que lhe atendeu durante 14 anos se recusou a atendê-lo após sua revelação de diagnóstico positivo para o HIV. Devido ao medo da mudança de postura dos profissionais de saúde após a revelação do diagnóstico e medo da quebra do sigilo, a solução encontrada por muitas pessoas vivendo com HIV para continuar o seu tratamento odontológico é omitir o seu diagnóstico.

O segundo estudo, de abordagem quantitativa, mostra que de 67 pessoas entrevistadas, 31% preferiram ocultar o diagnóstico positivo do dentista. Dentre os que preferiram revelar o diagnóstico, 31% relataram mudança na postura por parte do profissional de saúde. Quando perguntados sobre os motivos pelos quais achavam que havia mudança na forma de tratamento, a maioria afirma que acredita que seja devido ao preconceito. Além de serem tratados de forma diferente após a revelação do diagnóstico, 22% dos entrevistados já deixaram de receber o tratamento odontológico após a revelação. 42% dos entrevistados acredita que os dentistas atendem de forma diferenciada pessoas que vivem com HIV.

O estudo intitulado “Desigualdade no SUS: o caso do atendimento às travestis é “babado” de Muller et al. (2008), mostra que médicos da Atenção Básica possuem resistência para examinar mulheres trans. As mulheres afirmam que os médicos prescrevem medicações sem ao menos examiná-las previamente. Keylla Shell, uma das entrevistadas, relata: "*A doutora que eu vou não manda eu tirar a roupa! Ela é que trata o meu babado, que é o HIV, mas não manda tirar a roupa*” (sic).

A discriminação é observada com maior frequência em serviços não especializados em atendimento a pessoas vivendo com HIV/Aids, como por exemplo, em Unidades Básicas de Saúde. O estudo de Pereira et al. (2022), que teve como objetivo analisar a vinculação ao tratamento de HIV/Aids de Homens que fazem Sexo com Homens no projeto A Hora é Agora, na cidade de Curitiba, Paraná, mostra que profissionais da Atenção Básica se recusaram a prestar acolhimento e cuidado ao HSM encaminhados pelo projeto por desconhecerem o protocolo de atendimento para as pessoas vivendo com HIV/Aids. Além disso, foram registradas ocorrências de mau atendimento a mulheres transexuais. Por consequência, os

usuários apresentaram resistência em voltar à UBS e até mesmo pediram a troca do profissional.

A pesquisa realizada por Renesto et al. (2014) com mulheres vivendo com HIV/Aids mostrou que há um maior distanciamento entre usuários e profissionais de saúde em serviços não especializados em atendimento a pessoas vivendo com HIV/Aids, e que as más experiências repercutiram negativamente nas experiências futuras dos usuários nos serviços de saúde. As mulheres relataram que o diagnóstico foi comunicado com objetividade e que os profissionais não se mostraram interessados pelas suas histórias de vida. Após ser informada do diagnóstico, uma das entrevistadas afirmou que foi tratada de forma diferente de outras mulheres que não tinham HIV. Ela afirmou que mesmo muitas mulheres chegando à maternidade, foi colocada em uma sala separada de outras mulheres.

3.3.5 A adesão ao tratamento

A adesão ao tratamento antirretroviral é essencial para o controle da infecção pelo HIV e para a não evolução do quadro clínico para a Aids. O SUS oferta gratuitamente o tratamento antirretroviral desde 1996. Na década de 1990, as pessoas vivendo com HIV que realizavam tratamento tinham que tomar uma grande quantidade de remédios, que eram chamados de coquetéis. Quase trinta anos depois, devido aos avanços da medicina, há tratamentos mais modernos como o chamado 2 em 1, medicamento que combina duas substâncias, a Lamivudina e o Dolutegravir, em somente um comprimido.

Medicamentos mais modernos e que geram poucos efeitos colaterais facilitam a adesão ao tratamento, entretanto, este não é o único fator que influencia em uma boa adesão ao tratamento, este processo é influenciado por múltiplos fatores. O estudo realizado por Costa et al. (2019), entrevistou adultos jovens entre 18 e 24 anos que estavam iniciando o tratamento em um serviço especializado em um município no Sul do Brasil. A principal dificuldade descrita pelos entrevistados para aderir ao tratamento foram a falta de apoio de amigos e familiares, devido a necessidade de ocultar o diagnóstico por medo de sofrer com o estigma e a discriminação. Além disso, também relataram ter medo da morte e receio dos efeitos colaterais dos remédios.

Costa et al. (2019) descrevem a adesão ao tratamento como um fenômeno complexo e multifacetado. O medo da morte, de ter que enfrentar o tratamento sozinho e sem nenhum tipo de suporte social, pode ser um fator crucial para as pessoas não aderirem ou até mesmo abandonarem o tratamento. O estudo de Rodrigues e Maksud (2017), objetiva compreender os motivos pelos quais ocorre o abandono do tratamento. Os entrevistados relatam insatisfação com o atendimento de profissionais da saúde, especialmente de médicos que, segundo os entrevistados, apresentam condutas antiéticas e discriminatórias. Essas condutas podem levar as pessoas vivendo com HIV a abandonar o tratamento. Outros fatores que contribuem para o abandono do tratamento são a não aceitação do diagnóstico, a periodicidade das consultas, o medo de morrer e a depressão.

Abandonar o tratamento foi a forma que um dos entrevistados encontrou para "esquecer" que é portador do HIV: "*Essa sumida me faz um pouco esquecer. Vir fazer exame, lembra que sou soropositivo, lembra que vou ficar doente. O abandono pode não fazer bem fisiologicamente, mais psicologicamente, faz*" (sic). O relato é de Irlan, de 31 anos, que abandonou o tratamento diversas vezes durante o período de oito anos.

Iniciar o tratamento de forma tardia também é uma consequência do medo de sofrer estigma e discriminação. O estudo de Fernandes et al. (2009) com pessoas vivendo com HIV/Aids na cidade de Belo Horizonte mostrou que o medo que as pessoas sentem de serem discriminadas nos serviços de saúde pode adiar a procura pelo início do tratamento antirretroviral. 48,6% afirmaram que sentiam que poderiam ser discriminados ao procurar um serviço de saúde, 26,8% afirmaram que o tempo entre o resultado do primeiro teste e a marcação da primeira consulta foi maior que 90 dias e 75,2% afirmaram que o intervalo entre a primeira consulta e o início da TARV foi menor que 120 dias.

[1]4. Enfrentando a discriminação: superando o estigma e a discriminação relacionados ao HIV em serviços de saúde e correlatos

[1] Título original: Confronting discrimination: Overcoming HIV-related stigma and discrimination in healthcare settings and beyond. Traduzido para o português.

Assim como o Índice de Estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/Aids, o relatório da UNAIDS também traz dados que evidenciam como o estigma e a discriminação interferem na procura de pessoas que vivem com HIV/Aids por serviços de saúde, especialmente as populações-chave, como profissionais do sexo, pessoas que usam drogas injetáveis, pessoas trans e homens que fazem sexo com homens.

O relatório é composto por uma série de estudos que mostram como o estigma e a discriminação relacionado ao HIV/Aids operam como barreiras de acesso aos serviços de saúde em diversos países do mundo. Um estudo com mulheres trabalhadoras do sexo na Rússia mostra que 30% das mulheres tiveram atendimento médico recusado e 58% não procuraram atendimento médico por medo de que os profissionais as tratassem mal King et al. (2013). Profissionais do sexo do Quênia tiveram duas vezes mais chances de evitar ir aos serviços de saúde por anteciparem que iriam sofrer discriminação (Nyblade et al., 2017).

Em pesquisa realizada com profissionais de saúde na Tailândia, 40,9% relata que tem receio em tocar em roupas, roupas de cama ou pertences de pessoas vivendo com HIV. 63,4% relata que tem receio de fazer curativos e 66% em realizar coleta de sangue. Por fim, 55,4% disseram que tomam precauções extras nos cuidados de pessoas vivendo com HIV, como usar luvas duplas, por exemplo (Ministry of Public Health, 2014).

As diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a testagem recomendam que ocorra ao menos uma testagem a cada 12 meses, especialmente para as populações-chave. No entanto, diversos estudos evidenciam que as populações-chave evitam fazer o teste. Um estudo realizado com pessoas que usam drogas injetáveis na Tailândia mostrou que estas pessoas têm sete vezes mais chances de evitar o teste de HIV devido a más experiência com profissionais de saúde (Hayashi et al., 2013). Estudo realizado em Nova York com homens que fazem sexo com outros homens, evidenciou que os mesmos antecipam que irão sofrer com a estigmatização e que este fator os dificulta a procura pela testagem (Golub et al., 2013).

O relatório mostrou que a confidencialidade acerca do diagnóstico também é uma preocupação entre grande parte das pessoas que vivem com HIV. Legislações de determinados países podem se constituir como barreiras para o sigilo do diagnóstico, por exigir o consentimento dos pais para a realização de testagem ou

tratamento, especialmente para jovens. De 106 países que apresentaram dados à UNAIDS, 29% exigem o consentimento dos pais para testagem em menores de 18 anos e 25% exige o consentimento dos pais para a realização do tratamento (UNAIDS, 2017).

A falta de capacitação para o atendimento as populações-chave também pode ser uma barreira para o acesso de profissionais do sexo, pessoas que usam drogas injetáveis, pessoas trans e homens que fazem sexo com homens aos serviços de saúde. Uma revisão sistemática de estudos realizados entre 2004 e 2014 mostrou que as populações-chave tem seu acesso dificultado em decorrência de atitudes heteronormativas por parte de profissionais de saúde (Alencar et al., 2016).

Muitas mulheres vivendo com HIV tem os seus direitos sexuais e reprodutivos violados. Esterilização e abortos forçados, aconselhamento para não ter filhos e cuidados insuficientes durante a gravidez e até mesmo o fornecimento da terapia antirretroviral condicionado ao uso de determinadas formas de contracepção são algumas formas de violências praticadas. Um estudo realizado com gestantes vivendo com HIV relata uma série de experiências negativas durante o parto tais como: recusa em tocar a gestante e o bebê e pedido para deixar o hospital antes que outras mulheres (United Nations Development Programme, 2013).

Há países que ainda impõem condições para a entrada, permanência ou residência para pessoas vivendo com HIV, como por exemplo, a testagem obrigatória. Por consequência, muitos imigrantes enfrentam barreiras para acesso à testagem e ao tratamento (UNAIDS, 2014). O diagnóstico positivo pode trazer consequências, como a deportação, por exemplo. Esse tipo de restrição dificulta a procura pela testagem voluntária.

5. Índice de Estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/Aids

Os dados que serão apresentados a seguir foram retirados da seção intitulada “Interação com Serviços de Saúde”, presente no relatório Índice de Estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/AIDS, elaborado pela UNAIDS Brasil (2019). A pesquisa foi realizada em sete cidades brasileiras: Manaus, Salvador, Recife, Porto Alegre, Brasília e Rio de Janeiro. Ao todo, 1.784 pessoas participaram da pesquisa.

A representação social negativa que foi criada em torno do HIV/Aids, construiu narrativas que até hoje são reproduzidas, tais como Aids como sinônimo de morte, Aids como castigo, associação da Aids a práticas sexuais socialmente inaceitáveis, etc. Essas representações não foram totalmente desconstruídas. Desde 2013, o Brasil adota a estratégia de testagem e tratamento imediato, uma recomendação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Contudo, as pessoas ainda têm medo de procurar serviços de saúde para se testar e se tratar, devido ao medo de sofrer com o estigma e a discriminação.

Na seção “Interação com Serviços de Saúde”, uma das primeiras perguntas feitas aos participantes foi: “Quanto tempo passou do momento em que você pensou que deveria fazer o teste de HIV e o momento em que você realmente fez o primeiro teste?”. De 1.490 participantes que responderam a pergunta, 75,4% afirmaram que demorou 6 meses ou menos, 13,4% de 6 meses a 2 anos, 4,2% mais de 2 anos e 7% não sabe ou não se lembra. Em seguida, foi perguntado aos entrevistados por quais motivos eles demoravam a realizar a testagem. Entre os motivos citados estão: não estar preparado para a condição de ser soropositivo, medo de discriminação por parte de profissionais da saúde e quebra de sigilo do diagnóstico, medo do parceiro, família ou amigos descobrirem, medo de pessoas desconhecidas descobrirem e experiências ruins com profissionais da saúde no passado. Pode-se inferir que os entrevistados possuem desconfiança em relação aos profissionais de saúde, e que esse é um dos principais fatores que interferem na procura pela testagem.

Assim como na procura pela testagem, o estigma e a discriminação podem interferir na adesão ao tratamento. De 1.696 participantes que responderam a pergunta “Depois de ter sido diagnosticada(o) com HIV, quanto tempo se passou até que você começasse o tratamento (antirretroviral) do HIV?”. 25,3% respondeu que iniciou imediatamente, 29,4% de 1 a 30 dias, 20% de 1 a 6 meses, 11% de 6 meses a 2 anos, 12,9% mais de 2 anos e 1,4% não se lembra. 98,4% dos participantes afirmaram que estavam realizando o tratamento antirretroviral. 35 pessoas (1,6%) afirmaram que não estavam em tratamento.

As justificativas apresentadas para a não adesão ao tratamento foram as mesmas relacionadas à testagem: medo de sofrer discriminação de profissionais da saúde, não aceitação do diagnóstico e medo de exposição. A pesquisa também

evidenciou que 449 pessoas (25,5%) deixaram de tomar o medicamento ao menos uma vez em 12 meses em virtude do medo de exposição. Um quarto dos participantes teve o seu tratamento prejudicado.

Ao chegar em um serviço de saúde, muitas vezes o medo de sofrer com o estigma e a discriminação das pessoas acaba se consolidando. Os entrevistados também relatam comentários negativos por parte de profissionais, quebra de sigilo e receio de contato físico e até mesmo recusa de atendimento. As más experiências com profissionais de saúde podem contribuir para a má adesão e até mesmo para o abandono do tratamento. A pesquisa evidenciou que há mais ocorrências de discriminação são mais comuns em serviços não especializados em atendimento a pessoas vivendo com HIV/Aids, o que pode levar a hipótese de que há falta de preparo dos profissionais de saúde para atender esta população.

A garantia da confidencialidade do diagnóstico é um dos direitos das pessoas que vivem com HIV/Aids. Cabe somente ao usuário a decisão de revelar ou não seu diagnóstico a terceiros. Contudo, esse direito muitas vezes é violado. Foi perguntado aos entrevistados se eles acreditavam que seus prontuários e registros médicos relacionados ao seu diagnóstico eram mantidos em sigilo. 48,1% respondeu que tinha certeza de que o prontuário ou registros médicos são mantidos em sigilo e não são compartilhados sem consentimento prévio, 39,5% respondeu que não sabe se os prontuários ou registros médicos são confidenciais e 12,4% respondeu que tinha certeza de que os prontuários e registros médicos não eram mantidos em sigilo. Esses dados novamente mostram a desconfiança que as pessoas têm em relação aos profissionais.

Alguns mitos em torno do HIV/Aids ainda não foram totalmente desconstruídos, por exemplo, a ideia de que pessoas vivendo com HIV/Aids não podem ter filhos. A legislação brasileira, como a Constituição Federal de 1988 e políticas como a Política Nacional de Saúde LGBT e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher resguardam os direitos sexuais e reprodutivos. Os direitos sexuais estão relacionados a expressão da sexualidade livre de violência e discriminação, acesso à formas de prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), etc. Já os direitos reprodutivos resguardam a autonomia das pessoas de decidirem se querem ou não ter filhos, bem como o direito à informação e acesso a métodos contraceptivos, técnicas de reprodução, educação sexual, etc.

Embora estes direitos estejam resguardados em legislações e em políticas, muitas pessoas ainda tem os seus direitos sexuais e reprodutivos violados, especialmente mulheres e a população LGBTQIA+. Quando se trata de pessoas vivendo com HIV, a violação desses direitos se intensifica. Os artigos mapeados mostraram que houve recomendações por parte de profissionais para que as pessoas não se tornassem mães ou pais, incentivo ou pressão para mulheres serem esterilizadas, negação de anticoncepcionais e de planejamento familiar.

O diagnóstico positivo tende a trazer consequências subjetivas para as próprias pessoas que vivem com HIV, que muitas vezes passam a acreditar que não podem mais ter filhos ou que não podem mais se relacionar amorosamente e sexualmente com outras pessoas. Esses mitos, ao invés de serem desconstruídos, muitas vezes acabam sendo reforçados por profissionais da saúde, que acabam cometendo a violação dos direitos sexuais e reprodutivos.

Além de comprometer a saúde física, o HIV/Aids também pode causar danos à saúde mental. A não aceitação do diagnóstico, o medo de morrer, a necessidade de ocultar o diagnóstico de amigos e familiares e o afastamento do convívio social podem gerar um grande sofrimento mental e emocional às pessoas que vivem com HIV/Aids. De 1.778 pessoas, 47,9% afirmaram que sofrem de problemas de saúde mental. Quase 100% dos participantes disseram que estavam realizando o tratamento antirretroviral, entretanto, quase metade estava com a saúde mental comprometida. Este número é maior do que os relatos de infecção por Infecções Sexualmente Transmissíveis (21,4%), Tuberculose (6,4%) e Hepatite (1,6%).

A partir destes dados, é possível afirmar que o tratamento às pessoas vivendo com HIV/Aids não deve se restringir ao tratamento antirretroviral. É necessário haver uma abordagem multiprofissional, para que o direito à saúde das pessoas vivendo com HIV/Aids seja garantido integralmente. Reduzir o tratamento somente a adesão à terapia antirretroviral reforça uma abordagem biomédica que entende a saúde apenas como ausência de doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipótese inicial, de que o estigma e a discriminação se constituem como barreiras de acesso para pessoas vivendo com HIV/Aids aos serviços de saúde, foi alcançada. A discussão dos artigos e dos documentos elaborados pela UNAIDS mostrou que o estigma e a discriminação dificultam o acesso aos serviços que oferecem meios de prevenção, diagnóstico e tratamento para o HIV/Aids.

Os artigos trazem relatos de pessoas que tem medo de fazer o teste para o HIV, pelo receio do resultado positivo. Pessoas que vivem com HIV relatam ter dificuldades de procurar serviços de saúde próximos às suas residências devido ao medo de exposição ou de terem o seu diagnóstico revelado. Além disso, representações negativas sobre o HIV/Aids, como a Aids como sinônimo de morte e Aids como “castigo divino” ainda persistem no imaginário social, impedindo que as pessoas procurem serviços de testagem e tratamento. Quando acessam os serviços de saúde, pessoas vivendo com HIV/Aids comumentemente sofrem discriminação pelos profissionais de saúde, especialmente em serviços não especializados.

Também foi possível identificar nas produções que populações mais vulneráveis a exposição ao HIV/Aids, como HSM, mulheres trans e profissionais do sexo ainda sofrem maior discriminação nos serviços de saúde. Estes grupos, que já eram estigmatizados antes do surgimento da epidemia, continuam sofrendo maior discriminação. A epidemia do HIV/Aids não criou desigualdades, mas intensificou-as.

Diante disso, como combater a chamada terceira epidemia, descrita por Richard Parker e Peter Aggleton como a epidemia do estigma e da discriminação? O acesso à informação pode ser fundamental para desconstruir a representação negativa criada em torno do HIV/Aids. Aumentar o orçamento destinado a campanhas informativas e educativas, em redes sociais e na televisão, por exemplo, buscando desconstruir representações como a Aids como sinônimo de morte e a ideia de grupos de risco, pode incentivar pessoas a buscar pela testagem e o tratamento.

Profissionais de saúde também podem reproduzir estigmas e praticar discriminação nos serviços de saúde. A capacitação contínua, principalmente de profissionais que trabalham em serviços não especializados em atendimento a pessoas vivendo com HIV/Aids, pode contribuir para a diminuição de práticas discriminatórias nos serviços de saúde, principalmente relacionados às

populações-chave. O atendimento humanizado por parte dos profissionais da saúde pode ser fundamental para a permanência de pessoas vivendo com HIV/Aids nos serviços de saúde.

Segundo os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, elaborado pelo CFESS (2010), os assistentes sociais na Saúde atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários, mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão e assessoria, qualificação e formação profissional. A atuação dos assistentes sociais na política de Saúde visa garantir o princípio da integralidade do cuidado, garantido na Constituição Federal, influenciado pelo conceito ampliado de saúde, que entende a saúde como um fator multideterminado.

Assim como profissionais da saúde, os assistentes sociais também estão sujeitos a reproduzir estigmas e praticar discriminação contra pessoas vivendo com HIV/Aids. No atendimento direto aos usuários, o assistente social deve ter os princípios do Código de Ética profissional como norteador de suas ações, evitando culpabilizar os usuários e não reproduzindo práticas conservadoras e moralizantes, evitando assim cometer discriminação contra pessoas vivendo com HIV/Aids.

O assistente social também pode desenvolver ações socioeducativas tais como a elaboração ou divulgação de materiais, como folhetos, cartilhas e cartazes, que tenham como foco o acesso à informação e a desconstrução de estigmas relacionados ao HIV/Aids. Além disso, a realização de atividades em grupo, como rodas de conversa, entre usuários, profissionais e familiares, também pode ser um instrumento para socialização de informações.

Os estudos selecionados para compor a revisão integrativa, trazem os mais variados relatos de pessoas que enfrentam dificuldade de acesso e permanência nos serviços de saúde. Estes estudos foram encontrados majoritariamente em revistas da área da saúde. Novos estudos poderiam ser realizados, principalmente na área de Serviço Social, abordando as consequências do estigma e da discriminação para o acesso de pessoas vivendo com HIV/Aids a outros direitos sociais além do direito à saúde.

A atuação do Serviço Social junto a pessoas vivendo com HIV/Aids visa garantir o princípio da integralidade do cuidado, na perspectiva do conceito ampliado de saúde. Os assistentes sociais podem ser fundamentais para a permanência de pessoas vivendo com HIV/Aids nos serviços de saúde. Suas ações podem contribuir

para uma melhor adesão ao tratamento antirretroviral, ao acesso a direitos e benefícios sociais e ao combate ao estigma e a discriminação dentro dos serviços de saúde.

Ao longo de quarenta anos de epidemia, novas formas de prevenção e tratamento para o HIV foram desenvolvidas. Por consequência, os casos de HIV e mortes relacionadas à Aids diminuíram consideravelmente, principalmente após a década de 2000. Contudo, a epidemia do HIV/Aids é uma epidemia complexa e multifacetada. Não se pode falar em fim da Aids se não considerarmos sua dimensão política e social. A erradicação da epidemia do HIV/Aids só será possível com estratégias que combinem testagem e tratamento imediatos aliados a políticas e ações que visem o combate do estigma e da discriminação. Apesar do aumento de serviços especializados em atendimento a pessoas vivendo com HIV/Aids, é necessário criar meios e estratégias para que as pessoas cheguem a estes serviços.

REFERÊNCIAS

ALENCAR A. G et al. **Acesso aos serviços de saúde por lésbicas, gays, bissexuais e pessoas trans: revisão sistemática da literatura**. BMC Int. Saúde. Direitos Humanos. 2016.

ALMEIDA M. R. C. B; LABRONICI L. M. **A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral**. Ciência & Saúde Coletiva, 12(1):263-274, 2007.

ARAÚJO, B. C. **Saúde sexual e reprodutiva de mulheres com HIV/Aids: revisão integrativa**. Brasília, 2019.

AYRES J. R. C. M; CALAZANS J. C; FILHO H. C. S; FRANÇA-JÚNIOR I. **O risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde**. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: HUCITEC/ FIOCRUZ, 2009.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República.

BRASIL. **Legislação do SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids.** Brasília. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de monitoramento de dados de HIV durante a pandemia da COVID-19.** Disponível em <http://www.aids.gov.br/pt-br/painelcovidHIV>.

BRASIL. **Política Nacional de DST/AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. **Portaria conjunta n.º 1, de 16 de Janeiro de 2013**. Altera na Tabela de Serviço Especializado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), o Serviço 106 - Serviço de Atenção a DST/HIV/Aids, e institui o Regulamento de Serviços de Atenção às DST/HIV/Aids, que define suas modalidades, classificação, organização das estruturas e o funcionamento. Brasília, 2013.

BRAVO, M. I. S; PELAEZ, E. J. **A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências**. SER Social 46. Brasília, 2020.

BRAVO, M. I. S; PELAEZ, E. J; PINHEIRO, W. N. **As contrarreformas na política de saúde do governo Temer**. Argum., Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018.

BRAVO, M. I. S. **Política de Saúde no Brasil.** In: MOTA, Ana Elisabete et al. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2001.

BRAVO, M. I. et al. (Orgs). **Políticas públicas de DST/aids e controle social no Estado do Rio de Janeiro: capacitando lideranças e promovendo a sustentabilidade das respostas frente à aids**. N° 5. Coleção ABIA: Políticas públicas. Rio de Janeiro: ABIA, 2006.

BOURDIEU, P. **Razões Práticas: Sobre a teoria da ação**. Campinas, SP: Papirus, 1996.

BRITO, A. M. de; CASTILHO, E. A; SZWARCWALD, C. L. **AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada**. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 34, n. 2, p. 207-217, 2001.

BRITO, A. M. de et al. **Cobertura de teste anti-HIV entre mulheres trabalhadoras do sexo, Brasil, 2016**. Rev. Brasileira de Epidemiologia. 2019.

CARVALHO, M. et al. **Cultura e Subjetividade em Tempos de AIDS**. Londrina, 2005.

CAZEIRO, F; SILVA, G. S. N; SOUZA, E. M. F. **Necropolítica no campo do HIV: Algumas reflexões a partir do estigma da AIDS**. Cien Saude Colet. 2021.

CEBES. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. **A questão democrática na área de saúde**. Revista Saúde em Debate. Rio de Janeiro, n.9, p.11-13. 1979.
CFESS. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília. 2010.

CRENSHAW, K. **Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero**. Revista Estudos Feministas. 2002.

CRUZ M. L. S; DARMONT M. Q. R; MONTEIRO S. S. **Estigma relacionado ao HIV entre jovens em transição para a clínica de adultos num hospital público no Rio de Janeiro, Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, 26(7):2653-2662, 2021.

COSTA, V. T; MEIRELLES B. H. S. **Adesão ao tratamento dos adultos jovens vivendo com HIV/Aids sob a ótica do pensamento complexo**. Texto & Contexto Enfermagem, v. 28. 2019.

COTA V. L; CRUZ M. M. **Barreiras de acesso para Homens que fazem Sexo com Homens à testagem e tratamento do HIV no município de Curitiba (PR)**. Saúde Debate. Rio de Janeiro. v. 45, n. 129, p. 393-405, Abr-Jun 2021.

DE BRUYN, T. **HIV/AIDS and discrimination 2. Stigma and discrimination: definitions and concepts**. Ottawa: Canadian HIV/AIDS Legal Network and the Canadian AIDS Society. 1999.

DOIMO, A. M. **A vez e a voz do popular: movimentos sociais e participação política no Brasil pós-70**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ANPOCS, 1995.

ESCOREL, S. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

FERNANDES J. R. M et al. **Início da terapia anti-retroviral em estágio avançado de imunodeficiência entre indivíduos portadores de HIV/AIDS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(6):1369-1380, jun, 2009.

FIGUEIREDO V. M. **Serviço Social e Política de saúde no Brasil: estudo de uma experiência em um hospital universitário**. Rio de Janeiro. 2011

FOGO NAS VEIAS. Direção: Dylan Mohan Gray. Índia: 2012. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=zw6l02BmnVc&t=3038s>.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade. A vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal. 1988.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Vozes. 1977.

GALVÃO, J. **AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia**. Rio de Janeiro: Ed.34; 2000.

GALVÃO, J. 1980-2001: **uma cronologia da epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no mundo**. Rio de Janeiro: ABIA, 2002.

GOFFMAN, E. **Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada**. Rio de Janeiro: Zahar Editores. 1982.

GOLUB S. A, GAMAREL K. E. **O impacto do estigma antecipado na procura pelo teste de HIV: resultados de uma amostra comunitária de homens que fazem sexo com homens e mulheres trans na cidade de Nova York**. AIDS Patient Care STDS. 2013.

GRECO. D. B. **Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015**. Ciência & Saúde Coletiva, 21(5):1553-1564, 2016.

HAYASHI K et al. **O ato de evitar o teste para o HIV entre usuários de drogas injetáveis drogas na Tailândia**. AIDS Behav. 2013;17(7):2474–8.

JUCÁ M. A. C. L et al. I**mpactos da saúde bucal de usuários com HIV/Aids em um serviço especializado**. Rev. Bras. Enferm. 2019;72(6):1649-57.

KING E.J et al.. **A influência do estigma e da discriminação no acesso das trabalhadoras do sexo aos serviços especializados em São Petersburgo, Rússia**. AIDS Behav. 2013;17(8):2597–603.

LENZI et al. **Suporte Social e HIV: Relações Entre Características Clínicas, Sociodemográficas e Adesão ao Tratamento**. Psic.: Teor. e Pesq. Brasília, 2018.

LIMA, A. L. G. S; PINTO, M. M. S. **Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde**. História, Ciências e Saúde - Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 1037-1051, Dez. 2003.

MALCOLM, A et al. **HIV and AIDS-related stigmatization and discrimination: its form and contexts**. Critical Public Health, 8(4):347-370. 1998.

MANN, J. **Statement at an informal briefing on AIDS to the 42nd Session of the United Nations General Assembly**. New York, 1987.

MARTINS T. A et al. **Incentivos e barreiras ao teste de HIV entre mulheres profissionais do sexo no Ceará**. Incentivos e barreiras ao teste de HIV entre mulheres profissionais do sexo no Ceará. Rev Saúde Pública. 2018;52:64.

MATTA, G. **Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde**. 2007.

MENDES, E. V. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema de saúde**. São Paulo: Hucitec; 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE PÚBLICA**.** **Medindo o estigma e a discriminação relacionados ao HIV em ambientes de cuidados de saúde na Tailândia**. Relatório piloto: Desenvolvendo Ferramentas e Métodos para Medir Relacionados ao HIV Estigma e discriminação em ambientes de saúde na Tailândia. Tailândia, 2014.

MONTEIRO S; BRIGEIRO M. **Experiências de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde: avanços, limites e tensões**. Cad. Saúde Pública. 2019.

MULLER M. I; KNAUTH D. R. **Desigualdade no SUS: o caso do atendimento à travestis é "babado"!**. Cadernos Ebape. v. 6, n 2. 2008.

MUNIZ B. A. A; FONTE D. C. B; SANTOS S. C. **Percepção do portador de HIV/aids sobre o cirurgião-dentista**. Rev. bioét. (Impr.). 2019; 27 (2): 289-96.

NYBLADE L. et al. **A relação entre o estigma do profissional de saúde e a aceitação do aconselhamento sobre o HIV e testagem e utilização de serviços de saúde não HIV: a experiência de homens e mulheres trabalhadoras do sexo no Quênia**. AIDS Care. 2017: 1-9.

OLIVEIRA, J. A de; TEIXEIRA, S. M. F. **(Im) previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Petropólis: Vozes, 1985.

PAIM, J. **Ações integradas de saúde (AIS): por que não dois passos atrás**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 167-183, Jun. 1986.

PAIM, J. **Bases conceituais da reforma sanitária brasileira**. 1997.

PAIM. J. **Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos**. Ciência & Saúde Coletiva, 23(6):1723-1728, 2018.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores.** História, Ciências, Saúde Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, jan.-mar. 2014, p. 15-35.

PARKER R; AGGLETON P. **Estigma, discriminação e AIDS.** Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS; 2001.

PARKER, R. **Políticas, instituições e AIDS enfrentando a AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.:ABIA. 1997.

PARKER, R. **Estigmas do HIV/aids: novas identidades e tratamentos em permanentes sistemas de exclusão**. Reciis – Rev Eletron. Comun. Inf. Inov. Saúde. 2019 jul.-set.;13(3):618-33.

PARKER, R. **Interseções entre Estigma, Preconceito e Discriminação na Saúde Pública Mundial**. In: MONTEIRO, S., and VILLELA, W. comps. Estigma e saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013, pp. 25-46.

PEREIRA C. R. et al. **Estratégia de linkagem e vulnerabilidades nas barreiras ao tratamento de HIV/Aids para homens que fazem sexo com homens**. Ciência & Saúde Coletiva, 27(4):1535-1546, 2022.

PIMENTA M.C et al. **Barreiras e facilitadores do acesso de populações vulneráveis à PrEP no Brasil: Estudo ImPrEP Stakeholders**. Cad. Saúde Pública. 2022.

PINTO A. C. S et al. **Compreensão da pandemia da aids nos últimos 25 anos**. DST – J Bras Doenças Sex Transm 2007; 19(1): 45-50.

REIS, C; PAIM J. **A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff (2011-2016)**. Saúde para debate. Rio de Janeiro, n. 58, p. 101-114, Jul-2018.

RENESTO H. M. F. et al. **Enfrentamento e percepção da mulher em relação à infecção pelo HIV**. Rev Saúde Pública 2014;48(1):36-42.

RIGONI, M. **Ministério da Saúde estende tratamento para todos com HIV.** Rede Notícia. Dezembro de 2013. Disponível em: <https://www.redenoticia.com.br/noticia/2013/ministerio-da-saude-estende-tratamento-para-todos-com-hiv/50349>.

RODRIGUES, M; MAKSUD I. **Abandono de tratamento: itinerários terapêuticos de pacientes com HIV/Aids**. Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 526-538, Abr-Jun. 2017.

SEFFNER, M. **Governo Bolsonaro promove 'apagão' em campanhas de prevenção à aids; investimento em 2021 cai a menos de 1% do aplicado 20 anos atrás**. Estadão, São Paulo, 2022. Disponível em: <https://politica.estadao.com.br/blogs/politica-e-saude/governo-bolsonaro-exclui-populacoes-vulneraveis-da-prevencao-a-aids-investimento-em-campanhas-em-2021-cai-a-06/>.

SEIDL E; ZANNON C; TRÓCCOLI B. **Pessoas vivendo com HIV/AIDS: Enfrentamento, Suporte Social e Qualidade de Vida**. Psicologia: Reflexão e Crítica, 2005, 18(2), pp.188-195.

SOUZA, M. T; DA SILVA, M. D; CARVALHO, R. **Revisão integrativa: o que é e como fazer.** Einstein. 2010; 8(1 Pt 1):102-6.

SPINK, M. et al. **A construção da Aids notícia**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(4):851-862, jul-ago, 2001.

SILVA J. B et al. **Os significados da comorbidade para os pacientes vivendo com TB/HIV: repercussões no tratamento**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 25 [1]: 209-229, 2015.

SOARES P. S, BRANDÃO E. R. **Não retorno de usuários a um Centro de Testagem e Aconselhamento do Estado do Rio de Janeiro: fatores estruturais e subjetivos**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 23 [3]: 703-721, 2013.

TEIXEIRA, L. H. S. F. **A política de saúde no Brasil: avanços, retrocessos e a criação do Sistema Único de Saúde**. Goiânia. 2021.

UNAIDS. **Índice de Estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/AIDS**. 2019.

UNAIDS. **Confronting discrimination: overcoming HIV-related stigma and discrimination in health-care settings and beyond**. 2017.

UNAIDS. **O relatório Gap 2014: migrantes**. Genebra, 2014.

UNAIDS. **National Commitments and Policy Instrument**. 2017.

WEILLER, J. A. B. **O desmonte do SUS em tempos de Bolsonaro**. Rio de Janeiro, 2019.

ZAMBENEDETTI G; BOTH N. S. **A via que facilita é a mesma que dificulta**. Fractal, Rev. Psicol., v. 25 – n. 1, p. 41-58, Jan./Abr. 2013.