



Thaiany Medeiros Cury

Determinantes Sociais da Saúde: trajetória histórica do conceito e seu uso para a compreensão das barreiras aos mais jovens no acesso e adesão à Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) no Brasil

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Análise e Gestão de Políticas Internacionais (MAPI) do Instituto de Relações Internacionais da PUC-Rio.

Orientador: Carlos Frederico de Souza Coelho

Rio de Janeiro,
Julho de 2024



Thaiany Medeiros Cury

Determinantes Sociais da Saúde: trajetória histórica do conceito e seu uso para a compreensão das barreiras aos mais jovens no acesso e adesão à Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) no Brasil

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Análise e Gestão de Políticas Internacionais (MAPI) do Instituto de Relações Internacionais da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo.

Prof^o. Carlos Frederico de Souza Coelho

Orientador

Instituto de Relações Internacionais - PUC-Rio

Prof^a. Carolina de Oliveira Salgado

Co-orientadora

Instituto de Relações Internacionais - PUC-Rio

Prof^a. Andrea Ribeiro Hoffmann

Instituto de Relações Internacionais - PUC-Rio

Prof^a. Fabiane Soares Gomes

Instituto de Saúde Coletiva - UFBA

Rio de Janeiro, 26 de julho de 2024

Todos os direitos reservados. A reprodução, total ou parcial, do trabalho é proibida sem autorização da universidade, da autora e do orientador.

Thaiany Medeiros Cury

Graduada em Relações Internacionais pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) em 2020. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Análise e Gestão de Políticas Internacionais (MAPI) do Instituto de Relações Internacionais da PUC-Rio.

Ficha Catalográfica

Cury, Thaiany Medeiros

Determinantes Sociais da Saúde : a trajetória histórica do conceito e seu uso para a compreensão das barreiras aos mais jovens no acesso e adesão à Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) no Brasil / Thaiany Medeiros Cury ; orientador: Carlos Frederico de Souza Coelho. – 2024.

110 f. : il. color. ; 30 cm

Dissertação (mestrado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Instituto de Relações Internacionais, 2024.

Inclui bibliografia

1. Relações Internacionais – Teses. 2. Sanitarismo no Brasil. 3. Determinantes Sociais da Saúde. 4. Profilaxia Pré-Exposição (PrEP). I. Coelho, Carlos Frederico de Souza. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Instituto de Relações Internacionais. III. Título.

CDD: 327

Agradecimentos

À minha família, especialmente meus pais e avós, pelo apoio incondicional que sempre me deram e pela rede de amor em que me criaram. Agradeço também por terem assentado as bases que me trazem até aqui, me ensinado todos os valores que me acompanham ao longo do meu crescimento enquanto ser humano. Mesmo não sabendo ao certo como funcionava a caminhada da pós-graduação, sempre estiveram ao meu lado me incentivando a buscar novos conhecimentos. Sem vocês isso não seria possível.

À minha orientadora, Carolina, serei eternamente grata por acreditar no meu trabalho e insistir nessa parceria. Agradeço às conversas sempre verdadeiras, a disponibilidade e vontade em estar presente. Aproveito para destacar minha grande admiração pelo seu comprometimento com a produção de conhecimento e por ter exercido um papel fundamental neste trabalho.

Ao meu parceiro e amor, Arthur, que esteve do meu lado nas inúmeras vezes em que dei sinais de querer desistir. Meu eterno agradecimento por me acomodar num abraço acolhedor nos momentos difíceis e pela leitura ativa desta escrita. Meu agradecimento também à Mônica, pelas leituras e ensinamentos estruturantes neste trabalho.

Aos meus amigos de vida, que mesmo distante nos últimos anos souberam compreender a ausência e oferecer apoio. Agradeço por me motivarem a seguir e por arrancarem sorrisos nos momentos em que estamos juntos.

Às professoras que compõem a banca, pela generosidade e disponibilidade. Aos que se dispuseram a serem entrevistados para esta pesquisa, guardarei com profunda admiração pelo trabalho que fazem. Por fim, à PUC-Rio.

Resumo

Cury, Thaiany Medeiros. Coelho, Carlos Frederico de Souza (orientador). Salgado, Carolina de Oliveira (co-orientadora). **Determinantes Sociais da Saúde: trajetória histórica do conceito e seu uso para a compreensão das barreiras aos mais jovens no acesso e adesão à Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) no Brasil.** Rio de Janeiro, julho de 2024. 110 p. Dissertação de Mestrado - Instituto de Relações Internacionais, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

A presente pesquisa investiga as lacunas entre o conhecimento teórico e a implementação prática da política de Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) no Brasil, particularmente entre os jovens, através da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS). Para tanto, apresento a trajetória histórica de formação do conceito de DSS, nos séculos XIX e XX, chegando à sua formalização pela Organização Mundial da Saúde em 2005. A partir de uma metodologia qualitativa com uso de fontes secundárias e primárias como documentos, banco de dados e entrevistas, analiso o contexto sociopolítico que molda as intervenções de saúde na América Latina, enfatizando a experiência brasileira, à luz dos DSS. Posteriormente, por meio de dois projetos empíricos sobre a PrEP no Brasil, demonstro os desafios enfrentados pelos jovens no acesso e adesão à profilaxia, dois conceitos centrais na abordagem dos DSS. Para isso, utilizo um modelo de Dahlgren e Whitehead como lente para entender como os DSS se relacionam. Também destaco as possíveis contribuições desses projetos para a difusão da PrEP no Sistema Único de Saúde (SUS), com destaque sobre o papel dos educadores pares. A pesquisa revela que soluções efetivas para adesão em projetos de profilaxia exigem abordagens como a dos DSS que, no momento da implementação, apresenta uma série de desafios aos formuladores e agentes de políticas de saúde.

Palavras-Chave

Sanitarismo no Brasil; Determinantes Sociais da Saúde; Profilaxia Pré-Exposição (PrEP).

Abstract

Cury, Thaiany Medeiros. Coelho, Carlos Frederico de Souza (advisor). Salgado, Carolina de Oliveira (co-advisor). **Social Determinants of Health: historical trajectory of the concept and its use to understand barriers to young people in accessing and adhering to Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) in Brazil.** Rio de Janeiro, July of 2024. 110 p. Master's Thesis - Institute of International Relations, *Pontifícia Universidade Católica* of Rio de Janeiro.

This research investigates the gaps between theoretical knowledge and the practical implementation of the Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) policy in Brazil, particularly among young people, through the Social Determinants of Health (SDH) approach. To this end, I present the historical trajectory of the formation of the concept of SDH in the 19th and 20th centuries, leading up to its formalization by the World Health Organization in 2005. Based on a qualitative methodology using secondary and primary sources such as documents, databases and interviews, I analyze the socio-political context that shapes health interventions in Latin America, emphasizing the Brazilian experience in the light of the SDH. Subsequently, through two empirical projects on PrEP in Brazil, I demonstrate the challenges faced by young people in accessing and adhering to prophylaxis, two central concepts in the SDH approach. To do this, I use a model by Dahlgren and Whitehead as a lens to understand how the SDH relate to each other. I also highlight the possible contributions of these projects to the dissemination of PrEP in the Unified Health System (SUS), with an emphasis on the role of peer educators. The research reveals that effective solutions for adherence in prophylaxis projects require approaches such as the SDH, which, when it comes to implementation, present a series of challenges to health policy makers and agents.

Keywords:

Sanitarism in Brazil; Social Determinants of Health; Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP).

Sumário

1	Introdução.....	9
1.1	Exposição do problema.....	9
1.2	Contextualização do problema.....	12
1.3	Objetivo Geral.....	14
1.4	Estrutura da dissertação e objetivos específicos.....	15
2	Histórico do pensamento social em saúde no Brasil.....	17
2.1	Nível internacional: a “Precedência Periférica” e as organizações internacionais Fundação Rockefeller e OPAS.....	18
2.1.1	Fundação Rockefeller.....	19
2.1.2	Organização Pan-Americana da Saúde.....	22
2.2	Nível nacional: Movimento Sanitarista Brasileiro dos anos 1920.....	23
2.2.1	O Brasil é um imenso hospital.....	23
2.2.2	As expedições de Oswaldo Cruz e o reconhecimento de determinantes sociais.....	28
2.2.3	Belisário Penna em “O Saneamento do Brasil”.....	30
2.2.4	Liga Pró-Saneamento e a institucionalização da saúde.....	37
3	Arcabouço analítico: entendendo a conceitualização dos Determinantes Sociais da Saúde no Brasil e no cenário internacional.....	40
3.1	Saúde Coletiva como campo de pensamento e prática e a Reforma Sanitária de 1970.....	40
3.2	Ampliação do conceito da saúde no cenário internacional.....	44
3.3	Ampliação do conceito da saúde no Brasil.....	45
3.4	Determinantes Sociais da Saúde.....	47
3.5	Acesso à Saúde e breve histórico de participação social na luta contra o HIV.....	52
3.6	Acesso à Profilaxia Pré-Exposição ao HIV.....	53
4	Metodologia de Pesquisa.....	55
4.1	Tipo de pesquisa e objetivos.....	55
4.2	Abordagem qualitativa e técnicas de coleta de dados.....	56
4.3	Sobre os projetos.....	60
5	Estudo de caso.....	61
5.1	A faixa etária e as barreiras de acesso.....	61
5.1.1	Primeira barreira de acesso: conhecimento, autonomia e percepção de risco.....	64
5.1.2	Segunda barreira de acesso: estigma.....	69
5.1.3	Barreiras específicas às populações trans e travesti.....	71
5.2	A faixa etária e barreiras de adesão.....	73
5.2.1	Primeira barreira de adesão: dificuldades no uso do medicamento.....	73
5.2.2	Segunda barreira de adesão: conhecimento e percepção de risco.....	74
5.2.3	Terceira barreira de adesão: estigma.....	75

5.3	Os Serviços de Saúde e suas barreiras de acesso	77
5.3.1	Falta de conhecimento e estigma	78
5.3.2	Barreiras específicas às populações trans e travesti.....	80
5.3.3	Rigidez dos serviços de saúde e desinteresse na PrEP.....	81
5.4	Os serviços de saúde e suas barreiras de adesão	83
5.4.1	A importância do educador par	84
6	Análise com base no modelo referencial: Dahlgren e Whitehead	89
6.1	Camada 1: Determinantes individuais.....	91
6.2	Camada 2: Determinantes comportamentais.....	92
6.3	Camada 3: Redes sociais e comunitárias	92
6.4	Camada 4: Condições de vida e trabalho – serviços de saúde.....	93
6.5	Camada 5: Condições socioeconômicas, culturais e ambientais	94
7	Considerações finais	96
8	Referências Bibliográficas	98
	ANEXO A.....	108

Lista de abreviaturas

Abrasco	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
CDSS	Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde
Cebes	Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CMDSS	Comissão Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
CNS	Conferências Nacionais de Saúde
Dathi	Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
FIOTEC	Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
FR	Fundação Rockefeller
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSB	Homens que fazem sexo com homens
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICASM	Índice Contínuo de Avaliação da Saúde Mental
IHB	International Health Board
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
INI	Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas
LGBTQIAPN+	Lésbica, Gay, Bissexual, Transgênero/Travesti, Queer, Intersexo, Assexual, Pansexual, Não-Binárias +
MDM	Metas de Desenvolvimento do Milênio
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde

ONGs	Organizações Não Governamentais
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição ao HIV
SUS	Sistema Único de Saúde
TRIPS	Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS

Lista de figuras

Figura 1 - Cartazes de educação sanitária utilizados pela Secretaria de Saúde e Assistência Pública do Estado da Bahia (Barreto, 1928, apud Batista, 2020)	33
Figura 2 - Cartazes de educação sanitária utilizados pela Secretaria de Saúde e Assistência Pública do Estado da Bahia (Barreto, 1928, apud Batista, 2020)	35
Figura 3 - Visão geral do fornecimento de PrEP no Brasil. Painel de Monitoramento da Profilaxia Pré-Exposição.....	58
Figura 4 - Determinantes Sociais da Saúde segundo modelo de Dahlgren e Whitehead (1991).....	90

Lista de tabelas

Tabela 1 - Alfabetização da População de Quinze Anos e Mais - Brasil - 1900/1991	34
--	----

Lista de gráficos

Gráfico 1 - Jovens menores de 18 anos que acessaram a PrEP desde a implementação da profilaxia.....	63
Gráfico 2 - Jovens entre 18 e 24 anos que acessaram a PrEP desde a implementação da profilaxia.....	64

1 Introdução

1.1 Exposição do problema

Quarenta anos após a descoberta do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), a epidemia de HIV ainda se mostra presente. O *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS* (UNAIDS) em uma *face sheet* de 2022 intitulada “*Global HIV & AIDS statistics*” destacou que cerca de 39 milhões de pessoas viviam com o vírus do HIV naquele ano. Desse número, cerca de 1,3 milhão de pessoas foram recém-infectadas com o HIV apenas em 2022 (UNAIDS, 2022). No Brasil, o Ministério da Saúde estima que um milhão de pessoas vivam com HIV (Brasil, 2023). A epidemia tem prevalência principalmente nas populações-chave que, conforme o UNAIDS, são indivíduos que possuem maior exposição ao vírus devido a vulnerabilidades sociais. Pessoas em situação de privação de liberdade, profissionais do sexo, pessoas trans, gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), bem como usuários de drogas injetáveis fazem parte dessa população mais exposta ao risco (UNAIDS, 2022). O relatório “*New HIV infections data among key populations: proportions in 2010 and 2022*” revela que o risco de contrair HIV é 14 vezes maior para pessoas que injetam drogas, 23 vezes maior para homens gays e HSH, 9 vezes maior para profissionais do sexo e 20 vezes maior para mulheres trans do que para a população geral em todo o mundo (UNAIDS, 2024).

O HIV impacta de forma desigual também a população jovem, que compreende a faixa etária de 15 a 24 anos, segundo definição do UNAIDS. O relatório “*Young People and HIV*” relata que apesar do progresso feito nos últimos 10 anos, com um declínio de 46% nas novas infecções por HIV entre os jovens, o mundo ainda está atrasado no cumprimento das metas estabelecidas para esse segmento populacional (UNAIDS, 2021). Duas em cada sete novas infecções por HIV em todo o mundo em 2019 foram entre os jovens. Ainda, globalmente, apenas um em cada três jovens demonstra conhecimento exato sobre a prevenção do HIV (UNAIDS, 2021). Por fim, o “*UNAIDS Global Aids Updated*” relata que todos os dias, 4.000 pessoas, incluindo 1.100 jovens de 15 a 24 anos, são infectadas pelo HIV (UNAIDS, 2023).

Já no recorte Brasil, o tema segue atual. O Boletim Epidemiológico de HIV e Aids de 2023, divulgado pelo Ministério da Saúde, mostra que no período analisado de 2007 até 2022, dos casos de infecção pelo HIV, 114.593 (23,4%) se deu entre a população jovem entre 15 e 24 anos. Ainda, para essa mesma faixa etária, os casos de AIDS notificados por ano de diagnóstico mostram que de 2011 até 2022 manteve certa estabilidade, indicando que permanece o estado de atenção e necessidade de esforços voltados para a faixa etária dos mais jovens (Brasil, 2023).

Esta pesquisa tem na sua origem um questionamento motivador resultante da atuação profissional da autora na gestão administrativa-orçamentária de dois projetos no âmbito da Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) em populações vulneráveis: o ImPrEP e o PrEP1519. Essa gestão envolve a elaboração, controle e alinhamento do orçamento, a execução financeira e administrativa, o suporte aos pesquisadores do projeto e a comunicação com o financiador da pesquisa. Com base na sua atuação operacional cotidiana, de forma a realizar uma execução alinhada com as necessidades dos pesquisadores, houve um interesse individual em entender as especificidades dos projetos e seus resultados já alcançados e publicados. Neste sentido, a pergunta geral que impulsionou o início das pesquisas é: como explicar a contínua taxa de infecção pelo HIV entre jovens brasileiros posto que existem alternativas de prevenção disponibilizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS)?

A escolha do tema se dá, além do interesse pessoal e profissional, na atualidade e relevância do tema. A atualidade, pois apesar dos esforços empreendidos por organizações internacionais, instituições governamentais e a sociedade civil organizada para combater a epidemia de HIV/Aids no mundo, ainda se faz necessário pensar por que continuam a existir e quais são as grandes desigualdades no que tange ao HIV. Mesmo após 40 anos do início da pandemia de HIV, as respostas globais para endereçar o aumento do acesso das populações-chave aos serviços de teste, prevenção e tratamento ainda se mostram ineficientes (UNAIDS, 2022). É preocupante a manutenção da epidemia considerando a ampliação do escopo de prevenção combinada ao vírus do HIV e incluindo estratégias recentes como a PrEP.

Além da atualidade, também se trata de uma pesquisa relevante, pois dentre as formas de prevenção ao HIV, a PrEP é uma tecnologia recente e promissora, no

caso dessa pesquisa tratamos da PrEP oral, que envolve a ingestão de medicamentos antes da relação sexual para se prevenir de um possível contato com o HIV. Essa profilaxia é indicada para qualquer pessoa em situação de vulnerabilidade para o HIV, como por exemplo pessoas que com frequência deixam de usar preservativos nas relações, que fazem uso repetitivo de Profilaxia Pós-Exposição (sigla PEP, que se refere ao uso de medicamentos antirretrovirais após um possível contato com o HIV), que apresenta histórico de outras ISTs, trabalhadores do sexo, ou que possuem prática sexual sob influência de drogas psicoativas (Brasil, 2022).

Como dito, a PrEP é parte de uma abordagem de prevenção combinada ao HIV que envolve a união de diferentes estratégias. Essas estratégias operam em diferentes níveis. No nível individual, incluem maior testagem, participação em programas de educação sobre saúde sexual e HIV, uso consistente e correto de preservativos e ações de redução de danos. No nível estrutural, exemplificam-se pelo acesso ao serviço de saúde sem discriminação, políticas públicas igualitárias e equitativas em relação a gênero, direitos humanos e combate ao estigma e discriminação, além de programas de prevenção adaptados às diferentes realidades. No nível biomédico, a abordagem contempla o acesso a tecnologias médicas para prevenir a infecção pelo HIV, como medicamentos antirretrovirais e outros insumos para prevenir ou tratar outras ISTs (Brasil, 2022).

No entanto, segundo o UNAIDS, os programas de prevenção, incluindo a PrEP em vários países, sendo o Brasil um deles, não estão no caminho certo e precisam de uma revisão completa (UNAIDS, 2024). Diante disso, ainda há grande margem para novas descobertas e demanda por contribuições de pesquisas em torno do tema. A produção de conhecimento sobre o tema poderá atrair a atenção da sociedade, bem como contribuir para uma literatura que propõe a (re)formulação de políticas públicas visando garantir acesso equitativo e adesão à profilaxia voltadas para as populações-chave dos projetos, especialmente os mais jovens.

Em torno dessa problemática e partindo do conhecimento de que o HIV atravessa as pessoas de formas diferentes, faz-se necessário pensar os aspectos sociais envolvidos na prevenção ao HIV. Para tanto, a autora usa a abordagem denominada de Determinantes Sociais da Saúde (DSS) como arcabouço teórico-conceitual. Esta abordagem epistemológica indica fatores individuais, sociais,

econômicos, culturais, étnico, raciais, psicológicos e comportamentais como condicionantes da saúde de cada indivíduo. Dessa forma, com o intuito de melhor compreender os fatores que afetam o acesso e adesão à prevenção do HIV, a pesquisa se apoiará no modelo de referência de Dahlgren e Whitehead (1991) que nos servirá de lente para analisar os desafios da prevenção ao HIV entre os mais jovens, após a exposição do estudo de caso. O modelo é simples e elucidativo, apresentando os diferentes níveis de operacionalização dos DSS, como macro determinantes e os determinantes proximais que se relacionam entre si. Tanto a abordagem DSS como o modelo serão devidamente apresentados e explicados no capítulo 3.

1.2 Contextualização do problema

A eficácia da PrEP, ou seja, o potencial máximo da ação da PrEP, na prevenção do HIV tem sido demonstrada desde o início dos anos 2010 em estudos clínicos (Grant et al., 2010; Jiang et al., 2014; Molina et al., 2015; McComarck et al., 2016, apud Dourado et al., 2023), além da específica eficácia em jovens adolescentes (Hosek et al., 2016; Tanner et al., 2020), e em estudos de demonstração (Grinsztejn et al., 2018; Girometti et al., 2018, apud Dourado et al., 2023). Estudos no Brasil como o “PrEP Brasil” e “Combina!” demonstram as altas taxas de aceitação da PrEP entre a população-chave adulta (Grangeiro et al., 2015; Hoagland et al., 2017, apud Zucchi et al., 2018). Em contrapartida, sobre a iniciação da PrEP pelos jovens, estudos realizados nos Estados Unidos, demonstram que apenas 7,6% de todas as prescrições de PrEP foram para pacientes com menos de 25 anos de idade, o que demonstra uma taxa de iniciação baixa entre essa população (Hosek, 2016).

A literatura fruto de estudos demonstrativos ressalta que a efetividade da PrEP, isto é, como a PrEP funciona na prática diária, está fortemente associada à adesão (Gamarel et al., 2015; Walters et al., 2017; Ezennia et al., 2019, apud Santos et al., 2023). No entanto, comparado aos adultos, os jovens adolescentes possuem menor adesão à tecnologia de PrEP e os estudos para ampliação da adesão ainda estão em andamento (Tanner et al., 2020). De acordo com o UNAIDS, a experiência na resposta ao HIV nesses quarenta anos demonstra que as pessoas têm maior

probabilidade de usar métodos de prevenção se o contexto para a busca de saúde for seguro e não hostil e, ainda, quando há financiamento para oferecer serviços personalizados a seus pares (UNAIDS, 2022). Algumas análises demonstram que um cronograma mais constante de visitas aos serviços de saúde se mostra efetivo para o correto uso dos medicamentos pelos jovens (Hosek, 2016). Para isso, é necessária a superação de algumas barreiras, como por exemplo, no nível do indivíduo, a pouca familiaridade com a prevenção baseada em antirretrovirais, o estigma, o uso e armazenamento do medicamento e o apoio social. Ainda, há os aspectos estruturais, como o financiamento do sistema de saúde para a PrEP, profissionais de saúde orientados e confortáveis em prescrever a PrEP e serviços de saúde adaptados aos jovens (Hosek, 2016; Kimball et al., 2020, apud Santos et al., 2023).

Para entender como essas barreiras operam na prática, a abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) propicia elucidar os determinantes estruturais e condições da vida cotidiana responsáveis pelas iniquidades em saúde (CDSS, 2010). Alguns estudos recentes já vêm usando os DSS para analisar como os indivíduos atravessam desigualdades diferentes no acesso, aceitabilidade e adesão à PrEP (Andriano et al., 2022; Doherty et al., 2022; Harrison et al., 2022; Bruxvoort et al., 2023).

A literatura nota que algumas questões que afetam os mais jovens como a conscientização sobre a PrEP, recrutamento, retenção, e estigma ainda possuem uma margem de desenvolvimento de conhecimentos (Dourado et al., 2023). Ainda, estudos demonstram que algumas questões foram pouco exploradas, como o uso prolongado e diário da PrEP, a aceitabilidade do método por grupos vulneráveis ao HIV e as experiências com o estigma da AIDS (Zucchi, 2018, 2023). Portanto, a autora buscou investigar mais especificamente as lacunas já identificadas na literatura, discutindo o tema à luz dos DSS através do modelo de Dahlgren e Whitehead (1991). Dessa maneira, devido à oportunidade de contribuir para o conhecimento na área, a vulnerabilidade do segmento populacional dos jovens e por se tratar de uma população que é o futuro do país, a autora optou por se aprofundar na discussão acerca desta faixa etária e a interlocução com os serviços de saúde.

Desde a implementação da PrEP pelo SUS, 161.085 mil pessoas tiveram acesso à profilaxia, 36.138 mil descontinuaram seu uso e, atualmente, há 83.155 mil usuários ativos da PrEP. Entre fevereiro de 2023 e fevereiro de 2024, houve 939 unidades dispensadoras, ou seja, locais onde as pessoas podem fazer a retirada do medicamento de prevenção. O uso de PrEP reduziu as infecções em 11,1% entre 2019 e 2021, de 46 mil para 40,8 mil casos por ano (Butantan, 2023). No entanto, de acordo com o Painel de Monitoramento do Ministério da Saúde, a taxa de descontinuidade da PrEP no Brasil hoje é de 31%, sendo essa descontinuidade fortemente visível entre a população indígena (36%), preta (34%), jovens menores de 18 anos (63%), mulheres transgênero (40%) e travestis (41%) – dados referentes aos últimos 12 meses¹ (Brasil, 2024). Esses dados acendem um alerta para uma taxa de descontinuação ainda alta, apontando a dificuldade na adesão especialmente da população trans e jovens. O Painel PrEP, que é o banco de dados utilizado na pesquisa, será explicado adiante no capítulo 4, mas já podemos antecipar que é necessário entendermos as lacunas que dificultam a adesão da população em situação de vulnerabilidade a fim de pensar estratégias para ampliar a cobertura da PrEP, compreendendo seu acesso amplo, seguro e efetivo.

1.3 Objetivo Geral

Com base nesse cenário, foi possível identificar a partir da literatura que a faixa etária dos mais jovens, tanto jovens adultos quanto adolescentes, continua exposta ao HIV e enfrenta barreiras específicas ao acesso e adesão às tecnologias de prevenção como a PrEP. Nessa seara, interessou a autora ampliar o conhecimento e aprender a olhar para essas disparidades através da abordagem epistemológica dos Determinantes Sociais da Saúde, estabelecendo dois eixos principais para a análise empírica: a faixa etária e os serviços de saúde. Como apoio nesse processo de análise, foi utilizado o modelo de Dalgren e Whitehead (1991).

Se considerarmos que o entendimento acerca dos Determinantes Sociais da Saúde já é consolidado no mundo, principalmente a partir da intensa difusão feita

¹ Compreende o período de 30 de abril de 2023 a 30 de abril de 2024.

pela OMS há pelo menos vinte anos, e que o Brasil tem protagonismo histórico na construção desta abordagem (como se verá no capítulo 2), *por que as políticas nacionais de oferta da PrEP ainda enfrentam dificuldades para solucionar os desafios de acesso e adesão desses jovens?*

1.4 Estrutura da dissertação e objetivos específicos

Esta dissertação está dividida em sete partes: uma introdução, capítulo histórico, capítulo de arcabouço analítico, capítulo de metodologia, estudo de caso, análise do estudo de caso à luz do modelo referencial e as considerações finais. O primeiro capítulo intitulado “*O Histórico do Pensamento Social em Saúde no Brasil*” convida o leitor a compreender a contribuição do Movimento Sanitarista brasileiro da geração de 1920 para a reflexão sobre as relações entre os determinantes socioeconômico e a situação da saúde do país. Um recuo histórico de um século se faz necessário para que seja possível compreender que embora não houvesse um conceito formalizado dos determinantes sociais da saúde como o entendemos hoje, muitas das preocupações e abordagens desses pioneiros da saúde pública brasileira refletiam uma compreensão dos fatores sociais, econômicos e ambientais que influenciam a saúde das populações. A autora sugere que a ideia que permeia os Determinantes Sociais da Saúde existe pelo menos um século antes da sua conceitualização pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2005, em grande parte devido a uma tradição do sanitarismo brasileiro.

O segundo capítulo intitulado “*Arcabouço Analítico: Entendendo a Conceitualização dos Determinantes Sociais da Saúde no Brasil e no Cenário Internacional*” trata propriamente da conceitualização dos determinantes sociais e as barreiras para acesso à saúde. O capítulo se inicia com a construção do termo Saúde Coletiva no Brasil e o entendimento do contexto político-social da Reforma Sanitária dos anos 1970. Munido desse conhecimento, o leitor poderá constatar as prioridades das duas gerações de sanitaristas, de 1920 e 1970, e como os diferentes cenários definiam os objetivos das políticas sociais em saúde. Será possível perceber a permanência dos DSS ao longo das gerações e como foi se aprimorando a operacionalização da abordagem (que será executada no estudo de caso). Todo esse traçado histórico embasa maior compreensão acerca dos Determinantes Sociais

da Saúde, bem como as explicações que esta abordagem ilumina acerca do ainda grande impacto de pandemias, nesse caso HIV/Aids, entre as populações jovens mais vulnerabilizadas.

No terceiro capítulo, intitulado “*Aspectos Metodológicos*”, a autora esmiúça como chegar na contribuição empírica. Esta dissertação de mestrado profissional é do tipo exploratória-descritiva, a fim de proporcionar maior familiaridade com o estudo de caso e estabelecer relações com a literatura. Sob abordagem qualitativa, foi contemplado um número reduzido de entrevistas para prezar pelo aprofundamento no conhecimento, prática e impressões subjetivas dos entrevistados. As entrevistas semiestruturadas compõem a técnica de coleta de dados, priorizando as experiências pessoais em vez do rigor científico e técnico das respectivas atuações nos dois projetos de PrEP analisados, ambos também apresentados neste capítulo. A autora ainda aponta algumas limitações que foram encontradas no decorrer da execução da pesquisa empírica.

No quarto capítulo, “*Estudo de caso*” sobre a Profilaxia Pré-Exposição, início com reflexões sobre o acesso e adesão dos jovens a essa tecnologia de prevenção. Essas reflexões foram possíveis a partir do cruzamento entre a literatura e as entrevistas semiestruturadas, que permitiram uma larga ampliação do conhecimento crítico acerca da prática da PrEP. No entanto, as entrevistas extravasaram para além do que foi visto em literatura, fomentando novos pensamentos sobre o tema e, sobretudo, ajudando a compreender dados. Faremos um caminho pelas barreiras impostas ao acesso e adesão pela própria faixa etária e também pelos serviços de saúde. Dessa forma, poderemos perceber as camadas individuais, sociais e estruturais dos determinantes.

No quinto capítulo, “*Análise com base no modelo referencial de Dahlgren e Whitehead*”, foi operacionalizada a identificação e correlação dos determinantes sociais, com posterior análise dos fatores-chave à luz do modelo de Dahlgren e Whitehead. Para tal, as entrevistas semiestruturadas foram fundamentais para a identificação das condicionantes sociais que dificultam, ou impedem, o acesso e adesão à PrEP. Se tratou, portanto, de um exercício de conectar as barreiras com as camadas do modelo e pensar como, ao fim, essas camadas se conectam entre si.

Nas considerações finais faço um levantamento dos “achados” ao longo deste trabalho e vislumbro novos cenários possíveis para sanar as grandes lacunas de acesso e adesão à PrEP. Importante destacar que os achados não equivalem a resultados, mas sugestões que se abrem a fim de convidar o leitor para um debate.

2 Histórico do pensamento social em saúde no Brasil

Este capítulo se debruça sobre o contexto histórico do debate do pensamento social em saúde sob os níveis de análise internacional e nacional. No âmbito internacional, o primeiro objetivo do capítulo é entender a contribuição dos latino-americanos durante o século XX na criação de uma arena plural de práticas médicas que possibilitou o surgimento do que viria a ser definido como Determinantes Sociais da Saúde, consolidado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) apenas em 2005. Esse pioneirismo em antecipar um conceito firmado no século XXI é resultado de um movimento regional dinâmico de experiência acumulada da América Latina e o papel de múltiplos atores, denominado por alguns estudiosos de “precedência periférica” (Palmer, 2015).

Os autores Marcos Cueto e Steven Palmer, na obra intitulada “*Medicina e Saúde Pública na América Latina: uma história*”, desdobram o diálogo entre os diversos atores históricos e propõem uma interpretação da historiografia da medicina da América Latina que demonstra o papel autônomo e construtivo das práticas sanitárias latino-americanas, em contraponto a uma relação apenas formada por embates ou de passividade frente aos estímulos externos, especialmente da Europa e Estados Unidos. A obra dá suporte para compreender a criação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em 1902 e como se deu a institucionalização de um sistema internacional de ativismo em saúde pública característico das Américas muito antes da criação da OMS (Cueto e Palmer, 2016).

O segundo objetivo do capítulo, já no âmbito nacional, é destrinchar o caminho percorrido pela saúde brasileira no entendimento dos contextos político-sociais que propiciaram a consolidação do conceito de Determinantes Sociais da Saúde. De modo geral, o capítulo demonstra que o entendimento que o mundo tem hoje colocado pela Comissão Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde (CMDSS) em 2005 acerca dos Determinantes Sociais da Saúde se maturou a partir

de um encontro dialógico de ideias sobre uma agenda sanitária e política, com muita contribuição dos sanitaristas brasileiros.

No que se refere ao Brasil, grande parte da bibliografia existente sobre o tema do surgimento dos Determinantes Sociais atribui o pioneirismo à Reforma Sanitária dos anos 1970. No entanto, este trabalho investiga a hipótese de que, ainda no primeiro movimento sanitarista dos anos 1920 no Brasil, se pode observar traços que remetem ao hoje já consolidado conceito de DSS. Assim, munidos do entendimento do contexto de sua criação e de que seu significado é permanente na história sanitária do Brasil, poderemos avançar para a discussão do porquê o conceito segue não sendo capaz de resolver os grandes problemas em saúde, como a epidemia de HIV.

2.1 Nível internacional: a “Precedência Periférica” e as organizações internacionais Fundação Rockefeller e OPAS

Durante o período colonial na América Latina (século XVI ao século XIX), o encontro de práticas médicas entre portugueses, espanhóis, indígenas, escravos ou ex-escravos oriundos de países africanos formavam uma amálgama de conhecimento médico e formas de cura que conversavam e se complementavam, adaptando o modelo biomédico colonial às narrativas “tradicionais” locais. Sacerdotes, curandeiros africanos, xamãs, comerciantes, médicos nativos, médicos coloniais, cientistas-naturalistas e os próprios doentes eram parte de um cenário plural que alternava entre os momentos de troca de experiências, tensão, competição, mas sobretudo uma coexistência complexa de ideias religiosas e científicas (Cueto e Palmer, 2016). Embora a prática colonial de perseguição, subordinação e repressão tenha tentado apagar ritos e práticas religiosas e de saúde locais, muitas atividades médicas ameríndias e africanas sobreviveram e foram absorvidas, e não só foram transformadas como também transformaram a medicina ocidental, ainda considerada a “referência” ou “medicina oficial”. Aborda-se na historiografia recente que essa incorporação de práticas na descoberta de diagnósticos, causas e tratamentos entre os diferentes atores de saúde compuseram um cenário inclusive de legitimação política (Few, 2008 apud Cueto e Palmer 2016), a exemplo dos “médicos políticos” (homens que alcançaram status socioeconômico e participaram da construção dos Estados-nações).

Neste aspecto, a América Latina não era uma página em branco e já apresentava características hoje consolidadas e usadas na medicina contemporânea de valorização da multiplicidade de atores, troca de experiências, conjunção de diferentes cosmovisões e abordagens médicas. No período pós-colonial, de acordo com Cueto e Palmer (2016), essa relação de diálogo se manteve quando os governos locais, pesquisadores e elites médicas latino-americanas aproveitaram a existência de uma infraestrutura adequada, proficiência técnica, aliados criativos e influência política para promover a atração de pesquisadores e organismos internacionais para a região.

2.1.1 Fundação Rockefeller

Dentre os organismos estava a Fundação Rockefeller (FR), que aproveitou a estrutura aqui existente e escolheu a América Latina para difundir internacionalmente uma escola-modelo e seus princípios de higiene (Marinho et al., 2015). Além da estrutura, havia uma liberdade experimental que interessou a FR ao ver potencial para usar a região como laboratório a fim de criar o primeiro sistema internacional de saúde entre 1910 e 1950 e difundir a medicina ocidental. No entanto, aqui encontraram uma rede internacional de troca de conhecimento e alianças já em desenvolvimento, em que modelos médicos de sucesso e publicações periódicas eram compartilhados entre os países da região.

Enquanto entidade filantrópica, a FR financiou a saúde pública como campo de estudo e disciplina, sobretudo a partir do referencial analítico proposto pela Universidade Johns Hopkins. Nesse contexto, o *International Health Board* (IHB) foi criado em 1913 para lidar com a ancilostomose em países da América Central e Caribe. A criação coincidiu com o trabalho pioneiro dos tropicalistas no Brasil (como Adolpho Lutz) no combate à doença desde meados do século XIX e do desenvolvimento do primeiro programa nacional de tratamento da doença na Costa Rica em 1907. A ideia de que a pobreza e o atraso eram causados sobretudo por doenças infecciosas que acarretavam mortes e impediam o desenvolvimento por meio do trabalho era partilhada entre o organismo internacional e as lideranças médicas e elite política locais, o que abriu espaço para a atuação do IHB.

Desse modo, seguir modelos locais de saúde pública para conter a ancilostomíase e seus sintomas clássicos de anemia e cansaço, contribuiria para que as sociedades progredissem (Palmer e Cueto, 2016). Aqui, o IHB aproveita a infraestrutura anterior, desenvolvida pela experiência latino-americana para exercer influência na região, oferecendo suporte financeiro e metodologias de processos com o objetivo de promover um programa sistemático para as Américas. Em troca, a elite médica via a oportunidade de desempenhar papéis políticos e profissionais importantes.

Palmer, em seu livro “*Gênese da Saúde Global*”, faz uma análise inovadora sobre a dinâmica da relação entre as operações da organização e as lideranças de saúde locais. Palmer vai na contracorrente dos estudos historiográficos que dão ênfase da fundação representante de um país rico do Norte trazendo soluções para um país doente do Sul. Esses estudos, por muito tempo, enxergavam a FR como braço do imperialismo norte-americano, que tinha seus próprios interesses e objetivos. Contudo, Palmer defende que “as missões foram, muito mais, um produto da dinâmica histórica local do que da ciência da saúde pública da Fundação Rockefeller aplicada a partir de cima” (Palmer, 2015). Dessa forma, temos uma alteração na visão da América Latina e região como simples receptores de uma transferência passiva de saberes para a visão de um espaço onde já existia uma interação definidora de uma saúde internacional. Tratava-se de uma verdadeira interação (Lowy, 2006) em que a experiência acumulada da região condicionou a adaptação dos programas internacionais às culturas médicas populares antes mesmo de aqui serem implementados:

“Em resumo, não é mais possível alegar, como os historiadores fizeram no passado, que os Estados Unidos impuseram uma saúde pública ou um modelo biomédico na América Latina como parte de um projeto imperial, ou simplesmente argumentar que, embora isso tenha acontecido, os latino-americanos foram capazes de resistir, adaptar ou incorporar certos elementos do modelo. Ao contrário, a história da saúde pública nacional e internacional na América Latina e no Caribe, na primeira metade do século XX, deve ser entendida como um compromisso reciprocamente definidor e criativo entre uma variedade de atores nacionais dos Estados Unidos, imperiais e locais, tanto estatais quanto não-estatais. Além do mais, no começo do século XX, a medicina latino-americana foi uma ativa participante da circulação internacional de pessoas, ideias e produtos biológicos, essencial para a validação da moderna medicina ocidental.” (Palmer e Cueto, 2016, p.124).

O Brasil absorveu mais da metade de todos os gastos da Fundação Rockefeller com saúde pública na América Latina e 15% dos seus gastos em todo o mundo (Palmer, 2015). Aqui, grande parte dos recursos foram direcionados para o combate à Ancilostomíase e Febre Amarela, seja apoiando com bolsas de estudos e doações, a exemplo das faculdades de medicina e saúde pública, ou operando propriamente instituições, a exemplo do Serviço Nacional de Febre Amarela ou o Serviço de Malária do Nordeste, criado com recursos da Fundação. As bolsas de estudo, criação de cadeiras nas faculdades e cursos ministrados foram importantes para a profissionalização da carreira dos sanitaristas que aos poucos deixaram a atribuição de “higienistas”. Esse foi um marco para a profissão e para a difusão do modelo sustentado pela educação sanitária, prevenção de doenças e formação de recursos humanos (Santos e Faria, 2006, apud Batista, 2019).

No entanto, a atuação da FR contribuiu para reforçar diferenças regionais (Faria, 2002), quando beneficiou alguns estados, especialmente São Paulo – através da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo e o Instituto de Higiene – e Rio de Janeiro – através da Fundação Oswaldo Cruz. Alguns atrativos desses estados eram a situação econômica e política favoráveis, bem como o nível de progresso da saúde pública – de forma a servir de modelo para regiões desfavorecidas (Faria, 2002). Em contrapartida, a estrutura aqui existente utilizou desse aporte para emplacar agendas progressistas contrariadas pelas oligarquias locais, aproveitando o investimento no treinamento e reconhecimento profissional para desenvolver as próprias agências nacionais estatais da saúde (Palmer e Cueto, 2016). Exemplo disso é a injeção de recursos no Departamento Nacional de Saúde Pública, à época dirigido por Carlos Chagas.

Na década de 1930, com a deflagração da Segunda Guerra Mundial, houve uma redução da influência econômica, política e cultural europeia na América (Palmer e Cueto, 2016). Em paralelo, houve a criação de escolas de saúde pública apoiadas pela FR em diversos países latino-americanos como México, Brasil, Venezuela e Colômbia. Foi um período de fortalecimento de movimentos sociais e governos populistas, a exemplo do Brasil, que buscava a implementação de políticas sociais pelo Estado de forma centralizadora. Nesse contexto, os EUA expandiram a atuação na região, concentrando suas ações através da OPAS visando exercer a hegemonia durante a Guerra Fria, dotados do conceito de

panamericanismo. Isso é evidenciado pela soma de investimentos em projetos de saúde da OPAS que chegou a 30 milhões de dólares entre 1941 e 1951 (United States Public Health, 1953).

2.1.2 Organização Pan-Americana da Saúde

A OPAS é a organização internacional de cooperação na área da saúde pública mais antiga do mundo. Com fonte de arrecadação voluntária, a organização tem os Estados Unidos como o maior doador e com muitos projetos também financiados pela Fundação Rockefeller, especialmente no período de 1920 a 1950. O panamericanismo da organização na saúde se revela especialmente pela política de boa vizinhança adotada a partir dos anos 1920 pelos Estados Unidos. Algumas das ações importantes da OPAS no período foram a implementação do Código Sanitário Pan-Americano, em 1924 e o Boletim da Oficina Sanitária Pan-Americana. Também fomentou e conduziu Reuniões Interamericanas dos Ministros da Saúde, atuou na promoção de estrutura institucional de fomento à saúde pública nos países como Ministérios da Saúde e Centros de Higiene, de forma que tivesse autonomia em matéria de saúde pública garantida perante a Organização Mundial da Saúde.

Até o momento, havia uma certa rede internacional de países latino-americanos, com reuniões científicas e médicas e acordos bilaterais para tentar conter epidemias a partir da década de 1870, especialmente entre Brasil, Argentina, Uruguai, Peru e outros (Cueto e Palmer, 2016). Embora a relação dialógica permaneça presente – com médicos locais, ora se apresentando como aliados dos modelos estadunidenses e ora como questionadores da hegemonia científica norte-americana (Cueto, 2015) – é inegável que o domínio do orçamento da OPAS pelos EUA provoca uma mudança na configuração dos acordos e o início de uma relação assimétrica de poder. No entanto, é importante notar que através dessa relação de tensões e colaboração, se dava na região a montagem de um sistema internacional de saúde entre 1910-1950, muito antes da criação da OMS. O reconhecimento da experiência acumulada na região se traduziu no convite a lideranças médicas latino-americanas para compor quadros da OMS, como Marcolino Candau (diretor-geral entre 1953 e 1973).

A OPAS estabelece sua marca na saúde pública brasileira a partir do primeiro Movimento Sanitarista Brasileiro, com a institucionalização do primeiro sistema internacional de saúde nas Américas, e posteriormente no Movimento Sanitarista da geração de 1970. Isso, pois possui um papel fundamental na modernização do ensino da saúde, disseminação de abordagens médicas pautada nas ideias da Conferência de Alma-Ata e da ampliação do termo saúde, colaborando para a definição da Saúde Coletiva no Brasil. Ainda na atualidade, a OPAS desempenha um papel vital no avanço da agenda da PrEP na América Latina ao educar e apoiar os tomadores de decisões durante a implementação.

2.2 Nível nacional: Movimento Sanitarista Brasileiro dos anos 1920

2.2.1 O Brasil é um imenso hospital

Nas décadas de 1910 e 1920, o movimento sanitário da Primeira República pode ser resumido a partir da expressão que ilustrou a então campanha pelo saneamento rural: “O Brasil é um imenso hospital”. Miguel Pereira, médico e professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, proferiu a expressão em 1916 e definiu o Brasil como um país doente (Hochman, 2012; Lima, 1999). Até o momento, as disputas pela representação do Brasil eram múltiplas: havia uma primeira representação pautada no ufanismo, com sua origem a partir da obra de Conde de Afonso Celso, “*Porque me Ufano do Meu País*” publicada em 1900. Na vertente ufanista, exaltava-se o amor pelo Brasil e pela natureza, a valorização da miscigenação e o encontro das três raças – indígena, negra e branca (Maio e Santos, 1996). A vertente ufanista era representada no campo da saúde pela imagem do indígena e do caboclo sertanejo habitando um interior do Brasil saudável, longe da vida precária e enferma da cidade grande da segunda metade do século XIX.

Essa imagem estava em disputa com uma segunda vertente de representação: a determinista fatalista. Essa teve seu expoente nos textos do fazendeiro e escritor Monteiro Lobato, em que o caboclo era representado na figura do personagem “Jeca Tatu” em artigos no jornal “*O Estado de São Paulo*”. O personagem evocava o habitante do interior como uma pessoa preguiçosa e ignorante que “existe a vegetar de cócoras, incapaz de evolução, impenetrável ao progresso” (Skidmore, 1976), de acordo com a crença de grande parte da elite econômica do Brasil nos anos de 1910.

A ênfase desta segunda vertente de representação do Brasil recai na ideia de que os problemas do país eram causados pelas origens raciais ou tinham caráter inato, calcada em uma doutrina determinista racial e climática. Esta noção advinha majoritariamente da herança médica imperial e propunha que os brasileiros mestiços ou negros eram inferiores e viviam em clima insalubre, sendo dotados de mecanismos de defesa que os faziam se adaptar ao meio (Maio e Santos, 2010). A solução para os problemas de saúde pública seria a substituição da população por meio do incentivo à migração.

É importante notar que, através desse elo estabelecido entre doença e raça ecoavam ideias eugenistas que estavam sendo muito difundidas na Europa e Estados Unidos no início do século XX. Este período coincidiu com a criação de diversas sociedades eugenistas, a exemplo da Sociedade Alemã pela Higiene Racial (1905), Escritório de Registro Eugenista dos Estados Unidos (1910), Sociedade Francesa de Eugenia (1913), a Sociedade Paulista de Eugenia (1919), *Sociedad Mexicana para el Mejoramiento de la Raza* (1931), e a *Asociación Argentina de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social* (1930), entre muitas outras. Com diferentes vertentes, a eugenia se revelava pela ideia das “raças superiores”, que deveriam ser hegemônicas, e as “raças inferiores” que deveriam respeitar a suposta “seleção natural” e seriam “inaptas” a receberem acesso a tratamentos médicos.

As diferentes dimensões da eugenia e como foram aplicadas na medicina da Europa, Estados Unidos, América Latina e região demonstra o diálogo entre o Norte e o Sul global sobre as diferentes práticas médicas adotadas e fortalecidas no fim do século XIX e início do século XX. Nos EUA e Alemanha, eram aplicadas práticas pautadas numa eugenia “negativa”, como controle, esterilização ou extermínio, no caso do Holocausto, em massa de pessoas consideradas “inaptas”. Já na América Latina e Brasil, se falava em propostas menos biológicas e mais sociais e ambientais como instrumentos de reforma social. Havia a eugenia “positiva”, que buscava a reprodução dos “aptos” e predominou na maior parte da América Latina, onde o ambiente seria mais importante do que a hereditariedade (Stepan, 1991).

Ainda, havia a eugenia “preventiva”, que ganhou mais espaço especialmente no Brasil, tratando a questão racial numa perspectiva de redenção em vez de

condenação (Maio e Santos, 2010) e associava a prática sanitaria à saúde da raça e às reformas sanitárias e sociais (Carvalho, 2022). Organismos como a FR aqui atuantes não tiveram espaço para reproduzir o tipo de investimento que faziam nos EUA ou Alemanha, voltados para uma eugenia “negativa”. Aqui, se depararam com um Movimento Sanitarista em ascensão, com sanitaristas projetados politicamente, como Carlos Chagas e Belisário Penna, e um contexto complexo de diferentes vozes e movimentos de caráter nacionalista de salvação nacional. Inclusive já existia uma tradição em bacteriologia e pesquisa higienista com escolas formadas por Oswaldo Cruz (Manguinhos), Adolfo Lutz e Emílio Ribas (Butantan). Era necessário adotar um diálogo e adaptar programas sanitários à realidade local, principalmente no combate à ancilostomíase e Febre Amarela (Castro e Faria, 2003) e de recuperação do “Jeca Tatu”.

No fim do século XIX e início do século XX, grande parte da literatura interpretava o Brasil à luz da noção de raça (Maio e Santos, 1996). A corrente preventiva, que se contrapõe tanto ao ufanismo como ao determinismo fatalista, é de suma importância para entender o Movimento Sanitarista Brasileiro. Isso, pois foi utilizada por uma parcela da comunidade médica para solucionar os obstáculos da formação de uma “raça brasileira” (como alcoolismo, doença e analfabetismo) e sugerir medidas sanitárias de regeneração. Era uma vertente mais associada a um viés educativo, para impedir que as pessoas adquirissem mazelas degenerativas. Portanto, ao invés de resignação ou condenação do atraso, era possível recuperar o povo doente através da identificação do problema e implementação de ações de higiene e saneamento, fundadas no conhecimento médico (Lima e Hochman, 2000).

Um grande exemplo de opositores do determinismo fatalista se notabilizou pelos médicos da Escola Tropicalista Baiana, que acreditavam que as adversidades climáticas poderiam ser contornadas respeitando práticas higiênicas de vestuário, alimentação e tratamentos médicos (Maio e Santos, 2010). Também buscavam considerar causas de natureza social e política, tais como pobreza, subnutrição, falta de serviços de saúde pública e escravidão (Maio e Santos, 2010) para doenças tropicais. Havia uma ideia de saúde pública como projeto nacional, e a crença de que se poderia construir um país civilizado independentemente do seu clima e povo miscigenado (Peard, 1999). Inicia-se um movimento de refutar o discurso de inferioridade étnica da população brasileira e um olhar para as políticas de saúde e

educação como uma alternativa para o país, deslocando assim a problemática (Lima e Hochman, 2000).

Aqui começa a se desenhar, para além de uma questão de saúde, o viés político e econômico do movimento sanitarista. A situação da população trabalhadora “miscigenada e doente” era um obstáculo ao projeto de afirmação de ideais nacionalistas. Sob essa ótica, a formação do Estado estava comprometida por uma inviabilidade da nação, *vis-à-vis* as péssimas situações sanitárias que se encontrava a população. Mesmo diante da proposta de substituição dessa mão de obra doente reivindicada por setores agroexportador e industrial, as doenças por si só também eram um desafio à política de estímulo à imigração e prejudicavam o comércio exterior (Benchimol, 1990). O porto da capital possuía fama de sujo e companhias de navegação se recusavam a atracar, prejudicando as exportações e deteriorando a imagem da cidade (Cury, 2012).

As condições sanitárias se impunham como obstáculo a um projeto modernizador de país, e foi então que os sanitaristas se alinharam aos interesses das classes dominantes de forma a viabilizar a garantia de uma força de trabalho não-doente. Desse modo, os médicos sanitaristas se tornaram atores políticos que influenciavam os governos, e foram peças importantes nas reformas urbanas e sanitárias da cidade. Vale observar que o impulso de promover a saúde a uma população doente se faz presente numa lógica de viabilização econômica do país, e não no enfrentamento da desigualdade e racismo existentes.

De acordo com Peard (1992, 1996, apud Benchimol, 2000), um grupo de médicos brasileiros operava na fronteira entre os paradigmas miasmático/ambientalista e a teoria dos germes. A teoria miasmática, hegemônica na época, sustentava que doenças eram causadas por condições ambientais como clima, topografia, habitações precárias, falta de saneamento e sujeira, que resultava na decomposição de matéria orgânica. Os higienistas brasileiros usaram essa teoria para justificar reformas sanitárias, inspirados pelo modelo europeu. Com a revolução pasteuriana da segunda metade do século XIX, a teoria dos germes emergiu, propondo que doenças eram causadas por microrganismos. Isso levou a uma nova abordagem que enfatizava o diagnóstico preciso e a prevenção, como quarentenas para evitar a propagação de doenças. Com o avanço do conhecimento

bacteriológico, percebeu-se que qualquer pessoa, independente de gênero, classe social ou raça estaria suscetível a entrar em contato com um micróbio, igualando os seres humanos em uma cadeia mútua de dependência (Hochman e Faria, 2013).

É importante mencionar que os higienistas e pasteurianos muitas vezes entravam em debate, construindo um processo não somente de embate e contraposições, mas de compartilhamento de conhecimento e combinação de métodos no enfrentamento às doenças tropicais. Segundo Jaime Benchimol, historiador da casa de Oswaldo Cruz, houve uma “retificação do curso de ação dos velhos atores [higienistas] à luz da estratégia proposta pelos novos [pasteurianos], realizando-se uma ‘tradução’ recíproca de interesses vantajosa para as metas que uns e outros perseguiram” (Benchimol, 1999, p. 440) As reformas urbanas do Rio de Janeiro são um exemplo desse diálogo. Iniciadas com o presidente Rodrigues Alves, entre 1903 e 1906, e comandada pelo prefeito Pereira Passos, o programa de renovação urbana contou com a participação do sanitarista Oswaldo Cruz, que coordenou as reformas na área da saúde contra varíola, peste bubônica e febre amarela.

Na época, Oswaldo Cruz estava à frente da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP) e decretou medidas higienistas como: construção de cemitérios em áreas fora das cidades, sistema de limpeza das ruas, coleta de lixo e ventilação das ruas, com o planejamento urbano voltado para construção de grandes avenidas e parques. Embora tenham sido desenhadas sob a égide da teoria dos miasmas em meados de 1870, as reformas tiveram como frente prioritária a identificação do micróbio ou hospedeiro de cada doença. Oswaldo Cruz, portanto, usou o arcabouço dos higienistas – e com isso aproveitou o apoio do governo –, para aplacar sua agenda pasteuriana no combate à febre amarela, peste bubônica e varíola, defendendo a vacinação obrigatória (Benchimol, 2000). As reformas se colocam como uma evidência de disputas e contestações a partir do encontro de ideias pasteurianas e higienistas.

Ainda, vale notar que o caráter impositivo das reformas somado à tensão política da época pela recém proclamada República culminou na Revolta da Vacina (1904) que teve como estopim a vacinação obrigatória contra a varíola. A campanha falhou por não incluir estratégias de comunicação e educação da população que,

analfabeta ou semianalfabeta, não poderia acompanhar os textos científicos de Oswaldo Cruz publicados em jornais, resultando em resistência popular. Posteriormente, uma campanha de educação e conscientização popular foi implementada, levando a uma maior adesão voluntária à vacinação durante uma nova epidemia em 1908. Esse exemplo contribui para este trabalho ao demonstrar a importância de considerar a educação, acesso à informação e participação comunitária para viabilizar agendas de saúde pública.

Essa característica de diálogos entre práticas médicas permeia a história da saúde pública brasileira desde a era pré-colonial. A mistura de elementos operava de forma específica, posto que o Brasil desenvolveu uma prática médica que se debruça na análise das doenças tropicais que afligiam a região. O intenso fluxo de ideias entre higienistas adeptos da teoria dos miasmas, pasteurianos adeptos da bacteriologia, tropicalistas baianos, e mesmo da Fundação Rockefeller, nos mostra o caráter experimental na medicina brasileira. O debate entre múltiplos atores fertilizava um campo de práticas inovadoras que anteciparam muitos conceitos, dentre eles o de Determinantes Sociais da Saúde.

A partir do marco dessas epidemias, percebeu-se que a transmissibilidade das doenças criava uma teia de interdependência social, política e territorial, características que viriam a compor o conceito de Determinantes Sociais da Saúde. Essa sucessão de epidemias entre o fim do século XIX e início do XX expôs a incapacidade das oligarquias regionais em responder de forma descentralizada as enfermidades que atingiam o Brasil. Essa teia de dependência não se explicava apenas pelo advento da bacteriologia, mas também pelo entendimento mais amplo de que as unidades federativas se conectavam através do comércio e fluxo de pessoas. Importante destacar a gripe espanhola que, em 1918, causou milhares de mortes e afetou severamente as grandes cidades, marcando a memória coletiva e potencializando a demanda por políticas públicas de saúde.

2.2.2 As expedições de Oswaldo Cruz e o reconhecimento de determinantes sociais

Nesse contexto, destaca-se o trabalho de Oswaldo Cruz ao encomendar em 1912 expedições médico-científicas, dirigidas por Belisário Penna e Arthur Neiva,

que tiveram seu relatório divulgado em 1916 com grande impacto público. O objetivo era avaliar as condições de saúde no interior do Brasil. No entanto, a expedição transbordou questões médico-sanitárias para discutir também aspectos sociais envolvendo questões culturais, educacionais, alimentares e econômicas. Após seis meses, passando por Pernambuco, Bahia, Piauí e Goiás, os médicos constataram que os habitantes do interior formavam uma população desconhecida, atrasada, doente, improdutiva e abandonada, e sem nenhuma identificação com a pátria (Albuquerque et al., 1991; Neiva, 1916):

“Não há como estranhar a proverbial e descartada indolência do brasileiro em geral nem a sua incapacidade para trabalhos que demandem vigor e saúde... Não que ele seja assim por influência do clima e da raça. Ele é, sobretudo, uma vítima indefesa da doença, da ignorância, da deficiência, ou do vício da alimentação.” (Penna, 1923, p. 34).

É importante notar que o objetivo dos sanitaristas à época era ampliar o acesso à saúde via centralização do Estado na formulação de políticas públicas, com a finalidade de emergir um sentido de identidade nacional que iria trazer como consequência uma maior disposição para o trabalho e progresso do país. As pessoas estavam doentes e não atingiam o pico da força de trabalho, pois estavam abandonadas pelo Estado. Além de identificar os problemas, era necessário que os sanitaristas indicassem onde o Estado precisaria intervir. Os habitantes do interior do Brasil precisavam não só de acesso à saúde, mas também educação, segurança e assistência, o que demonstra a tomada de consciência dos médicos e cientistas para as condicionantes sociais que serviam de barreiras ao acesso:

“Vivem eles abandonados de toda e qualquer assistência, sem estrada, sem polícia, sem escolas, sem cuidados médicos nem higiênicos (...) sem proteção de espécie alguma, sabendo de governos porque se lhes cobram impostos de bezerros, de bois, de cavalos e burros.” (Penna e Neiva, 1916, p.199)

Benchimol descreve os relatórios escritos pelos cientistas como o primeiro inventário moderno sobre as condições de saúde e vida das populações do interior do país, dada sua extensa produção sociológica, antropológica e fotográfica (Benchimol, 2000). Destaco os relatórios de Belisário Penna em seu livro “O saneamento do Brasil” (publicado em 1918, o livro reúne os artigos sobre saúde e saneamento publicados no jornal Correio da Manhã entre 1916 e 1917), pela sua riqueza descritiva e ampla repercussão por meio das publicações nos jornais,

conferências e pronunciamentos – não só dos autores, mas de outros colegas de profissão e intelectuais. Essa análise nos ajudará a entender como o conceito de determinantes sociais da saúde já estava sendo cunhado nesse período, embora com objetivos distintos do que conhecemos hoje. Aqui, essas noções buscavam levar a identidade nacional e saúde às pessoas com o objetivo de viabilizar o país enquanto uma nação ao lado das grandes nações modernas.

2.2.3 Belisário Penna em “O Saneamento do Brasil”

Penna aborda fatores sociais e políticos para explicar a causa de um país povoado de pessoas doentes e analfabetas em constante “estado de latência”. Seriam elas: “a abolição abrupta do trabalho escravo, extensão relativamente rápida das redes ferroviárias e ausência de incentivo à atividade rural” (Maio e Santos, 1996). O despejo de um grande contingente populacional nas ruas, devido ao fim da escravidão sem políticas públicas de absorção dessas pessoas, teria acarretado problemas na educação, habitação e saneamento. A migração para os grandes centros urbanos ocasionou no esvaziamento dos sertões e, no sentido inverso, o fluxo de ida para os sertões levava as doenças e vícios da cidade grande (Hochman e Faria, 2013). À luz dessa abordagem, pode-se observar que no início do século XX já se antecipa a discussão, pelos sanitaristas brasileiros, de aspectos sociais que impactam na saúde para entender a situação de saúde do país.

De forma a aprofundar a discussão, trago luz ao capítulo II de “O saneamento do Brasil”, intitulado “Indolência mórbida – j causas da distensão e incremento das endemias no Brasil”, em que Penna oferece causas para a difusão das endemias no país mencionadas acima. Quando Penna avalia o fim abrupto da escravidão que, com total ausência de políticas que integrassem as pessoas à sociedade, acarretou o despejo de grande massa de pessoas às ruas, sem acesso à educação e a práticas de higiene, ou ainda, as linhas férreas que, construídas sem qualquer estrutura de saúde, serviam para disseminar doenças ao longo das estradas de ferro, além das vidas consumidas em sua construção, Penna pensa nos termos dos determinantes sociais da saúde. Isso, pois pensa o aspecto humanitário e social das doenças e o contexto em que os doentes estavam inseridos. Não se trata apenas da constatação

de um fato no presente, mas também tenta resgatar uma causa histórica para o acometimento das doenças.

Penna ainda pensa para além da doença, quando considera relevante a miséria, a tristeza e o aniquilamento físico e moral do homem que vive no sertão, embora viva rodeado de terras promissoras (Penna, 1923, p.26). Quando olha para a miséria, analisa as circunstâncias em que as pessoas doentes estão inseridas, uma situação de indigência, deficiência de alimentação, ausência de conforto, depressão:

“Há, além dessas, uma peste, a que poucos escapam, pior que todas as outras, e que de parceria com cada uma delas vai minando e destruindo a nossa gente rural e sertaneja; é a indigência, atingindo inúmeras vezes a miséria, com seu clássico cortejo da deficiência ou vício da alimentação e ausência dos elementos de relativo conforto ou simples resguardo, com o desasseio e a depressão física e moral das suas vítimas, presas indefesas das doenças” (Penna, 1923, p.27).

Também pode-se inferir que Penna pensa nos termos dos Determinantes Sociais da Saúde quando olha para as condições de vida e trabalho das pessoas e as iniquidades vividas por elas. Isso pode ser exemplificado quando o autor explora as precárias condições de trabalho, principalmente de mineração, extração de borracha na Amazônia e exploração de madeira no Vale do Rio Doce. Dessa forma, lança um olhar para aspectos humanitários quando analisa que todo o valor dessas atividades econômicas, junto, não somava a centésima parte das vidas consumidas (Penna, 1923, p. 57). Ainda, quando propõe que se tenha uma regulamentação rigorosa quanto às questões de higiene e profilaxia a serem impostas aos empreiteiros, atribui ao governo o papel de criação de políticas públicas para reduzir o impacto dessas condicionantes. Além disso, contorna questões de distribuição desigual de poder e recursos quando menciona as diferenças no acesso à saúde entre as classes abastadas e trabalhistas - trabalhadores das ferrovias, indústrias, soldados, marinheiros, agricultura, comércio, obras públicas e privadas, muito acometidos pelo alcoolismo (Penna, 1923, p. 58).

Penna também atribui uma campanha pela saúde em que saneamento e educação devem caminhar juntos como uma das formas de combater um Brasil doente. Quando diz que “Há que propagar entre o povo brasileiro a educação física, a educação higiênica, a educação intelectual, educação *gymnastica*, a educação moral, a educação cívica, a educação artística e a educação estética” (Penna, 1923,

p.15), afirma que o indivíduo não precisa apenas da educação higiênica, mas também em todos os outros âmbitos da vida. A partir disso, podemos inferir que o sanitarista instiga o leitor a pensar a saúde a partir de duas diferentes áreas: saneamento básico e educação, demonstrando um reconhecimento da intersectorialidade da saúde admitida com os Determinantes Sociais da Saúde apenas no século XXI.

Ainda sobre educação, havia a convicção de que o país caminharia para a civilização se a educação higiênica alcançasse o objetivo de conscientizar as pessoas dos princípios profiláticos básicos. Segundo Penna:

"A Educação Higiênica, que será a sua incorporação real civilização, só se fará, não apenas quando ele souber ler e escrever, mas quando se convencer de que deve construir a sua habitação de acordo com os preceitos da higiene, quando aprender a alimentar-se, a beber água limpa, a defender-se de insetos e parasitas transmissores e causadores de doenças, quando se dispuser prática das virtudes higiênicas do asseio e da sobriedade" (Penna, apud Santos, 2012).

Não à toa, a educação sanitária foi muito promovida à época nos veículos de imprensa e propaganda, nas escolas, quartéis e fazendas. Isso, pois tanto os sanitaristas do período como a Fundação Rockefeller consideravam o analfabetismo um dos obstáculos para a garantia da saúde. Os cartazes de educação e propaganda sanitárias que circularam na década de 1920 na Bahia são exemplos dessa prática educacional. O objetivo era dar ênfase mais nas imagens ilustradas, do que nos textos, visando contemplar a maioria da população (Figura 1).

Figura 1 - Cartazes de educação sanitária utilizados pela Secretaria de Saúde e Assistência Pública do Estado da Bahia (Barreto, 1928, apud Batista, 2020)



De forma a ter uma melhor visualização de como o analfabetismo era presente em grande parte da população, a Tabela 1 abaixo traz a taxa de alfabetização da população brasileira de quinze anos de idade ou mais entre os anos 1900 e 1991. Com destaque para o recorte que nos toca nessa seção, observamos uma taxa de alfabetização de apenas 35% entre os anos 1900 e 1920, auge do primeiro movimento sanitário. Podemos dizer que o analfabetismo era visto como uma iniquidade em saúde, a partir do momento em que é tido como uma das causas da ignorância e atraso da população, principalmente do interior do Brasil. Os sanitários acreditavam que educar a população quanto às doenças e disseminar hábitos para reduzir sua transmissão poderiam ser importantes ações de viabilidade da nação. Portanto, diminuir o analfabetismo era uma questão de política pública. Com isso podemos perceber que Penna, assim como os sanitários da época, ultrapassam a temática da saúde abrangendo fatores que permeiam os Determinantes Sociais da Saúde que viriam a se consolidar no século seguinte.

Tabela 1 - Alfabetização da População de Quinze Anos e Mais - Brasil - 1900/1991

Ano	Alfabetizados	Analfabetos	Sem Declaração	Taxa de Alfabetização (%)
1900	3 380 451	6 348 869	22 791	35
1920	6 155 567	11 401 715	-	35
1940	10 379 990	13 269 381	60 398	44
1950	14 916 779	15 272 632	60 012	49
1960	24 259 284	15 964 852	54 466	60
1970	35 586 771	18 146 977	274 856	66
1980	54 793 268	18 716 847	31 828	75
1991	76 603 804	19 233 239	-	80

Fonte: IBGE, censos demográficos, apud Anuário Estatístico/1995.

Dessa forma, a educação higiênica foi uma forma de intervir na sociedade para promover a saúde. Segundo Antônio de Barros Barreto, brasileiro e bolsista da Universidade John Hopkins pelo programa Rockefeller de saúde pública, a educação sanitária difundida via propagandas objetivou a compreensão do papel que cada indivíduo poderia desempenhar na disseminação de doenças. Ainda, visou as precauções a serem seguidas influenciadas por hábitos culturais (como por exemplo cuspir no chão) com o objetivo de evitar as doenças. As propagandas orientaram sobre o que fazer em caso de contração das doenças, mostraram o perigo

público que era se tornar uma fonte de infecção e objetivavam “incutir-lhe na consciência” que era um crime abominável contra a pátria transmitir a doença a seus semelhantes. Por fim, almejavam “despertar-lhe o senso cívico para obter apoio moral e material, para que ele zelasse pela saúde pública, pelo bem da saúde coletiva e da grandeza da pátria” (Barreto 1923, apud Batista, 2019).

Figura 2 - Cartazes de educação sanitária utilizados pela Secretaria de Saúde e Assistência Pública do Estado da Bahia (Barreto, 1928, apud Batista, 2020)



Retornando a Penna, quando o cientista publica seu livro “O saneamento do Brasil”, está lendo o país sob uma perspectiva sociológica da doença e exala patriotismo. Com duras críticas às elites oligárquicas, Penna contribui para a difusão de um olhar crítico na sociedade quanto aos governantes que, segundo ele, estavam mais preocupados com as competições de grupos, combinações de chapas e preocupações de mando do que com a crise que atravessava o país (Penna, 1923). Ainda, fazia uma crítica ferrenha ao sistema federalista fundado na Constituição de 1891, em que a política era caracterizada por um espaço dos coronéis locais e governos estaduais. Para Belisário Penna (1923) “a constituição que nos infelicita há 25 anos temporã, inadaptável, inexequível e inconveniente aos legítimos interesses do Brasil, e tem sido a causa máxima de todas as calamidades que vamos sucumbindo” somente favorecia o que o médico chamava de “politicalha”.

No capítulo VI intitulado “Política, sociedade e higiene, rodas conjuntas da mesma máquina”, Penna faz uma leitura da situação dos primeiros anos da República em que considera que a corrupção dos governantes resulta em uma sociedade abandonada e aquém da sua capacidade produtiva por estar doente. Neste capítulo, o autor pensa sobre o valor econômico de produção de um trabalhador para a coletividade e, ainda, pensa o país como uma engrenagem, em que se pode observar uma dependência dos diferentes setores em relação à saúde, conforme trecho:

“Todos os problemas relativos à salubridade das regiões e à saúde dos seus habitantes prendem-se intimamente aos de sua organização política e social. Cada um deles não pode ser resolvido sem o concurso dos outros; são rodas conjugadas de uma máquina, que só funciona regularmente quando suas engrenagens se ajustam e os seus eixos não se deslocam” (Penna, 1923, p.68).

Portanto, podemos afirmar que Belisário Penna, embora não use os termos dos determinantes sociais da saúde, ao menos traz pensamentos que conversam com a temática. Penna e os demais sanitaristas que trabalhavam nos registros sobre o interior do Brasil não apenas publicavam seus escritos médico-científicos, mas também construíram um imaginário social e político de uma nação e de uma comunidade nacional. Assim, superam a fronteira existente entre a ciência e as camadas populares, difundindo escritos sobre essa realidade nos jornais populares como verdadeiros intérpretes de um país doente (Lima, 2009). A identificação da

doença como elemento distintivo da condição de ser brasileiro, como traz Lima e Hochman (2000) configura como sendo o cerne da construção da identidade nacional. À luz dessas expedições, o movimento sanitarista se propõe então como uma grande virada de chave para uma identificação pela sociedade brasileira dos problemas sanitários como problemas sociais e de interdependência (Hochman e Faria, 2013). Se colocando como uma alternativa tanto à corrente ufanista e a supervalorização de um Brasil ilusório, como à corrente determinista racial e climática, o movimento sanitarista coloca a saúde na agenda política nacional.

Portanto, o movimento sanitarista da Primeira República, ao extravasar o campo da saúde e analisar também contextos sociais, culturais e políticos que afetam o indivíduo doente, possui sua contribuição ao pioneirismo brasileiro que resultará futuramente nos Determinantes Sociais da Saúde, discussão que eclode e se consolida no cenário internacional apenas no início do século XXI. Portanto, a tomada de consciência para estudar o Brasil a partir de um ponto de vista sanitário, mas sobretudo sociológico e político se deu ainda no contexto do primeiro movimento sanitarista que também promoveu, embora lentamente, a identificação pela sociedade brasileira dos problemas de saúde como problemas de interdependência (Hochman e Faria 2013).

2.2.4 Liga Pró-Saneamento e a institucionalização da saúde

Na esteira dos acontecimentos, é formada em 1918 a Liga Pró-Saneamento como uma iniciativa das elites econômicas e políticas do país. A Liga foi dirigida por Belisário Penna e se tornou uma expressiva campanha que objetivava a criação de uma agência pública federal que coordenasse as ações para saúde em todo o Brasil. Os grupos, principalmente médicos, que viriam a compor a Liga eram convocados em um tom nacionalista, conforme o médico Miguel Couto proferia para que aderissem à “Cruzada da Medicina pela Pátria” (1916). Penna, presidente da Liga, resumia seu principal objetivo: “Sanear o Brasil é povoá-lo, é enriquecê-lo, é moralizá-lo!” (Penna, 1923 p.351). Como principal medida da Liga, postos de profilaxia rural foram instalados em várias regiões do País e seu grande objetivo era a criação de um Serviço de Nacional Saúde sob jurisdição de uma agência

autônoma, com status de Ministério. A Liga contou com o apoio da Fundação Rockefeller no trabalho de expandir a saúde e pesquisa nas áreas rurais.

Sob a égide da Liga, foram distribuídos folhetos educacionais e realizadas propagandas, palestras em escolas, Forças Armadas e associações rurais para divulgar o estado doente do país (Maio e Santos, 1996). Através da Liga, houve uma tentativa de combater o analfabetismo de forma a promover o acesso à saúde, com intensa propaganda da campanha de saúde pública feita por Monteiro Lobato, que reviu sua posição e apoiou o combate às doenças e a educação da população quanto à alimentação, higiene e agricultura. Repensou o “Jeca Tatu”, indicando que “o Jeca não é assim: está assim”, apoiou as expedições científicas de Oswaldo Cruz e contribuiu, embora sem questionar o racismo e desigualdade social vigente, para a conscientização das camadas populares sobre as doenças (Skidmore, 1976). Os objetivos da Liga, portanto, conversavam estreitamente com o sertanejo no Brasil, pois sua saúde significava o desenvolvimento do país.

Essas novas reformas não aconteciam só no Brasil, mas concomitantemente em toda a América Latina. Desde meados do século XIX, a região elaborava Conferências Sanitárias Internacionais para discussão científica e política, a fim de estabelecer normas e procedimentos comuns entre os países que enfrentaram epidemias. O aumento das relações internacionais entre os países se evidenciava pelo fluxo intenso de migração de pessoas, pessoal militar e comercialização de produtos. Assim, era necessário criar respostas mais efetivas e com menor prejuízo econômico do que as quarentenas e fechamento dos portos. Na América Latina, as Conferências e Congressos sanitários panamericanos merecem destaque. Isso, pois eram espaços de compartilhamento de práticas e discussão de medidas médicas em período de teste ou que já obtiveram sucesso. Nesse contexto, as conferências promovem um diálogo com demais cientistas da América Latina, que na virada do século XX era um grande centro de pensamento e de intercâmbio de ideias, como vimos na primeira seção deste capítulo.

Cueto e Palmer (2016) destacam a singularidade compartilhada da região que possuía a autoridade do Estado-nação em construção presente nas cidades e portos e a carência da assistência do governo nas áreas rurais. Dessa forma, de modo a alcançar os habitantes pelo interior e promover a saúde de forma centralizada, o

movimento pela saúde pública na região foi intrinsecamente político-nacionalista. Em paralelo, transbordava as fronteiras para o cenário internacional, com intensos diálogos entre os países acerca de doenças epidêmicas e endêmicas. Os laboratórios científicos que foram construídos para estudo da bacteriologia ganharam notoriedade não só regional, como também na Europa. Exemplo disso foi a íntima relação entre o Instituto Pasteur e o *Instituto Histo-Bacteriológico y de Vacunación Antirrábica de la Crónica Médico-Quirúrgica* de Havana, Cuba, que se tornou um centro de excelência reconhecido internacionalmente no combate à Febre Amarela. Outros institutos bacteriológicos viriam a surgir na Colômbia, Argentina e Uruguai em um movimento convergente de institucionalização da prática sanitária.

Portanto, concludo essa subseção destacando que a dinâmica dialógica de práticas médicas existia tanto em âmbito nacional no bojo do Movimento Sanitarista Brasileiro, como entre países da região. Por sua vez, a dinâmica evidencia o intenso compartilhamento de práticas que fez com que a América Latina fosse reconhecida no cenário internacional do campo da saúde. Começamos o capítulo entendendo a contribuição dos latino-americanos na criação dessa arena plural de práticas médicas e adentramos na esfera brasileira para compreensão do contexto político-social da Primeira República que suscitou o pensamento dos Determinantes Sociais da Saúde. Pudemos perceber que não houve uma transferência simplista de conhecimento Norte-Sul, reforçando paradigmas de dualidade entre e salvadores coloniais e receptores passivos. Houve sim o encontro entre uma experiência intrinsecamente dialógica da América Latina com europeus e norte-americanos, capaz de proporcionar negociações em prol de adaptações, mas também embates, barganhas e troca de conhecimento.

Fomos capazes de perceber as motivações intrínsecas ao movimento de sanitaristas da geração de 1920 que tinham aspirações nacionalistas de redenção e regeneração de um povo doente a fim da construção de uma identidade nacional. Pudemos reparar que a leitura social das condicionantes que se colocavam como barreiras ao acesso da saúde pelos sanitaristas não almejava mudança no *status quo*, mas sim a viabilização de uma nação por meio da centralização da saúde pelo Estado. As discussões acerca da interdependência social, intersetorialidade, a multiplicidade de atores envolvidos, o reconhecimento de fatores históricos e humanitários que causavam as doenças viriam a alimentar um debate que resultará

na definição do termo dos Determinantes Sociais da Saúde no século seguinte. Sobretudo, pudemos perceber que ao longo dessa primeira etapa do percurso, a multiplicidade de atores e o diálogo realizado entre eles compuseram a história da saúde até então e vamos observar que essa característica permanece.

3 Arcabouço analítico: entendendo a conceitualização dos Determinantes Sociais da Saúde no Brasil e no cenário internacional

Neste capítulo, abordaremos a construção do termo Saúde Coletiva no Brasil a partir da Reforma Sanitária de 1970 e de seu contexto político-social. Assim, identificaremos seus objetivos e traçaremos semelhanças e diferenças em relação ao primeiro Movimento Sanitarista de 1920. Ambos os movimentos serão contextualizados dentro do debate do termo dos DSS. A partir disso, pensaremos como se deu a ampliação do termo saúde tanto no cenário internacional, quanto no cenário nacional. Finalmente, entraremos na arena de definição do termo Determinantes Sociais da Saúde propriamente dito, quando a OMS cria a Comissão Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde em 2005. Uma compreensão ampla sobre o termo será necessária para fundamentar o estudo de caso que relaciona os DSS e a epidemia de HIV/Aids no Brasil e, por fim, para entendermos acesso e adesão à PrEP.

3.1 Saúde Coletiva como campo de pensamento e prática e a Reforma Sanitária de 1970

Para iniciar essa subseção, é necessário diferenciar os conceitos de Medicina Social, Saúde Pública e Saúde Coletiva. A relação entre saúde e sociedade não foi traçada apenas na América Latina no século XX: especialmente no que tange à pobreza, essa relação também foi articulada com Villermé (1782-1863) na França, Chadwick (1800-1890) e Engels (1820-1895) na Inglaterra, a partir do processo de industrialização na Europa. À época, o alemão Virchow (1821-1901), considerado o pai da Medicina Social, afirmava que “a ciência médica é intrínseca e essencialmente uma ciência social”, que “as condições econômicas e sociais exercem um efeito importante sobre a saúde e a doença e que tais relações devem submeter-se à pesquisa científica” e, ainda, “o próprio termo saúde pública expressa

seu caráter político e sua prática deve conduzir necessariamente à intervenção na vida política e social para identificar e eliminar os obstáculos que prejudicam a saúde da população” (Rosen, 1980).

O termo Saúde Pública surgiu na Inglaterra durante o processo de industrialização. O conceito lançava um olhar para a condição sanitária precária dos trabalhadores ingleses no século XIX e a falta de solução estatal para este problema (Paim e Almeida-Filho, 2014). Na virada do século, a disseminação do termo nos Estados Unidos ocorre em paralelo com a criação de escolas e faculdades na área. Em tradução livre de Almeida-Filho e Paim (2014), Charles Edward Winslow (1920, p. 30), fundador do departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade de Yale, definiu o campo como:

“Saúde Pública é a ciência e a arte de prevenir a doença, prolongar a vida, promover a saúde física e a eficiência através dos esforços da comunidade organizada para o saneamento do meio ambiente, o controle das infecções comunitárias, a educação dos indivíduos nos princípios de higiene pessoal, a organização dos serviços médicos e de enfermagem para o diagnóstico precoce e o tratamento preventivo da doença e o desenvolvimento da máquina social que assegurará a cada indivíduo na comunidade um padrão de vida adequado para a manutenção da saúde” (apud Almeida-Filho e Paim, 2014).

No entanto, apesar da definição de Winslow, o campo se disseminou e se tornou conhecido por uma abordagem técnica da bacteriologia focada no indivíduo. Se consolidou por meio do esforço das cadeiras de faculdades de medicina e das bolsas de intercâmbio aos profissionais de saúde, muito influenciadas pela abordagem biomédica da Universidade de John Hopkins (primeira escola de saúde pública) e da Fundação Rockefeller. Sob essa ótica, a Saúde Pública tinha como grande preocupação manter os indivíduos saudáveis para o trabalho de forma a viabilizar uma nação que, no início da sua industrialização, dependia da mão de obra para o sucesso do capitalismo. Portanto, era uma abordagem voltada para o controle de doenças específicas e fundamentada no conhecimento científico bacteriológico, afastando ideais de reformas abrangentes e o questionamento de pautas sociais (Nunes, 2012).

No Brasil, durante a Era Vargas (1937-1945) e a Ditadura Militar (1964-1985), a Saúde Pública era dada de forma verticalizada pelo Estado. Possuía o traço da coletividade no que se refere a prevenção de doenças infectocontagiosas que

poderiam acarretar epidemias, como tuberculose, malária, febre amarela e peste (Hochman, 2005). O Varguismo possuía apoio da Fundação Rockefeller, presente no Brasil desde 1910, nas campanhas de Serviço de Malária do Nordeste, no Serviço de Febre Amarela e no Serviço Especial em Saúde Pública, contribuindo com a estruturação de campanhas, serviços e formação de profissionais. No entanto, a Saúde Pública era implementada através de uma prática de caráter individual, assistencial e curativo, separada das ações de caráter coletivo. Ou seja, o Estado elegia de forma centralizada as doenças transmissíveis prioritárias e organizava os serviços nacionais com foco nessas doenças endêmicas voltadas para a “saúde das populações”. As demais questões de saúde ficavam a cargo da assistência médica previdenciária e assistência pública (Hochman, 2005).

Além disso, o acesso à saúde estava ligado à empregabilidade, com oferta de serviços de saúde públicos restrita aos contribuintes da Previdência Social. Demais cidadãos dependiam de atendimento em centros filantrópicos (Santas Casas) ou serviços privados, como médicos de família (Paim, 2011). Durante a Ditadura, houve uma ampliação do serviço hospitalar, mas ainda submetido às empresas de saúde, o que resultava em iniquidade no acesso. Embora houvesse apontamentos das causas sociais para as doenças por sanitaristas brasileiros, não havia questionamento acerca da desigualdade social e racismo vigentes, como explicitado nas seções anteriores deste trabalho.

Foi a partir dos anos 1950 e, especialmente durante a Ditadura Militar brasileira, que tanto a Medicina Social como a Medicina Preventivista² ganharam espaço no Brasil. Este movimento foi consequência da crise da abordagem biomédica da saúde pública, que se deu por sua ineficiência em lidar com o aumento da miséria, mortalidade infantil, desnutrição e baixa cobertura de saneamento básico nos anos ditatoriais. Neste período, a OPAS apoiou o uso dos instrumentos das ciências sociais para o entendimento do processo saúde-doença por meio de seminários de Medicina Preventiva (Ceccon et al., 2022). O entendimento do processo saúde-doença contava com articulação de áreas diversas como a

² Categoria cunhada por Sérgio Arouca em sua tese de doutorado. Este modelo tinha como base uma mudança de atitude do médico, que passaria a ter uma consciência – e, conseqüentemente, uma conduta – preventivista. Normaliza, assim, a conduta profissional, e não a atitude dos indivíduos em geral, como no caso da higiene tradicional (Escorel, 1999).

epidemiologia, saúde e trabalho e organização social da saúde. Havia, portanto, a necessidade de uma visão global do paciente em contraponto à visão segmentada definida pelas práticas médicas anteriores. Para isso, os médicos preventivistas propuseram de uma reforma curricular (Paim e Almeida-Filho, 2014) que culminou na Reforma Sanitária com a implantação dos Departamentos de Medicina Preventiva (DMPS) em todas as universidades de medicina do país (Escorel, 1999).

Impulsionados pelo movimento de Reforma Sanitária, os profissionais da saúde e movimentos sociais iniciaram uma luta pela democratização no acesso à saúde a partir dos anos 1970, com duas lideranças-chave brasileiras: a cientista social Maria Cecília Donnangelo e o médico sanitário e político Sérgio Arouca. Nesse contexto, o termo Saúde Coletiva começou a ser empregado a fim de implementar um projeto de Sistema Único de Saúde que fosse universal, público e democrático. A Saúde Coletiva é, portanto, compreendida pelo bem-estar físico, mental e social da população e implica não apenas na garantia de não adoecimento, mas também na melhoria da saúde e qualidade de vida. Surge da crítica à saúde pública tradicional, constituída à imagem e semelhança da tecnociência e do modelo biomédico (Carvalho, 1996). Segundo Paim:

“Essa área do saber busca entender a saúde/doença como um processo que se relaciona com a estrutura da sociedade, o homem como ser social e histórico, e o exercício das ações de saúde como uma prática técnica que é, simultaneamente, social, sofrendo influências econômicas, políticas e ideológicas.” (Paim, 1982, n.p).

Aqui, podemos perceber uma ampliação do papel do aspecto social nos estudos de saúde. Até o momento a Saúde Pública, Medicina Social e Medicina Preventivista ainda se centralizavam no indivíduo, pois analisavam o impacto que o social tinha sobre o indivíduo. Segundo Donnangelo (1983), o termo “coletivo” nesse contexto se referia a redução do social limitada a suas manifestações no indivíduo. Portanto, a Saúde Coletiva se distinguia dos demais conceitos por enfatizar a mudança para além da prevenção, propondo reformas do próprio sistema de saúde e sociedade, condições do mercado de trabalho, modelos de atenção à população e políticas econômicas e sociais (Paim e Almeida-Filho, 2014). Esse conceito se aproxima do que hoje se denomina como Determinantes Sociais da Saúde, revelando o pioneirismo brasileiro no processo de definição de uma agenda global da saúde.

3.2 Ampliação do conceito da saúde no cenário internacional

No cenário internacional, a prática da saúde estritamente biomédica é questionada a partir de meados do século XX, quando se inicia um movimento de ampliação do termo saúde. Nesse contexto, ocorrem a Constituição OMS em 1946 (que só entrou em vigor em 1948), a Conferência de Alma-Ata de 1978, e a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde de 1986, que aconteceu em Ottawa. Na constituição da OMS, vemos pela primeira vez o conceito ampliado de saúde, que é definida por “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (OMS, 1946). Trinta anos depois, o conceito de saúde em Alma-Ata é definido como:

I - A Conferência reafirma enfaticamente que a saúde – estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde (Alma-Ata, 1978).

Ainda, no texto da Alma-Ata, pode-se observar o entendimento de Determinantes da Saúde sem o uso explícito desta terminologia, quando o texto afirma que para alcançar a saúde, é necessária a intervenção de outros setores sociais e econômicos e não apenas o setor de serviços da saúde (Artigo I). O texto também engloba intersectorialidade quando admite a necessidade de participação de setores de desenvolvimento nacional e comunitário, como o agropecuário, a alimentação, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros (Artigo VII-4).

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde de 1986 lança um novo paradigma de saúde. Segundo a Carta de Ottawa: “as condições e os recursos fundamentais para a saúde são: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade”. Embora não se tenha dado o título de Determinantes Sociais de Saúde, a discussão sobre saúde caminha para o entendimento da saúde como, sobretudo, promoção da qualidade de vida. Mais do que estar saudável, a saúde é interpretada como um bem-estar global. Assim, se faz necessário estudar os determinantes sociais e econômicos

que deterioram a qualidade de vida das pessoas, para então pensar uma ação intersetorial e holística por parte do poder público.

Nos anos 1990, o entendimento da saúde a partir de seus determinantes sociais ganha ainda mais materialidade a partir da definição dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) para os anos 2000. Os ODM inauguram uma exigência para um novo olhar relativo ao desenvolvimento social, que combine o bem-estar das pessoas com crescimento econômico. Ao definir oito objetivos para o século a serem alcançados até 2015, os ODM incluíam: 1) Erradicar a pobreza extrema e a fome; 2) Alcançar educação primária universal; 3) Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; 4) Reduzir a mortalidade infantil; 5) Melhorar a saúde materna; 6) Combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças; 7) Garantir a sustentabilidade ambiental; 8) Estabelecer uma parceria global para o desenvolvimento (Nações Unidas, 2010). No entanto, ainda não tínhamos a definição explícita do termo 'Determinantes Sociais da Saúde' nos documentos internacionais produzidos no Sistema ONU, o que só virá a acontecer em 2005, como veremos adiante neste capítulo.

3.3 Ampliação do conceito da saúde no Brasil

No Brasil, o processo de redemocratização na década de 1980 suscita a demanda pela redefinição do papel do Estado e descentralização política, com objetivo de melhorar os serviços públicos e promover a distribuição de renda (Lima, 2002). Havia uma demanda por parte da OPAS e da OMS para que países transformassem seus sistemas de saúde para dar ênfase aos Sistemas Locais de Saúde e Atenção Primária de Saúde, com o objetivo de cumprir a meta de "Saúde para Todos nos anos 2000"³.

É nesse contexto que ocorreu 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986. Esta CNS foi estruturada sobre três eixos básicos: saúde como direito inerente à cidadania, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor saúde (Paim, 2008). A CNS foi um marco na história da saúde no Brasil e forneceu as bases para a elaboração do capítulo sobre saúde na Constituição Federal de 1988.

³ Proposta discutida pela primeira vez na Conferência de Alma-Ata (1978).

Lançou as diretrizes para a construção de um sistema descentralizado e único que culminou na estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS). Como resultado das discussões na 8ª CNS, foi publicado um relatório final que define o termo saúde de forma ampla, definida também por fatores econômicos, sociais e ambientais (Brasil, 1986). O relatório define saúde como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso à posse de terra e a serviços de saúde. Essa compreensão mais abrangente se dá graças a um arcabouço de pensamento sobre determinação social do processo saúde-doença construído pelo campo da Saúde Coletiva no Brasil e na América Latina desde a década de 70, tal como exposto na primeira subseção deste capítulo (Paim, 2008).

O texto da 8ª CNS também estabeleceu o direito universal à saúde com melhores condições de vida; a adoção da ideia de saúde preventiva; a descentralização dos serviços; e a participação da população nas decisões (Brasil, 1986). Como efeito do Movimento pela Reforma Sanitária e o alicerce produzido pela Saúde Coletiva como campo de pensamento e prática, a ampliação do termo da saúde se materializou na Constituição Federal de 1988, que atestou em seu artigo 196 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, Art. 196).

A Saúde Coletiva se firma, portanto, como um campo de pensamento que torna mais rica a compreensão e discussão dos determinantes no campo da saúde. A partir de duas organizações-chave no Brasil – o Cebes (Centro Brasileiro de Estudos da Saúde), que surge em 1976; e a Abrasco (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva), criada em 1979 – o campo se desenvolve firmando seu caráter interdisciplinar no entendimento do fenômeno saúde/doença. Há, finalmente, um terreno pronto para a chegada da discussão dos Determinantes Sociais da Saúde no século XXI. Se quando pensamos o movimento sanitarista das expedições organizadas por Oswaldo Cruz observamos os sanitaristas permeando o pensamento dos determinantes sociais da saúde – a exemplo de Belisário Penna, que trouxe causas para a situação de um país doente – agora, no movimento

nacional e internacional de ampliação do termo saúde, percebemos que há um resgate desse pensamento ganhando contornos mais sólidos com a contribuição da saúde coletiva.

3.4 Determinantes Sociais da Saúde

Apesar das discussões que permearam os Determinantes Sociais da Saúde nas últimas décadas do século XX, o termo propriamente dito só aparece em documentos internacionais com a criação da CMDSS da OMS, em 2005 e a posterior publicação do seu relatório final em 2008. A CMDSS foi responsável por definir dois grandes objetivos: 1) avançar e consolidar uma abordagem aos problemas de saúde pública capaz de identificar as iniquidades em saúde, e; 2) produzir evidências para a ação sobre seus “determinantes”, visando o fortalecimento de práticas e políticas voltadas para a diminuição das iniquidades. Em seu Relatório Final, a CMDSS se baseia em 3 recomendações gerais centrais: 1) Melhorar as condições de vida cotidianas – as circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem; 2) Abordar a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos – os motores estruturais das condições de vida referidas – aos níveis global, nacionais e locais; 3) Quantificar o problema, avaliar a ação, alargar a base de conhecimento, desenvolver um corpo de recursos humanos formado sobre os determinantes sociais da saúde e promover a consciência pública sobre o tema (CDSS, 2010).

Em suma, a Comissão propõe que o nível de acesso à saúde e bem-estar das pessoas está intimamente relacionado às condições de vida e trabalho das pessoas e as iniquidades vividas por elas. O Relatório Final da CMDSS afirma que:

“Os DSS são determinantes estruturais e condições da vida cotidiana responsáveis pela maior parte das iniquidades em saúde entre os países e internamente. Eles incluem distribuição de poder, renda, bens e serviços e as condições de vida das pessoas, e o seu acesso ao cuidado à saúde, escolas e educação; suas condições de trabalho e lazer; e o estado de sua moradia e ambiente” (CDSS, 2010).

Em resposta ao movimento global de reconhecimento dos DSS liderado pela OMS desde a CMDSS, o Brasil cria a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Este foi um movimento pioneiro no mundo, fruto

também de um arcabouço teórico produzido pelos sanitaristas e cientistas sociais brasileiros, sobretudo da Saúde Coletiva. De acordo com o Relatório Final da CNDSS (2008), o pioneirismo se relaciona com uma tradição do sanitarismo brasileiro:

“De fato, desde o início do século passado, os sanitaristas brasileiros vêm se dedicando a aprofundar o conhecimento das relações entre determinantes socioeconômicos e a situação de saúde e a desenvolver ações concretas, baseadas nesse conhecimento.” (CNDSS, 2008).

O objetivo da CNDSS era definir e implementar políticas e programas de combate às iniquidades em saúde por meio da ação sobre DSS. Tais ações devem se apoiar em três pilares: 1) evidências científicas que, ao desvendar os mecanismos através dos quais as causas básicas produzem as iniquidades em saúde, nos indicam onde e como devemos intervir para reduzir essas iniquidades; 2) coordenação intersetorial para articular os esforços dos diversos setores relacionados com os DSS; 3) ampla participação social que garanta o apoio político para a redistribuição de poder e recursos (Portal DSSBR Fiocruz, 2020).

A principal característica da CNDSS é a intersetorialidade e diversidade de áreas envolvidas. Esta articulação permitiu ações integradas entre diferentes esferas da administração pública, envolvendo personalidades da vida social, cultural, científica e empresarial (Buss e Pellegrini, 2007). Para promover a articulação da CNDSS, também foi estabelecido um Grupo de Trabalho que se reunia duas vezes ao ano, conjuntamente com a Comissão. A Comissão e o GT compartilhavam o conceito de saúde da OMS como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”. Além da intersetorialidade, há também o entendimento da natureza interdisciplinar da saúde, que exige a integração de saberes e práticas de diferentes disciplinas e profissões (Paim e Almeida Filho, 2000).

Por fim, destaca-se a interdependência territorial da saúde em relação a crises econômicas, guerras, crime organizado, mudança climática, terrorismo e epidemias. É interessante notar que o conceito de interdependência já havia sido de certa forma abordado pelos sanitaristas da geração de 1920, que definiram a problemática da saúde como uma questão nacional de caráter social, territorial e política. Para eles era necessária uma ação nacional coordenada, uma vez que qualquer solução local

geraria apenas a realocação geográfica da doença. Hoje, entende-se que a interdependência ocorre também entre países, e políticas públicas de saúde devem ser pensadas a nível global.

Em 2011, o Rio de Janeiro sediou a Conferência Mundial em DSS da OMS. Nela, se reuniram chefes de governo, ministros e representantes com o objetivo de pensar ações que promovessem a equidade social em saúde sob a ótica dos determinantes sociais e do bem-estar. Atendendo a uma abordagem holística e intersetorial, os agentes públicos ressaltaram a necessidade de engajamento de todos os setores da sociedade, governos e comunidade internacional na articulação e criação de políticas, estratégias e programas para uma melhor governança em saúde. O evento resultou na Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde que possui cinco princípios basilares para o enfrentamento das iniquidades em saúde: (i) adotar uma melhor governança no campo da saúde e do desenvolvimento; (ii) promover a participação social na formulação e implementação de políticas; (iii) continuar reorientando o setor da saúde para a redução das iniquidades no acesso aos serviços de saúde; (iv) fortalecer a governança e a colaboração global; e (v) monitorar os avanços e ampliar a prestação de contas (OMS, 2011).

A escolha do país para a realização da Conferência Mundial em DSS da OMS se deu pelo acúmulo de conhecimento e produção científica sobre Saúde Coletiva, Medicinas Social e Preventiva e Saúde Pública na América Latina. Além disso, a transversalidade no estudo da saúde presente na região desde a geração de sanitaristas dos anos 1960 contribuiu para a consolidação do entendimento de que os fenômenos da saúde são produzidos biologicamente e são socialmente determinados (Buss et al., 2021). Nesse movimento, a chamada epidemiologia social latino-americana possui destaque quando contribui na definição do processo saúde-doença, propondo saúde e doença como interligadas e consequências dos mesmos fatores. Para além da doença causada por um vírus, bactéria ou protozoário, o conceito admite a multicausalidade de fatores como os biológicos, econômicos, sociais e culturais, considerando inclusive fatores psicológicos como questões familiares, financeiras e instrução (Portal DSSBR Fiocruz, 2020).

Ainda nesse contexto de DSS e da cooperação internacional dos países latinoamericanos no campo da saúde, faz-se importante destacar o papel do Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (ISAGS), criado em 2011 pela União das Nações Sul-Americanas (UNASUL), organismo regional formado pelos doze países latino americanos, que tinha como objetivo construir, de maneira participativa e consensual, um espaço de articulação no âmbito cultural, social, econômico e político (Krykhtine, 2014).

O ISAGS era um centro de altos estudos e formulação de políticas públicas que atuou até 2018 e acabou encerrando suas atividades devido ao crescimento de políticas de austeridade na América Latina neste período. O instituto tinha como proposta encarar a saúde como um direito central e fundamental das populações sul-americanas, corroborando para o fortalecimento da premissa segundo a qual a integração regional deve estar atrelada à melhoria do bem-estar social (Souza, 2019). Os DSS eram parte da agenda do ISAGS e a aprovação da Declaração Política do Rio durante a Conferência Mundial de Determinantes Sociais da Saúde se deve em alguma medida ao papel da UNASUL e a inclusão de pontos prioritários da agenda de saúde do organismo, graças ao papel de catalisação e articulação do ISAGS (Krykhtine, 2014). A cooperação estruturante sul-sul promovida pelo órgão é um tema que merece maior desenvolvimento em possíveis desdobramentos deste trabalho, posto que contribui para a consolidação da saúde como uma agenda nacional e política do governo e central na diplomacia dos países.

A partir da hipótese de que houve uma experiência acumulada na discussão dos DSS na América Latina – construída pelo diálogo entre múltiplos atores e reconhecida internacionalmente – relembramos que já no Movimento Sanitarista dos anos 1920 os sanitaristas brasileiros pensavam a saúde em termos relacionados aos DSS, a exemplo de Belisário Penna em “Saneamento do Brasil”. É possível afirmar que essa geração compreendeu as doenças de forma ampliada quando propôs que a cura das doenças contemplava também “a compreensão e superação de problemas sociais” (Santos e Faria, 2006). Assim, os sanitaristas difundiram a perspectiva de prevenção da doença, muito voltada para a prática da higiene, embora na maioria das vezes de forma imposta e autoritária.

Por fim, destaco como os sanitaristas dos anos 70 avançaram de forma concreta em direção aos DSS. Primeiramente, no que tange aos objetivos do movimento: enquanto sanitaristas dos anos 1920 não almejavam grandes mudanças na configuração social, os sanitaristas dos anos 1970 propunham uma reforma social ampla somada a uma mudança no modo de vida, para além até mesmo da criação do SUS (Paim, 2008). A segunda geração esteve intrinsicamente conectada com o estudo das desigualdades sociais em saúde, com o objetivo de entender como as iniquidades afetam grupos distintos de forma sistemática e estrutural. Ainda, atentava-se para as necessidades de saúde para além das doenças, como também “todo o processo multidimensional e dinâmico que envolve a vida em sociedade” (Ceccon et al., 2022), ressaltando assim a responsabilidade da ação humana na redução das iniquidades. Ao identificar corretamente o sujeito que precisa exercer a ação, a problemática poderia ser solucionada estruturalmente.

Em segundo lugar, destaco que para a primeira geração de sanitaristas a prática da higiene viabilizada pela educação era uma necessidade para impulsionar o desenvolvimento da identidade nacional e da economia. Foi um movimento que transformou a saúde em questão social e política, a identificando como grande obstáculo à civilização (Lima et al., 2005). Por outro lado, o movimento dos anos 1970 considera que a prática da higiene, acesso à saúde e redução das iniquidades possuem como objetivo-fim a promoção de um bem-estar global. Considera assim a saúde como um bem público, construído a partir da contribuição de todos os setores da sociedade (CNDSS, 2008).

Assim, este capítulo delinea a difusão de ideias que fez com que o debate sobre os determinantes sociais da saúde tomasse a forma consolidada que possui hoje. A mobilização global em torno do conceito de DSS teve na América Latina e, especialmente, no Brasil, o protagonismo e a relevância reconhecidos pela OMS. Agora, tendo refletido sobre a ampliação do conceito de saúde será possível compreendermos como o seu acesso na prática é viabilizado.

3.5 Acesso à Saúde e breve histórico de participação social na luta contra o HIV

O acesso à saúde, segundo Giovanella e Fleury (1995) está intimamente ligado à capacidade de um grupo para buscar e obter assistência à saúde, e as condições de acessibilidade comportam dimensões políticas, econômicas e simbólicas. Ademais, o acesso à saúde iria além do primeiro atendimento no serviço de saúde ou a um tratamento médico, mas configuraria um dispositivo transformador da realidade, estreitamente relacionado com o bem-estar de outras necessidades humanas. De acordo com o já mencionado Artigo 196 da Constituição Federal do Brasil, o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde é uma garantia do cidadão. A saúde é, portanto, um direito do indivíduo e um interesse da comunidade que, de acordo com Giovanella e Fleury (1995), ao tomar consciência desse direito adquiriria uma “consciência sanitária”.

Foi no contexto político-social da Reforma Sanitária dos anos 1970 e da redemocratização que os movimentos sociais passaram a assumir uma “nova noção de cidadania” como estratégia política (Sader, 1988; Dagnino, 1994, apud Pereira, 2011). E é nesse contexto também que a luta contra o HIV se torna referência por ser, em grande medida, articulada por movimentos sociais em prol da cidadania de grupos marginalizados. Para ter esse papel, grupos da sociedade civil passaram a compreender a determinação social do processo saúde/doença e exercer agência, via *advocacy*, para impactar mudanças na política de saúde global. Um exemplo pode ser visto em relação ao Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (conhecido pela sigla em inglês TRIPS). Na ocasião, movimentos como o sul-africano *Treatment Action Campaign*, o indiano *The Lawyers Collective*, o latino-americano *GayLatino*, e o movimento global *International Treatment Preparedness Coalition* exerceram uma notável pressão para catalisar o surgimento de alternativas genéricas de antirretrovirais, acarretando a redução de custos dos medicamentos (UNAIDS, 2023).

Sendo assim, líderes comunitários e organizações não-governamentais (ONGs) buscavam evidenciar as iniquidades e exclusão social de grupos vulnerabilizados e pressionavam por respostas públicas na luta contra a epidemia de HIV/Aids que, além da complexidade clínica por acarretar outras doenças

oportunistas, também possui uma complexidade social por carregar preconceito, discriminação e estigma. Quanto a isso, a sociedade pública mobilizada respondia com protestos que disseminavam conhecimento sobre a doença e estimulavam debates contra a estigmatização. Com o tempo, o movimento se fortaleceu e a comunidade brasileira passou a cobrar as autoridades e pedir políticas de acesso a medicamentos genéricos e preços adequados, bem como tratamento universais e integrais da doença, resultando na distribuição universal dos antirretrovirais pelo SUS pela Lei nº 9.313, de 13/11/1996 (Brasil, 1996).

Aqui, é perceptível como o diálogo é permanente na história da saúde pública brasileira refletido na união de esforços do governo e sociedade civil, consolidando uma experiência institucional própria. Experiência essa já tratada neste estudo, intrínseca à saúde pública de toda a América Latina e sua dinâmica dialógica que incorpora uma multiplicidade de atores. Aqui, organismos internacionais como a OPAS se somam de forma a capacitar a comunidade para desenvolverem suas próprias estratégias e atores políticos na tomada de decisões. A exemplo de iniciativas da organização como a *Soy Clave* implementada em 11 países da América Latina para fortalecer parcerias e, assim, acelerar respostas. Uma outra iniciativa da OPAS nas Américas é o Fundo Estratégico, que viabiliza o acesso a PrEP a preços acessíveis aos países (OPAS, 2023). Agora de forma nunca tão participativa, a sociedade civil na luta contra o HIV/Aids exerceu um papel de influência, inventando um novo tipo de ativismo transnacional em prol do acesso ao tratamento e ainda influenciou a pesquisa, as práticas clínicas, as políticas públicas e o comportamento social (Brandt, 2013).

3.6 Acesso à Profilaxia Pré-Exposição ao HIV

Este estudo vai se debruçar no acesso à Profilaxia Pré-Exposição, uma estratégia promissora e recente na prevenção ao HIV. A PrEP foi aprovada para uso pela primeira vez em 2012, nos Estados Unidos. Em 2015, diretrizes da OMS recomendaram a PrEP como parte de uma combinação eficaz de prevenção do HIV, indicada para pessoas soronegativas de grupos de risco em relação à exposição ao vírus (UNAIDS, 2015).

Em 2017, o Brasil se torna o primeiro país da América Latina implementar a PrEP no sistema público de saúde. O Ministério da Saúde expande o acesso da PrEP para adolescentes a partir de 15 anos em 2022. O processo de implementação generalizada no SUS utilizou como subsídio os conhecimentos gerados pelos projetos pilotos PrEP Brasil, Projeto Combina, Projeto PrEPARADAS, Projeto Horizonte e o Projeto para mulheres trans da Universidade Federal da Bahia (OPAS, 2018). No Brasil, a epidemia de HIV/Aids é concentrada nas populações-chave: gays e outros HSH, pessoas trans e trabalhadoras(es) do sexo, mas estar incluído nesses grupos não é o suficiente para caracterizar indivíduos com alta exposição. Para isso, é necessária uma primeira avaliação pela equipe de profissionais de saúde em que se observa as práticas e parcerias sexuais da pessoa, sua dinâmica social e contextos específicos associados a um risco aumentado de infecção (Brasil, 2022).

A prevenção pela PrEP ocorre com a ingestão adequada de comprimidos antirretrovirais, que são a combinação de dois medicamentos (tenofovir + entricitabina) que atuam no bloqueio de alguns “caminhos” que o HIV usa para infectar o organismo, e proporcionam ao organismo uma proteção prévia contra a exposição ao vírus HIV (Brasil, 2022). A profilaxia é disponibilizada pelo SUS em duas modalidades: a PrEP diária, com comprimidos tomados diariamente, e a PrEP "sob demanda", com comprimidos tomados antes de uma data programada para relação sexual. Qualquer unidade de Atenção Primária (clínicas da família e centros municipais de saúde) pode prescrever o uso de PrEP após uma avaliação inicial pelo profissional de saúde. Essa avaliação, realizada em conjunto com o paciente, respeita seu desejo e realidade para decidir qual modalidade será escolhida. Atualmente, no serviço público de saúde, a avaliação e a prescrição deste medicamento podem ser feitas por enfermeiros, farmacêuticos e médicos (Brasil, 2024). Após a prescrição, a pessoa pode retirar a PrEP nas unidades dispensadoras espalhadas pelo seu município.

Embora a estratégia de PrEP tenha iniciado sua oferta em 2017 e o acesso universal à saúde seja garantido pela Constituição Brasileira, o país ainda enfrenta profundas desigualdades que tornam seu acesso excludente, especialmente dentre segmentos populacionais mais vulneráveis. Além disso, mesmo quando a prevenção está disponível, ainda é preciso garantir a adesão à medicação. Isto é,

para além de garantir o acesso (nos termos indicados na sub-seção 3.5) e subsequente iniciação da profilaxia e sua continuidade, é fundamental que o indivíduo siga consistentemente as orientações para o uso adequado do medicamento. De acordo com Bertolozzi (2001):

“A adesão não se reduz a um ato de volição pessoal. É um processo intimamente associado à vida, que depende de uma série de intermediações que envolvem o cotidiano da pessoa, a organização dos processos de trabalho em saúde e a acessibilidade em sentido amplo [que inclui os processos que levam – ou não – ao desenvolvimento da vida com dignidade” (apud Bertolozzi, 2009, n.p.).

Dessa forma, a adesão do usuário à PrEP ou o abandono não são consequências exclusivas da vontade pessoal, mas dependem também de uma série de fatores que se colocam como barreiras à acessibilidade em seu sentido mais amplo. Assim, estudar as iniquidades no acesso à saúde que impactam a prevenção do HIV exige uma análise multidimensional que considere aspectos sociais, econômicos, culturais, individuais e coletivos. Em países como o Brasil, onde disparidades são onipresentes, entendo que a única forma de garantir a criação de políticas públicas eficazes como a PrEP é compreender profundamente como os determinantes sociais da saúde operam nos diversos territórios.

4 Metodologia de Pesquisa

4.1 Tipo de pesquisa e objetivos

Este estudo se propõe a realizar uma pesquisa de natureza empírica que, de acordo com Demo (2000), tem o perfil para codificar a face mensurável da realidade social. Dessa forma, esse tipo de pesquisa vai nos possibilitar a compreensão de uma determinada realidade social baseada em fatos e experiências que serão gerados e analisados a partir de um modelo de operacionalização das Determinantes Sociais da Saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991). A escolha desse modelo se deu com a finalidade de manter a coerência com o mesmo modelo adotado pela CNDSS/Brasil, justificado por ser um modelo simples, de fácil visualização gráfica e compreensão para vários tipos de público (CNDSS, 2008).

Esta é uma pesquisa do tipo exploratória, em função do interesse em proporcionar maior familiaridade com o assunto, em consonância com a definição

de pesquisa exploratória segundo Gil (2019). Além disso, segundo Araújo e Oliveira (1997), estudos exploratórios procuram desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, podendo a partir disso dar andamento ao planejamento de pesquisa descritiva. Nesse caso, meu objetivo geral é desenvolver as barreiras à PrEP entre os jovens, especificamente adolescentes a partir de 15 anos e jovens adultos até 24 anos, à luz do conceito de Determinantes Sociais da Saúde. Os objetivos específicos de cada capítulo foram destrinchados na introdução.

É importante mencionar algumas das limitações deste trabalho no que tange à recente implementação da política de saúde de PrEP no Brasil. Para jovens adultos, a oferta de PrEP foi iniciada em dezembro de 2017, de forma mais ampla em 2018. Já em relação aos jovens adolescentes menores de 18 anos, a oferta de PrEP teve início no ano de 2022. Isso pode sugerir que a implementação ainda é recente para chegar a resultados conclusivos. Ainda, uma limitação percebida é que o Painel PrEP não apresenta a descontinuidade por faixa etária por ano, sendo possível acessar a informação apenas nos últimos 12 meses.

4.2 Abordagem qualitativa e técnicas de coleta de dados

Em consonância com o que McCracken (1988, apud Rodrigues, 2006) indica ser pertinente à abordagem qualitativa, o presente trabalho aborda um menor número de entrevistas, procurando entender as questões socialmente construídas em profundidade, suas subjetividades, e seus contextos de interações, em vez de mensurá-las. Segundo Patrício (1999, apud Rodrigues, 2006), o estudo qualitativo tem destaque quando os fenômenos têm envolvimento com seres humanos e suas relações na sociedade, sejam em micro ou macro contextos. A partir disso, o estudo qualitativo realizado pela autora objetiva o conhecimento em profundidade dos relatos de quem está em contato com os jovens alvo da pesquisa e os determinantes sociais. No entanto, para chegar até lá, foi trilhado um caminho de seis principais técnicas, incluso as entrevistas, utilizadas para coleta dos dados apresentados.

Primeiramente tem-se uma forma de observação participante da autora enquanto analista de gestão orçamentária-administrativa de dois projetos que estão na linha de frente da pesquisa de acesso e adesão à PrEP: ImPrEP e PrEP1519. Ambos os projetos serão explicados na subseção subsequente (3.3). A partir dessa

atuação, foi possível ter acesso ao tema, desenvolver o interesse nas pesquisas e consequentemente a motivação para este trabalho de dissertação, bem como acesso às pessoas chave entrevistadas.

A segunda técnica se baseia na coleta de dados secundários do Painel de Monitoramento PrEP. O painel foi utilizado de forma a delimitar o tema, servindo de mapa para desenvolver a motivação da autora neste trabalho com base nos números que lhe despertavam mais curiosidade. O Painel PrEP também foi usado para suporte no desenvolvimento do roteiro das perguntas. Se trata de uma iniciativa do Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde (Dathi), projetada para fornecer informações sobre a dispensação e uso da PrEP no Brasil. O painel está disponível a toda a sociedade e pode ser encontrado no website do Dathi. O banco de dados contém informações de usuários e dispensações entre 2018 e 2023. Com essa ferramenta, é possível encontrar endereços dos serviços dispensadores de PrEP (serviços que oferecem a profilaxia), acessar um panorama geral da PrEP no Brasil, acessar o número de pessoas com pelo menos uma dispensação nos últimos 12 meses, número de pessoas em PrEP atualmente, número de pessoas descontinuadas atualmente, número de pessoas que iniciaram a PrEP desde janeiro de 2018, número de unidades dispensadoras de PrEP, proporção de atendimentos realizados no serviço público e privado.

Ainda, os dados do painel são atualizados a cada dois meses e oferecem uma ampla gama de informações sobre o acesso e adesão à PrEP. Para analisá-lo, podem ser aplicados filtros por Unidade Federada (UF), por municípios (apenas aqueles que realizaram pelo menos uma dispensação no período analisado) e por serviço dispensador. Pode-se ter o perfil dos usuários em PrEP por raça/cor, gênero, escolaridade e faixa etária; ver os novos usuários por mês e ano, podendo fazer análises comparativas; observar a descontinuidade do uso da PrEP por perfil; avaliar o número de usuários em PrEP por ano e, ainda, como se dá a distribuição da PrEP por local, entre outros detalhes (Brasil, 2022).

Figura 3 - Visão geral do fornecimento de PrEP no Brasil. Painel de Monitoramento da Profilaxia Pré-Exposição



Fonte: Dathi/Ministério da Saúde. Acesso em: 19/06/2024.

A terceira técnica utilizada se refere à análise de documentos publicados com resultados e percepções no âmbito dos dois projetos, ImPrEP e PrEP1519. Por se tratar de dois estudos na linha de frente da produção de conhecimento sobre o tema, uma ampla gama de artigos, tanto em revistas nacionais, como em revistas internacionais, foi observada desde 2018. A quarta técnica utilizada se refere ao levantamento bibliográfico. Para chegar até aqui, interessou a autora uma imersão histórica na literatura sobre determinantes sociais e o que antecedeu o termo. Para tanto, foram utilizadas fontes primárias – a exemplo das produções de Belisário Penna a partir das expedições sanitárias – e secundárias como publicações de autores relevantes na temática da saúde pública brasileira. Para o estudo de caso, que foi realizado junto à base eletrônica Scielo, priorizando estudos publicados nos últimos 5 anos. Inicialmente foram pesquisados os termos Profilaxia Pré-Exposição ou PrEP em inglês, (“*Pre-Exposure Prophylaxis*” or “*PrEP*”), onde foram encontrados 109 resultados. A partir disso, foi verificado quantos desses trabalhos referiam-se à população jovem, adicionando à busca na função “and” o termo em inglês “*young*” e apareceram 08. Após uma averiguação dos títulos, foi excluído

um estudo que fugia ao perfil de população-alvo desejada. Ficando, assim, apenas 7 artigos. Esse levantamento serviu de importante apoio à elaboração do capítulo de entrevistas semiestruturadas.

Já a quinta técnica aqui retratada, tem-se os documentos de organizações internacionais referenciadas, como o UNAIDS, OMS e OPAS. Houve ênfase em relatórios recentes publicados para acessar como o HIV tem impactado especialmente o grupo dos jovens ao redor do mundo. Com isso, foi possível perceber que ainda é uma população vulnerabilizada. Além disso, relatórios publicados por conferências e comissões internacionais e nacionais como Conferência Alma Ata, Carta de Ottawa, Comissão Mundial de DSS, Comissão Nacional de DSS e Conferência Nacional de Saúde foram de suma importância.

Por fim, a sexta técnica utilizada se baseia nas entrevistas semiestruturadas, que possui o objetivo de nos ajudar a compreender as informações do Painel PrEP ilustrando os dados com exemplos da prática. Além disso, as entrevistas foram de suma importância para trazer luz a um conhecimento novo tanto para a entrevistadora, quanto para o leitor, haja vista que leitores deste trabalho podem não ser necessariamente do campo da saúde. Para Manzini (1990), a entrevista semiestruturada se dedica a um assunto sobre o qual é elaborado um roteiro com perguntas principais, que não impedem a complementação por outras questões que possam surgir durante a entrevista. Dessa forma, cumpre um formato mais aberto e livre onde as respostas não ficam condicionadas a um questionário de alternativas padrão.

As entrevistas se deram com a seleção prévia dos entrevistados, pautada em dois fatores: o contato direto com os jovens que acessam a PrEP e a atuação de coordenação do ImPrEP e PrEP1519. Dessa forma, a pesquisadora entrou em contato via e-mail com cinco pessoas, obtendo o retorno positivo de quatro delas. Se disponibilizaram a participar uma farmacêutica e epidemiologista do PrEP1519 do sítio de Salvador (identificada como E01), uma coordenadora do ImPrEP do sítio do Rio de Janeiro (identificada como E02), um educador par do PrEP1519 do sítio de Salvador (identificado como E03), e uma coordenadora clínica do PrEP1519, sítio de Salvador (identificada como E04).

A construção do roteiro se deu de forma a responder as perguntas sobre barreiras ao acesso e adesão da PrEP no nível do indivíduo e no nível dos sistemas de saúde. Além disso, se perguntou sobre práticas inovadoras no âmbito da primeira fase dos projetos que poderiam servir de exemplo e ser escalonadas para o SUS. As perguntas foram sobretudo voltadas para a experiência pessoal de cada entrevistado na linha de frente do cuidado, priorizando mais suas vivências do que no rigor técnico-científico da pesquisa que desenvolvem. Cada entrevista teve a duração aproximada de uma hora e foi conduzida através de uma plataforma de videoconferência. Antes da entrevista, foi enviado aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo A). Após a conclusão das entrevistas, elas foram transcritas para análise. Para análise do conteúdo das entrevistas, os dados coletados foram organizados, cruzados, comparados e examinados por temas. Para interpretar os dados, se buscou identificar padrões e pontos de convergência e divergência entre os relatos dos entrevistados e a literatura existente.

As entrevistas estão organizadas da seguinte forma: na subseção 5.1 são abordadas as barreiras que estão relacionadas à faixa etária dos jovens no acesso à PrEP, subdividida entre os aspectos mais mencionados nas entrevistas. Na subseção 5.2 são abordadas as barreiras à adesão dessa faixa etária à PrEP, também subdividida entre aspectos importantes segundo os entrevistados. Posteriormente, o leitor encontrará duas outras subseções (5.3 e 5.4) com ênfase nos serviços de saúde: a primeira trata das barreiras de acesso aos serviços de saúde pelos jovens e a segunda, das barreiras de adesão a estes serviços, ambas também subdivididas para destacar aspectos ressaltados nas entrevistas.

4.3 Sobre os projetos

O ImPrEP, coordenado pelo Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI/Fiocruz), tem como público-alvo participantes gays, bissexuais e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), pessoas não-binárias, travestis, pessoas trans HIV negativos, de 18 a 30 anos. O projeto, em sua primeira fase (2018-2021), abordou os aspectos estratégicos da implementação da PrEP ao HIV na modalidade oral e diária como política pública em três países: Brasil, México e Peru.

Atualmente, o projeto está em sua segunda fase, que se iniciou em 2022, com o estudo de implementação ImPrEP CAB Brasil, que visa continuar a disponibilizar a profilaxia oral e, adicionalmente, apresentar como uma opção aos participantes interessados. Essa nova versão conta com outro princípio ativo, o cabotegravir (diferente da combinação tenofovir + entricitabina da PrEP oral que tratamos nessa pesquisa) na sua versão injetável de longa duração, conhecido como CAB-LA ou PrEP injetável e podendo ser administrada a cada dois meses. O objetivo dessa nova fase é gerar evidências científicas sobre a inclusão do CAB-LA como uma opção de PrEP e prevenção combinada no SUS. O projeto acontece hoje apenas no Brasil, em seis serviços de saúde pública que ofertam a profilaxia, localizados no Rio de Janeiro, São Paulo, Salvador, Campinas, Florianópolis e Manaus.

O projeto PrEP1519 é uma pesquisa que avalia o uso PrEP entre jovens de 15 a 19 anos que se identificam como mulheres e homens trans, pessoas não binárias, travestis, homens cisgêneros gays, bissexuais ou HSH em três cidades do Brasil: Salvador, coordenado por professores da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Belo Horizonte, coordenado por professores da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e São Paulo, coordenado por professores da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Sua primeira fase ocorreu entre 2019 e 2021 e foi o primeiro estudo de demonstração da PrEP na população de adolescentes. Atualmente também em sua segunda fase, oferece a opção da PrEP injetável. Ambos os projetos são financiados pela Unitaaid, braço da OMS para o controle do HIV/Aids, da Tuberculose e da Malária, com apoio do Ministério da Saúde e da Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (FIOTEC).

5 Estudo de caso

5.1 A faixa etária e as barreiras de acesso

De acordo com o Marco Legal sobre Saúde do Adolescente e do Jovem, os adolescentes são definidos como aqueles entre 15 e 19 anos, enquanto os jovens adultos compreendem a faixa etária dos 20 aos 24 anos. Assim, a juventude se caracteriza pela idade de 15 aos 24 anos (Brasil, 2023). A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), conduzida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e

Estatística (IBGE), utiliza uma amostra probabilística de estudantes do 7º ano do ensino fundamental ao 3º ano do ensino médio (13 a 17 anos) para investigar fatores de risco e proteção à saúde dos adolescentes. A pesquisa tem abrangência nacional e utiliza como referência o cadastro de escolas públicas e privadas do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). Na pesquisa realizada em 2019, a PeNSE investigou o percentual de estudantes do 9º ano do ensino fundamental que receberam orientação na escola sobre HIV/Aids ou outras ISTs. Os dados revelaram que 84% dos jovens receberam essas informações em 2019. Embora seja alta, mais a frente olharemos de forma mais atenta e questionadora para essa porcentagem.

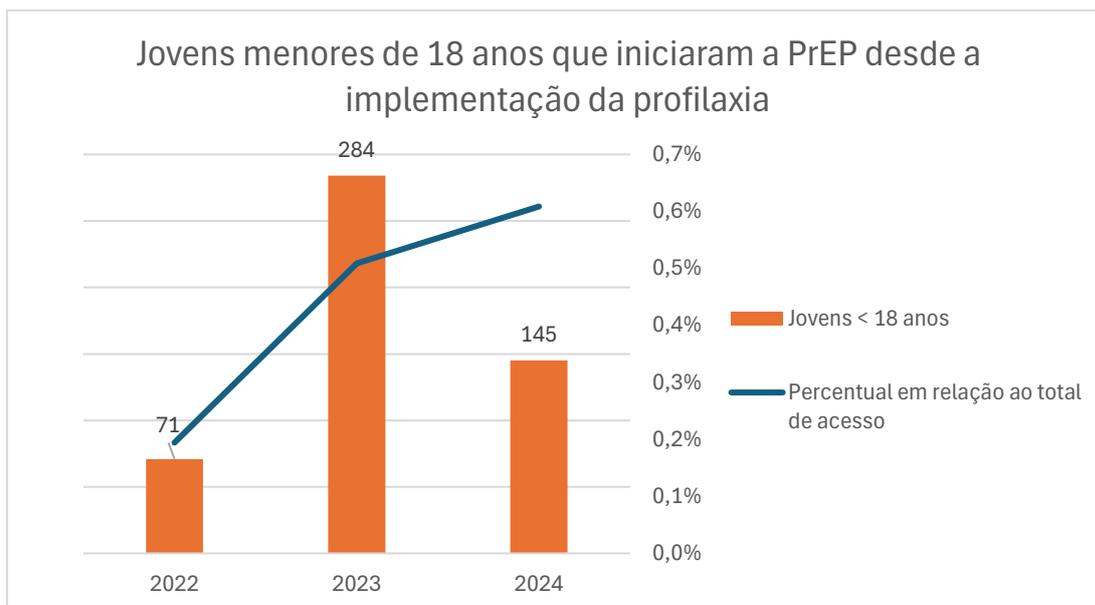
O mesmo estudo demonstra que 69% dos alunos do 9º ano do Ensino Fundamental receberam orientação na escola sobre a aquisição gratuita de preservativos. Vale destacar que, segundo a PeNSE 2019, 35,4% dos escolares de 13 a 17 anos já tiveram relação sexual alguma vez. Entre os que já tiveram relação sexual, 36,6% afirmaram ter tido a primeira relação sexual aos 13 anos ou menos. Apesar de estarem informados sobre as doenças e o acesso a preservativos, muitos jovens optam por não usá-los. Isso é evidenciado pela queda na porcentagem de escolares que relataram o uso de preservativo na última relação sexual: de 72,5% em 2009 para 59% em 2019 (IBGE, 2019). Esse declínio sugere que, ao usar preservativos com menos frequência, os jovens estão mais suscetíveis aos riscos de contrair HIV/Aids e outras ISTs.

De acordo com o Painel PrEP, com dados atualizados em abril de 2024, o quadro de jovens adolescentes menores de 18 anos que acessam a profilaxia cresceu nos últimos anos. Em 2022 – o primeiro ano da política – 71 jovens menores de 18 anos iniciaram a PrEP, representando 0,2% do total de pessoas acessando a PrEP no Brasil. Houve um aumento em 2023, com 284 jovens iniciando o serviço, o que corresponde a 0,5% do total de usuários. No terceiro ano da política, o primeiro trimestre de 2024 registrou 145 jovens acessando o serviço, representando 0,6% do total.

Abaixo vemos no Gráfico 1: Jovens menores de 18 anos que acessaram a PrEP desde a implementação da profilaxia pode-se observar um aumento tanto no percentual em relação ao total de acesso quanto no número absoluto de adolescentes

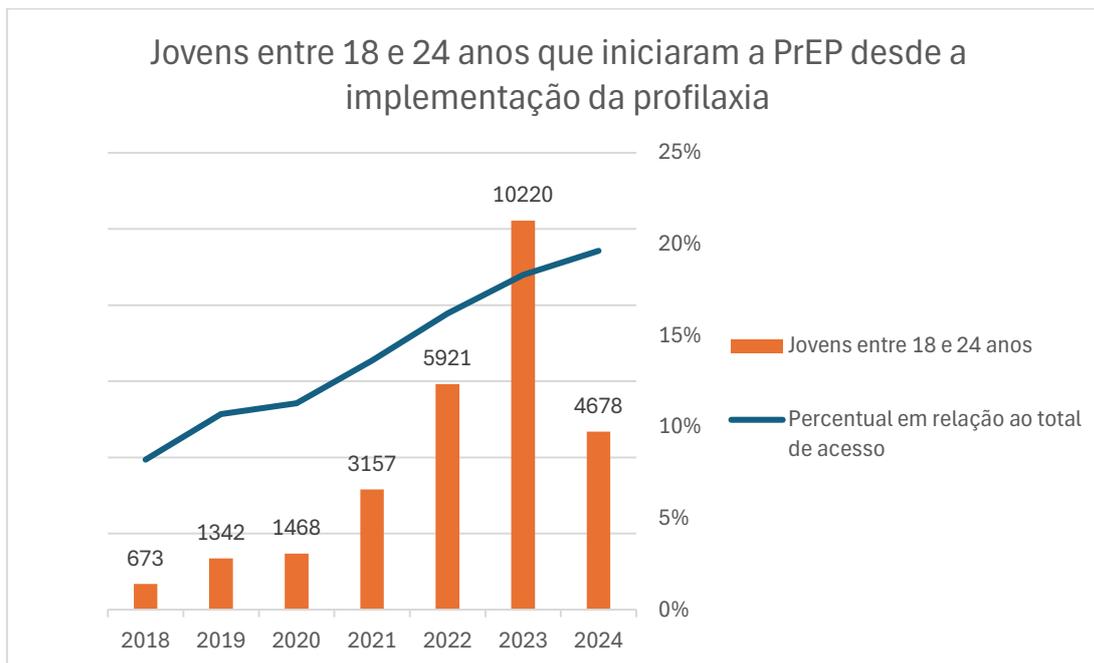
que estão acessando a PrEP. Ademais, vemos no Gráfico 2: Jovens entre 18 e 24 anos que acessaram a PrEP desde a implementação da profilaxia também mostra um crescimento no acesso ao longo dos anos. No entanto, é preciso destacar que esse aumento ainda está muito aquém do potencial. Ainda, vale apontar que os gráficos abaixo fazem o recorte dos jovens no Brasil.

Gráfico 1 - Jovens menores de 18 anos que acessaram a PrEP desde a implementação da profilaxia



Fonte: Elaboração própria da autora a partir dos dados do Painel PrEP (Brasil, 2024). No ano de 2024 estavam disponíveis os dados de janeiro a abril.

Gráfico 2 - Jovens entre 18 e 24 anos que acessaram a PrEP desde a implementação da profilaxia



Fonte: Elaboração própria da autora a partir dos dados do Painel PrEP (Brasil, 2024). No ano de 2024 estavam disponíveis os dados de janeiro a abril.

5.1.1 Primeira barreira de acesso: conhecimento, autonomia e percepção de risco

O conhecimento, autonomia e percepção de risco são três fatores intrinsecamente relacionados que impactam diretamente o jovem. O conhecimento é adquirido a partir das experiências vividas pelo indivíduo e depende do seu contato com familiares, na escola, com seus amigos e por meio de meios de comunicação, em especial a internet. A autonomia, por sua vez, refere-se à “capacidade que a pessoa possui para decidir sobre aquilo que ela julga ser o melhor para si” (Thomaz, 2024). Um jovem dotado de autonomia possui habilidade para interpretar as informações de acordo com o conhecimento que possui e assume a capacidade de realizar escolhas, podendo inclusive ter o discernimento para avaliar riscos e benefícios, bem como as consequências das decisões (Coutinho, 2016). Esses dois conceitos nos conduzem à ideia de percepção de risco, definida como a capacidade que a pessoa possui de se perceber em perigo. Essa ideia pode ser definida como:

“avaliações subjetivas da probabilidade de determinado tipo de incidente ocorrer e o quão preocupado estamos com suas consequências, com como as crenças, atitudes, julgamentos e sentimentos das pessoas, bem como os valores culturais mais amplos e as disposições que as pessoas adotam frente aos perigos e seus benefícios” (Cho et al., 2014, apud Rembischevski, 2020).

A partir disso, observamos que para se perceber em risco, é necessário ter capacidade de avaliar o perigo e suas consequências. Este exercício requer conhecimento prévio sobre o risco e propicia uma ação consciente de enfrentá-lo. Portanto, os três conceitos – conhecimento, autonomia e percepção de risco – estão interligados e são influenciados pela dinâmica social de cada indivíduo.

A literatura coletada (Magno et al., 2019; Santos et al., 2023; Souza et al., 2024) para esse estudo de caso destaca a falta de conscientização e disposição dos jovens para usar e acessar a PrEP. Segundo Santos et al. (2023), há elementos que predis põem o jovem a acessar o serviço de saúde em busca da profilaxia, como o conhecimento prévio sobre formas de prevenção adquirido através de experiências pessoais e a frequência das relações sexuais. No entanto, a disposição para a primeira consulta não garante necessariamente o acesso efetivo à PrEP. Santos et al. (2023) enfatizam que conscientização e disposição estão diretamente relacionadas à percepção de risco e seu gerenciamento – ou seja, estar consciente de estar em uma situação de risco para o HIV e tomar medidas para se prevenir. Em relação aos HSH, estudos indicam que jovens entre 18 a 24 anos tendem a possuir uma percepção menor de risco de contrair o HIV, menor conscientização sobre a PrEP e menos disposição para utilizar a profilaxia em comparação com HSH mais velhos (Torres et al., 2019 apud Echeverría-Guevara, 2023).

Analisando as entrevistas realizadas para este estudo de caso à luz dos conceitos de conhecimento, autonomia e percepção de risco como barreiras ao acesso à PrEP. Ao responder sobre como a faixa etária dos jovens impactam no acesso à PrEP, o relato da E01 está em consonância com a literatura (Pimenta et al., 2022; Dourado et al., 2023; Souza et al., 2024). Para ela, uma das principais barreiras de acesso enfrentadas pelos adolescentes é a falta de conhecimento, intimamente ligada à falta de autonomia. Segundo a pesquisadora, os jovens muitas vezes não possuem o conhecimento necessário sobre a PrEP e, como resultado, não desenvolvem a autonomia necessária para tomar decisões sobre sua saúde. Essa questão é

especialmente relevante quando se trata de tecnologias relacionadas à saúde sexual, como é o caso da PrEP.

A falta de conhecimento entre os jovens apontada pela E01 é atribuída a uma falta de diálogo sobre saúde sexual durante a infância e adolescência, tanto no ambiente escolar quanto familiar. Segundo E01, a geração atual de adolescentes não teve acesso a uma educação para prevenção sexual de qualidade. Seu relato se contrapõe aos dados reportados pela maioria dos jovens na PeNSE, que indicaram que existe orientação nas escolas sobre HIV/Aids ou outras ISTs. A E02 relata que a falta de conhecimento sobre saúde sexual também se dá no núcleo familiar. Está diretamente conectada com a instabilidade das relações familiares e com a falta de discussão acerca do tema por parte dos responsáveis. Segundo a entrevistada, a escassez de informação sobre prevenção e saúde sexual no contexto escolar é um fator que também contribui para o aumento dos casos entre os jovens.

É interessante pensar essa contraposição na resposta dos entrevistados e nos dados divulgados pela PeNSE. Se os jovens, na pesquisa, demonstram conhecimento sobre HIV/Aids e outras ISTs, por que há divergência com a prática de quem acompanha esses jovens em campo? Essa divergência sugere que os jovens, ao responder à pesquisa sobre conhecimento de HIV/Aids e outras ISTs, parecem expor uma falsa percepção de risco acerca das doenças. Ao responder o questionário, podem acreditar que por terem um conhecimento básico do que é sexo, preservativo, ISTs, já seria o suficiente para saberem todos os riscos envolvidos na prática sexual desprotegida. Na prática os jovens não estão munidos de conhecimento suficiente para decisões de forma autônoma sobre a PrEP. E, somado a isso, tendem a sentir uma falsa sensação de compreensão sobre a realidade. Isso revela uma baixa percepção dos riscos envolvidos. Isso é corroborado por E01: *“a população de adolescente tem essa fase de invulnerabilidade, que nada vai acontecer com eles ou que vão conseguir lidar com todas as situações, pois estão quase na vida adulta, acham que têm autonomia suficiente, têm noção do risco suficiente, sabem o que estão fazendo”*.

A E02 ressalta que o Ministério da Educação e Ministério da Saúde possuíam um programa conjunto para mitigar esta lacuna nos anos 2000. Na oportunidade, os currículos de escolas públicas abordavam educação sexual, inclusive com

distribuição de preservativos nas escolas para maiores de 12 anos. No entanto, a partir de 2010, a entrevistada relata que o programa foi descontinuado devido à atuação política da frente parlamentar evangélica, sob o argumento de que incentivava a prática de sexo pelos jovens. A entrevistada critica a decisão como ineficaz em mudar o comportamento sexual dos jovens e ressalta que a falta de informação aumenta a exposição ao HIV e outras ISTs. Ela diz: “*A gente sabe que quando as pessoas querem fazer sexo, principalmente o jovem, ele vai arrumar um jeito de fazer. Então se tiver camisinha vai fazer com camisinha, se não tiver, aí é que não vai usar mesmo. Então vai se expor de alguma forma, tanto uma gravidez indesejada, como uma IST*”. É importante perceber que o tabu a respeito da educação sexual está presente na sociedade em que o jovem se inclui, e isso limita seu conhecimento sobre HIV e outras ISTs, as formas de prevenção e inclusive sobre violência sexual, acarretando vulnerabilidade ao risco.

A falta de educação sexual observada no contexto familiar e escolar também se verifica no âmbito público. A E01 salientou que as campanhas sobre uso de camisinhas e informações sobre ISTs comuns na televisão e rádio entre os anos 2000 e 2010 não são mais frequentes. Isso impõe a necessidade de busca ativa por parte dos jovens dessa informação, o que acaba restringindo o acesso. E01 acredita que se essa educação não chega diretamente aos jovens, eles não desenvolvem autonomia para escolha da PrEP.

De maneira aparentemente paradoxal, a E01 observa que os jovens frequentemente dependem de seus responsáveis para tomar decisões, o que limita ainda mais sua capacidade de acessar e utilizar a PrEP de forma autônoma se não houver a iniciativa dos responsáveis. Esta restrição é especialmente presente no caso dos adolescentes. Em vários estados do Brasil, o jovem menor de 18 anos não precisa de autorização dos pais para acessar a profilaxia⁴, mas essa informação não é disseminada para todos os adolescentes. Segundo E01: “*eles são muito dependentes porque não são mais crianças, mas também não são adultos, estão no*

⁴ Com a atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), adolescentes acima de 15 anos de idade podem acessar os serviços de saúde para avaliação, orientação e consulta de PrEP, sem a necessidade de presença ou autorização de pais ou responsáveis. Também é garantido o direito à privacidade e ao sigilo, conforme o Estatuto da Criança e Adolescente (UNAIDS, 2022).

meio termo para criar autonomias para o uso de tecnologias em geral, especificamente uso de tecnologia em saúde”.

Ao responder à mesma pergunta sobre a barreira da faixa etária à PrEP, o E03 considera a falta de conhecimento como o principal fator de causa de medo, estranhamento ou afastamento da PrEP. E03 ressalta que essa falta de conhecimento, conforme corroborado pelo relato da E01, contribui para que os riscos associados sejam subestimados. Ele diz: *“Se não existe uma percepção de risco, não existe também uma motivação ou interesse em usar aquele medicamento. Se eu não sei o que é o HIV, eu não vou me interessar em usar aquele medicamento ou entender que aquilo é uma tecnologia muito promissora”.*

E03 ainda ressalta que há diferentes camadas sociais em Salvador, onde atua, e reconhece que a falta de acesso à informação afeta de forma desigual os periféricos, negros e pessoas trans: *“a gente consegue perceber que essas pessoas estão desassistidas e estão em um lugar desigual em relação a essas informações”.* A E04 acredita que, apesar de a PrEP ser uma política de saúde implementada há alguns anos e consolidada, muitas pessoas ainda têm dificuldade de acesso, sendo o perfil mais comum dos usuários composto por homens brancos e com maior nível de escolaridade. Esses relatos indicam que as intervenções para promover o acesso a essa população precisam considerar os diferentes recortes dentro do grupo etário.

Um exemplo de intervenção pode ser observado no relato da E04. Para ela, é fundamental gerar conhecimento sobre HIV de modo que as pessoas não apenas reconheçam o risco, mas que também possam se perceber em risco. Isso, pois a demanda pela profilaxia não se dá de forma espontânea, e precisa ser ativamente gerada. Segundo a coordenadora, há um desinteresse em pensar a saúde do ponto de vista da prevenção, não apenas por parte dos jovens, mas por toda a população que culturalmente enxerga a saúde de forma assistencial e curativa. Esse pensamento está alinhado com a literatura, que acrescenta que a falta de conhecimento também gera desconfiança em relação à eficácia da PrEP, pois muitas pessoas acreditam que os medicamentos servem apenas para curar doenças, em vez de também as prevenir (Pena et al., 2023).

Este fenômeno é ainda mais evidente no caso dos jovens, pois é necessário um alto nível de motivação para que um adolescente saudável busque um serviço

de saúde e, por vezes, dedique períodos consideráveis para uso contínuo de um medicamento sem estar doente. Portanto, além de gerar discussões e compartilhar conhecimento com os jovens, é preciso elaborar e implementar estratégias para gerar demanda e motivação para que se sintam estimulados a buscar a PrEP. Para atingir essa população, a coordenadora clínica destaca algumas estratégias, como a presença em escolas e a divulgação em mídias sociais e sites de relacionamento, adotando uma linguagem que ressoe com os jovens. Um exemplo de sucesso na 1ª fase do projeto PrEP1519 foi a criação de um robô trans chamada Amanda Selfie, cujo perfil nas redes sociais traz informações sobre PrEP, ISTs, gênero, orientação sexual e outros temas numa linguagem simples (Pena et al., 2023).

De forma a complementar, a literatura também sugere estratégias para a geração de demanda entre jovens, especialmente na população-chave do projeto. Entre essas estratégias destacam-se a abordagem e divulgação de informações em festas e eventos frequentados por esses jovens, levando informações sobre a PrEP diretamente ao público-alvo, e a distribuição de folhetos informativos nas ruas, proporcionando acesso fácil e direto a informações relevantes. Além disso, o acompanhamento telefônico é uma tática importante, pois incentiva os jovens a comparecerem à primeira consulta, oferecendo suporte e esclarecendo dúvidas. Outra estratégia eficaz é o acompanhamento dos participantes elegíveis desde o local de transporte até o fim do atendimento na clínica, garantindo que cheguem ao local e se sintam acolhidos durante todo o processo (Souza et al., 2024). Essas estratégias destacam-se como geradoras de demanda individual para o projeto PrEP1519.

5.1.2 Segunda barreira de acesso: estigma

A comunidade LGBTQIAPN+, que contempla grande parte da diversidade de gêneros, identidades e orientações sexuais, e representa lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros e travestis, queers, intersexos, assexuais, pansexuais, não-binários, e outros, historicamente teve seus direitos negados e pautas desconsideradas ou colocadas em segundo plano. Isso afeta tanto o acesso aos serviços de saúde como o acesso a métodos de prevenção. O estigma é uma das maiores barreiras à PrEP, conforme observado pela literatura: há estigma

relacionado à doença HIV/Aids (Magno et al., 2019) e estigma da promiscuidade relacionada à população LGBTQIAPN+, o que contribui para um julgamento moral sobre a medicação (Santos, 2023). Além disso, o estigma e a discriminação vivenciados pelos LGBTQIAPN+ na sociedade os tornam mais vulneráveis não apenas às ISTs e ao risco de contrair HIV, mas também a sérios problemas de saúde mental e à limitação em suas escolhas e prioridades.

A E04 destaca o aumento no número de adolescentes relatando sintomas de tristeza e desmotivação com a vida. A falta de perspectiva de futuro *“acaba interferindo também em como essas pessoas veem o uso da PrEP, como mais uma coisa pra colocar numa vida na qual a pessoa nem vê assim tanta perspectiva”*. Segundo relatório recente do Índice Contínuo de Avaliação da Saúde Mental (ICASM), realizado pelo Instituto Cactus e o AtlasIntel, os jovens entre 16 e 24 anos apresentaram o pior índice de saúde mental entre todas as faixas etárias. Os dados do ICASM e o relato da E02 corroboram com a literatura que destaca que muitos jovens, especialmente os LGBTQIAPN+, compartilham a percepção de não terem valor social devido à sua idade e identidade (Santos, 2023).

E03, no que tange à falta de conhecimento, relata que é generalizada, e abrange não apenas o HIV, mas também saúde sexual, gênero, sexualidade, ISTs e seus modos de transmissão, bem como medidas preventivas disponíveis. E03 associa essa falta de conhecimento ao medo incutido no subconsciente desse grupo populacional, especialmente a população-chave da estratégia da PrEP, que sofre com estigma e discriminação da sociedade. Sobre estigma, ele diz: *“isso acaba afastando essas pessoas do conhecimento e essas pessoas não têm conhecimento o suficiente para saber o que de fato é o HIV, como é transmitido, o que é a sífilis, se eu posso me prevenir ou não, quais são os métodos de prevenção”*.

Em suma, o estigma social associado ao HIV/Aids também desempenha um papel significativo na relutância dos jovens em buscar a PrEP. Existe o receio de enfrentar discriminação por serem erroneamente identificados como pessoas que vivem com HIV. Portanto, indivíduos que seriam elegíveis para a PrEP muitas vezes hesitam em procurar essa forma de profilaxia, como observado pela E01.

5.1.3 Barreiras específicas às populações trans e travesti

Para compreender melhor as barreiras ao acesso à PrEP, é crucial se debruçar sobre as normas, papéis sociais e relações de gênero em uma sociedade que podem impactar acesso e resultados de saúde. De acordo com Galvão et al. (2021), a identidade de gênero é negligenciada na discussão dos DSS. No entanto, é preciso ressaltar que pessoas que se identificam fora da lógica binária imposta pela sociedade estão mais expostas a fatores de risco. Nesse caso, grupos populacionais como travestis e meninas trans enfrentam vulnerabilidade ainda mais exacerbada. Estudos indicam que os níveis de conhecimento e conscientização sobre a PrEP são significativamente mais baixos entre mulheres trans, com muitas delas sequer tendo ouvido falar sobre essa forma de profilaxia (Jalil et al. 2018, apud Echeverría-Guevara, 2023). O estigma, a discriminação e a resistência – associada ao medo – em conhecer seu status de HIV, são identificados como uma barreira ao acesso à PrEP por essa população (Wilson et al., 2019; Soares et al., 2019, apud Echeverría-Guevara, 2023).

Além disso, as experiências contínuas de discriminação enfrentadas pela população trans têm impactos profundos, como destacado pela revisão sistemática realizada por Magno et al. (2019). Essas experiências contribuem para a internalização do estigma, resultando em danos psicossociais severos, como baixa autoestima, depressão, e um aumento nas motivações suicidas. Esses fatores podem fazer com que pessoas trans não se sintam merecedoras de receber cuidados de saúde, especialmente no contexto da saúde sexual. De acordo com o estudo do ICASM, a população trans apresenta o pior índice de saúde mental comparado a pessoas de gênero fluido e cisgênero.

O Painel PrEP de 2023 revelou que, entre os adolescentes menores de 18 anos, 36 meninas trans e 2 travestis iniciaram a PrEP, enquanto 142 meninos gays e HSH acessaram a profilaxia no mesmo período. A discrepância também se verifica entre mulheres trans e travestis jovens adultas de até 24 anos: 7.451 homens gays e HSH acessaram a PrEP em 2023 enquanto 609 mulheres trans e 49 travestis acessaram a profilaxia. Essa disparidade de acesso é uma preocupação destacada pela E01 no projeto PrEP1519, onde foi observada uma dificuldade significativa no recrutamento de participantes travestis e meninas trans. De acordo com a E01, o

recrutamento de HSH cis foi 90% maior do que o de meninas trans para o projeto. Ela argumenta que essa diferença não reflete necessariamente uma maior prevalência de HSH cis em relação às mulheres trans no país. Para E01, o acesso dessas populações a medidas preventivas como a PrEP é dificultado pelo estigma, pela discriminação e pelas barreiras específicas que enfrentam para serem alcançadas pelos serviços de saúde. Mesmo que se tenham estratégias específicas de recrutamento para alcançar a população de meninas trans, ainda assim é muito difícil superar as dificuldades que essa população enfrenta para acessar os serviços.

A E01 destaca outra questão envolvendo o processo de afirmação de gênero de adolescentes: *“a gente está tratando de adolescentes que muitas vezes estão na fase em que estão afirmando o próprio gênero, ainda estão se descobrindo, com dificuldades de se reconhecerem enquanto uma mulher trans, por conta do medo, discriminação, contextos familiares, vizinhança, escola, amigos, que possam a ser violentos, então acabam não assumindo sua identidade enquanto mulheres trans para se prevenirem e se protegerem”*. E01 sugere que discrepância no acesso entre mulheres trans adultas e adolescentes pode estar relacionada ao período de autoconhecimento e proteção contra o estigma e discriminação, especialmente agudos durante a juventude.

A E02, ao abordar as principais barreiras de acesso, ressalta a importância de não apenas considerar a percepção de risco, tema discutido desde os primeiros anos da resposta ao HIV na década de 1980, mas também a hierarquia de risco (E02; coordenadora; ImPrEP). Para jovens mais vulneráveis, como pessoas trans e travestis, as prioridades muitas vezes são garantir proteção contra a violência, acesso a alimentação e moradia seguras. Devido ao estigma e à discriminação enfrentados em suas próprias comunidades, escolas e famílias, esses jovens podem ser marginalizados e têm suas necessidades básicas desatendidas, o que coloca a prevenção de doenças no final da sua lista de prioridade

No contexto da população trans, a falta de conhecimento também se manifesta no receio de que o medicamento da PrEP possa interferir na terapia hormonal. Segundo a E01, muitos jovens trans temem que o uso da PrEP possa interferir na eficácia ou segurança de sua terapia hormonal, e a necessidade de adicionar mais medicamentos ao seu já complexo regime diário é desestimulante. Este relato é

corroborado por estudos recentes, como Zucchi et al. (2021) e Dourado et al. (2023), que apontam essa complexidade como uma barreira adicional ao acesso à PrEP para mulheres trans e travestis jovens.

5.2 A faixa etária e barreiras de adesão

A adesão contínua à PrEP é crucial para sua efetividade na prevenção do HIV. Segundo dados do Painel PrEP atualizados até abril de 2024, a faixa etária dos jovens menores de 18 anos apresentou uma taxa alarmante de descontinuidade de 63%, o que equivale a 253 jovens que desistiram ou interromperam o uso da profilaxia nos últimos 12 meses (04/2023 – 04/2024). Para os jovens entre 18 e 24 anos, a taxa de descontinuidade foi de 47%, totalizando 8.106 jovens que abandonaram a PrEP no mesmo período. Esses números destacam a importância de entender os fatores que funcionam como barreiras tanto no acesso inicial quanto na continuidade do uso da profilaxia. As entrevistas realizadas revelaram que diversos desses fatores persistem ao longo do tempo, contribuindo para a interrupção da PrEP.

5.2.1 Primeira barreira de adesão: dificuldades no uso do medicamento

Mesmo quando há interesse e acesso à PrEP entre a população mais jovem, existem desafios significativos relacionados ao entendimento e ao uso adequado do medicamento, conforme apontado por todos os entrevistados neste estudo. Ao responder o questionamento das maiores barreiras à adesão, a E01 destaca que, devido à faixa etária e à ausência de comorbidades ou doenças crônicas, os jovens não têm o costume de tomar medicamentos de forma contínua. Portanto, estabelecer e manter um regime diário de medicamentos, como no caso da PrEP diária para prevenir o HIV, é especialmente difícil para eles, já que não estão familiarizados com esse tipo de rotina. Essa falta de hábito e maturidade na administração de uma profilaxia pode deixá-los mais vulneráveis, especialmente considerando que estão em uma faixa etária com vida sexual ativa.

O entendimento do uso do medicamento pode ser complexo para os jovens, especialmente quando se trata da PrEP sob demanda, que envolve um esquema de dosagem mais detalhado e específico em relação ao tempo. Enquanto a PrEP diária pode ser mais intuitiva para aqueles sem dificuldades em engolir ou armazenar o medicamento, a PrEP sob demanda pode ser desafiadora devido à necessidade de seguir um protocolo rigoroso: uma dose dupla entre 2 e 24 horas antes da exposição de risco, seguida de um comprimido 24 horas após a primeira dose dupla e outro 48 horas depois da primeira dose dupla. No contexto do contato direto com adolescentes, a E01 observa que são frequentes os relatos de dificuldades, como problemas para engolir o comprimido devido ao seu tamanho, esquecimento das doses necessárias e até preocupações com características específicas do medicamento, como cheiros diferentes que despertam receios de utilização. Esses desafios adicionais podem impactar negativamente a adesão e efetividade da profilaxia entre os jovens que já enfrentam barreiras significativas no acesso e entendimento da PrEP.

5.2.2 Segunda barreira de adesão: conhecimento e percepção de risco

Para E03, a falta de conhecimento ainda é uma barreira significativa para a adesão à PrEP entre os jovens. Ele observa que muitos jovens iniciam o uso da profilaxia sem compreender completamente seu funcionamento e importância. Além disso, E03 destaca a influência dos parceiros nos comportamentos de prevenção. Segundo a literatura, a percepção subjetiva de estar em um relacionamento monogâmico e estável pode levar ao sentimento de segurança em relação ao HIV e outras ISTs (Santos, 2023). No entanto, quando o parceiro não usa PrEP ou não possui informações adequadas, isso pode resultar na reprodução de estigmas ou até mesmo desencorajar o uso contínuo da profilaxia por questões de confiança mútua. O E03 enfatiza que, nessas situações, a baixa percepção de risco persiste, como evidenciado pelos relatos dos jovens que optam por interromper a medicação, confiantes de que estão em um relacionamento seguro: *“não, eu estou num relacionamento seguro e confio no meu boy”*.

Para contornar essa barreira, há um esforço significativo em educar os jovens sobre a natureza individual da PrEP. E01 diz que é enfatizado aos jovens que a PrEP

é um método de prevenção pessoal e que não se pode ter certeza das práticas de prevenção do parceiro. Complementando essa abordagem, o E03 relata que o projeto argumenta com os jovens que a responsabilidade pela saúde é individual e não terceirizada: *“Você cuida da sua saúde e o seu boy também cuida da saúde dele, uma coisa não tem nada a ver com a outra”*.

Ainda no contexto de adesão à PrEP, persistem os desafios relacionados à hierarquia de risco, como observado pelo E03, onde fatores socioeconômicos influenciam diretamente na continuidade do uso do medicamento pelos jovens: *“A gente lida com adolescentes que desde muito novos estão estudando e trabalhando, ou só trabalhando, então existem prioridades na vida dessas pessoas, e que a saúde sexual, principalmente, acaba não estando nessas prioridades”*. E03 acrescenta que enfrenta cotidianamente situações em que pessoas em situação de rua, por exemplo, estão mais preocupadas em garantir um abrigo do que em encontrar o melhor local seguro para armazenar o frasco de PrEP. Essas realidades evidenciam a necessidade de abordagens adaptadas e sensíveis às condições sociais e econômicas dos jovens para promover uma adesão efetiva.

A E04 ressalta a realidade desafiadora enfrentada pelos jovens na cidade de Salvador em relação à adesão à PrEP. Ela relata que, em uma cidade marcada pela desigualdade e pobreza como Salvador, a saúde muitas vezes não é uma prioridade para os jovens. Em vez de gastar recursos limitados com transporte público para retirar a PrEP, esses jovens podem preferir utilizá-los para alimentação ou outras necessidades básicas. E04 exemplifica a situação pela dificuldade do jovem negro periférico que precisa enfrentar um longo trajeto de transporte público – dois ônibus, um metrô e outro ônibus – para chegar ao serviço de dispensação da PrEP e da menina trans que evita o transporte público até o serviço devido ao risco de violência.

5.2.3 Terceira barreira de adesão: estigma

Os entrevistados também pontuaram a manutenção do estigma envolvido no uso do medicamento antirretroviral e a promiscuidade associada a ele, em acordo com a literatura sobre o tema (Zucchi, 2018). Muitos jovens temem que suas famílias e amigos confundam a PrEP com medicamentos para o tratamento do HIV,

ou que descubram sobre sua vida sexual ativa. De acordo com a E01, esse receio leva alguns jovens a esconderem os medicamentos em locais impróprios, comprometendo o sucesso da profilaxia. A mesma barreira foi mencionada pela E02, que relata que *“em todas as doenças, infelizmente várias, o estigma está presente, mas a questão do HIV, como está diretamente relacionada à sexualidade das pessoas e comportamento sexual, o estigma é maior ainda”*.

O estigma em torno da PrEP pode levar os jovens a mentirem sobre sua vida sexual, com receio de serem estigmatizados como parte do grupo de risco associado ao HIV. Isso é exacerbado pelo preconceito enraizado na sociedade. Além disso, dentro de seus círculos sociais, amigos e parceiros sexuais podem desencorajar o uso da PrEP, o que foi documentado na literatura (Souza et al., 2024). A falta de suporte social e a necessidade de esconder o medicamento dos familiares e amigos também são fatores significativos que podem impactar a continuidade e a efetividade da profilaxia, conforme discutido por Santos et al. (2023). Os jovens valorizam o apoio e a compreensão dos pais ou responsáveis, e a falta disso pode resultar em sentimento de frustração.

A falta de conhecimento, a percepção distorcida de risco, o estigma social e as dificuldades na adesão à profilaxia são apenas alguns dos desafios enfrentados na promoção da saúde sexual entre jovens. A análise abrangente da literatura, dados do Painel PrEP e relatos apresentados revelam que não basta considerar isoladamente os dados de acesso, que indicam um aumento marginal na utilização da PrEP entre jovens. É imperativo reconhecer que soluções eficazes para estes desafios demandam mais do que a simples disponibilização de recursos ou tecnologias de prevenção; exigem uma abordagem holística que engloba educação sexual abrangente, empoderamento dos jovens, combate ao estigma e acesso equitativo aos serviços de saúde. Somente assim será possível vislumbrar um futuro em que todos os jovens possam desfrutar de uma vida sexual saudável e livre de riscos.

Os achados destas seções 5.1 e 5.2 demonstram que as barreiras de acesso e adesão à profilaxia estão inter-relacionadas. Diante das complexas dinâmicas que envolvem a saúde sexual dos jovens, torna-se evidente a necessidade de desenvolver abordagens multifacetadas para a prevenção do HIV/Aids e outras

ISTs. Neste contexto, a autora conclui, com base na compreensão dos relatos dos entrevistados, que um desafio significativo na adesão à PrEP é a baixa percepção de risco ou a hierarquia de risco. Embora a PrEP seja uma intervenção preventiva altamente eficaz, sua utilização requer um compromisso contínuo com a adesão diária ou sob demanda ao medicamento. Este compromisso pode ser especialmente desafiador para alguns segmentos populacionais, considerando as diversas circunstâncias sociais, econômicas e pessoais que influenciam a continuidade da profilaxia.

Além disso, a estigmatização em torno do HIV/Aids e o acesso limitado a informações precisas constituem barreiras significativas à aceitação e adesão à PrEP pelas pessoas que mais se beneficiariam dela. É fundamental eleger a conscientização tanto dos jovens quanto da sociedade em que estão inseridos, o acesso equitativo e o suporte contínuo a esses jovens como aspectos fundamentais da promoção da adesão eficaz à PrEP. Na próxima seção, exploraremos mais detalhadamente esses aspectos no nível estrutural dos serviços de saúde.

5.3 Os Serviços de Saúde e suas barreiras de acesso

Localizados numa camada mais distal no modelo de Dahlgren e Whitehead, os serviços de saúde também colocam barreiras ao acesso e adesão dos jovens à profilaxia. No que tange aos jovens adolescentes, a PeNSE evidencia questões sobre busca por serviço de saúde. O percentual de escolares do 9º ano do Ensino Fundamental que procuraram algum serviço ou profissional de saúde para atendimento nos 12 meses anteriores à pesquisa revela que, de forma geral, houve um aumento no percentual de 50% em 2012 para 57,3% em 2019. No entanto, quando se olha para o fator dependência administrativa, esse aumento na rede pública reflete apenas 4,8%, enquanto na rede particular esse aumento é de 12,3%. O que nos mostra que a ampliação da busca pelo serviço de saúde se deu de forma desigual conforme as condições socioeconômicas de acesso.

Essa desigualdade pode ser uma barreira adicional à adesão à PrEP, pois os jovens de comunidades mais desfavorecidas podem enfrentar dificuldades adicionais para acessar informações precisas, serviços de saúde de qualidade e, conseqüentemente, métodos de prevenção como a PrEP. Esse é apenas um dos

recortes em uma sociedade em que é preciso olhar para os diferentes estratos sociais. De acordo com a literatura existente, os jovens, especialmente LGBTQIAPN+, têm pouco acesso aos serviços de saúde. Dentre os motivos observa-se o medo de discriminação, preconceito dos profissionais de saúde, “invisibilidade” social, falta de programas educacionais e de saúde personalizados e falta de recursos para se deslocar até os serviços (Dourado, 2023). Assim, para promover uma adesão mais ampla e equitativa à PrEP entre os jovens, é fundamental abordar não apenas as barreiras no nível mais próximo do indivíduo como conhecimento, autonomia, percepção de risco, estigma, mas também as disparidades estruturais dos serviços de saúde. A relação entre serviços de saúde e usuários de PrEP é mais complexa do que se pensa, perpassa estigma e discriminação, despreparo profissional, mas também a falta de interesse do próprio profissional numa teia complexa e conectada, tal como veremos nas próximas três sub-seções.

5.3.1 Falta de conhecimento e estigma

O estudo ImPrEP, que em sua primeira fase (2018-2021) buscou identificar os contextos sociais e estruturais que envolvem e organizam a oferta de serviços de PrEP, as subjetividades dos atores envolvidos e as diferentes percepções que podem impactar a efetivação dessa estratégia no Brasil, observou que a maioria das unidades de saúde que ofertam a PrEP são também unidades de saúde que ofertam o atendimento a pessoas portadoras do HIV/Aids. Isso, pois, dentre alguns fatores, possuem a expertise e diferencial necessários para atenderem às especificidades das populações-alvo. No entanto, também há um outro ponto de vista: em algumas situações, isso pode se colocar como uma barreira ao acesso às pessoas que buscam a profilaxia, por medo do estigma que estariam expostas ao frequentar serviços e serem confundidas com pessoas portadoras do vírus (Pimenta et al., 2022).

Ao serem perguntados sobre as barreiras de acesso aos serviços de saúde pelos jovens, os entrevistados para esta pesquisa ressaltaram como uma das maiores barreiras a falta de treinamento e informação do profissional de saúde quando recepcionam uma pessoa elegível à PrEP. Se não houver capacitação para lidar com segmentos populacionais com demandas específicas, os profissionais podem

reproduzir uma linguagem estigmatizante e discriminatória que influencia no atendimento e impacta diretamente na vinculação da pessoa ao serviço que oferta a profilaxia. A E02 compartilha que no caso de profissionais do sexo, travestis e pessoas trans o estigma e discriminação se intensificam. Com base na sua trajetória entrelaçada ao HIV/Aids, a entrevistada compartilhou o relato de que acontecia com frequência desse grupo populacional ser colocado em último na fila do atendimento do serviço, independentemente do horário que chegasse, como se fossem usuários “inferiores”. Tal relato vai ao encontro do que a literatura indica: o acesso à PrEP é determinado pelo atendimento que a pessoa encontra nos serviços de saúde. Para grupos mais vulnerabilizados, que não comparecem ou que comparecem de forma irregular aos serviços de saúde, a forma como o profissional de saúde irá prescrever uma ação preventiva pode definir na aceitabilidade da PrEP (Zucchi et al., 2018).

Ainda, a E02 relata que durante muito tempo, mesmo quando os serviços de saúde ofertavam apenas a Profilaxia Pós-Exposição (PEP), foi necessário um trabalho de educação acerca do direito da pessoa acessar o serviço, que em muitas ocasiões teve a sua dispensação negada de forma injusta. Segundo E02:

“Olha, durante uma década, quando a gente começou, ainda não tinha PrEP, mas tinha PEP, e principalmente os meninos gays ligavam no fim de semana ou lá no Hotline da “Instituição x”⁵ e falavam: “ah, eu saí, transei e não conheço a pessoa e tô com medo... preciso fazer teste de HIV e tomar PEP” e perguntávamos: “você foi ao serviço?” e diziam: “fui, mas foi negado”. Então as pessoas discriminavam mesmo, sendo que é um direito daquela pessoa. Então por muitos anos se trabalhou essa questão com a pessoa LGBT, do direito dela de ter o serviço. Então às vezes a gente fala: “olha fulano, quando você for, fala logo que a camisinha rompeu, não fala que não usou a camisinha não. porque se rompeu, foi um acidente e eles vão te dar a PEP”. A gente acabava criando mecanismos para a pessoa ter acesso ao serviço, que é totalmente injusto e inapropriado né, porque o medicamento estava ali para aquilo, para o uso da PEP”.

A E02 acredita que qualquer pessoa, independente de faixa etária, pensa duas vezes antes de ir ao médico se não for algo urgente. Sendo assim, se o jovem procura o serviço uma vez e é mal atendido, muito provavelmente não vai voltar ao serviço. E02 ressalta ainda que, se for serviço privado, a pessoa pode procurar outro, mas no caso do serviço público, o jovem só irá retornar quando realmente estiver muito

⁵ Instituição de apoio à população LGBTQIAPN+. O nome da instituição foi ocultado de forma a não expor a entrevistada.

doente. Desse modo, verificamos que o primeiro contato que o jovem possui com o serviço de saúde pode determinar o sucesso da sua adesão à estratégia. Se o profissional de saúde em vez de simplesmente fazer uma prescrição biomédica ao indivíduo adota uma postura de escuta e compreensão de sua realidade e práticas sexuais, aquela pessoa elegível à PrEP poderá se sentir acolhida e continuar acessando os serviços.

5.3.2 Barreiras específicas às populações trans e travesti

Segundo Magno et al. (2019), o estigma e a discriminação impõem obstáculos significativos no acesso aos serviços de cuidado e prevenção do HIV/Aids para mulheres trans. Experiências prévias de maus-tratos ou episódios de preconceito, fazem com que as mulheres trans evitem buscar os serviços de saúde. Ainda, as que buscam, podem sofrer a supressão do direito de acesso à saúde. De acordo com a revisão sistemática realizada por Magno et al. (2019), os estudos demonstram que o estigma e discriminação acarretam inúmeros desdobramentos de forma geral à saúde da população trans e não somente no acesso à PrEP. Como exemplo tem-se os achados da preferência pela automedicação em vez de procurar o serviço público, a falta de acesso a hormônios e procedimentos cirúrgicos de adequação de gênero, falta de acesso a preservativos, além da saúde mental com o favorecimento do isolamento social e o sentimento de rejeição (Magno et al., 2019).

A E01 ratifica a literatura, quando acredita serem piores os dados de epidemiologia do HIV de incidência e prevalência do HIV/Aids no recorte de mulheres trans e travestis e que isso decorre justamente do preconceito e discriminação que se colocam como barreiras ao acesso dos serviços de saúde. Segundo E01, a discriminação pode ocorrer em diversos momentos:

“i) quando a pessoa nem mesmo percebe que está em risco e que precisa daquela estratégia; ii) quando a pessoa sabe que precisa da estratégia, mas tem medo de ir ao serviço por medo de ser discriminada; e iii) quando ela consegue atingir o serviço de saúde e é discriminada diretamente pelos profissionais de saúde ou outros trabalhadores que estão naquele serviço”.

Um relato do E03 complementa essa visão ao compartilhar que as pessoas trans que já passaram por situações discriminatórias em outros serviços, quando finalmente conseguem acessar e se vincular ao serviço de PrEP, trazem outras

questões de saúde que não foram resolvidas antes, pelo medo de repetir o sofrimento de experiências prévias. Essas questões estão relacionadas à saúde mental, dependência alcoólica e química, ISTs e outros sofrimentos não tratados devido aos contextos de violência que esse segmento populacional vive. Nesses casos, E03 relata que o papel do projeto é escutar, acolher, orientar e dar o encaminhamento devido, encaminhando a pessoa para um serviço especializado.

A E01 destaca que o desrespeito ao nome social, ao pronome e à identidade de gênero como a pessoa se identifica, juntamente com a ausência de políticas de saúde efetivamente operacionalizadas para a população trans, representam grandes barreiras ao acesso dessa parcela da população aos serviços de saúde. Dessa forma, é necessário medidas que promovam a inclusão e acolhimento dessa população para que se sintam mais confortáveis em buscar a PrEP nos serviços de saúde. Uma ação essencial, conforme observado pela E01, seria a atualização das fichas de atendimento e dos prontuários médicos para incluir o nome social e a identidade de gênero das pessoas atendidas. Isso não apenas respeitaria a individualidade e a dignidade das pessoas trans, mas também contribuiria para um ambiente de saúde mais inclusivo e acolhedor.

5.3.3 Rigidez dos serviços de saúde e desinteresse na PrEP

Uma questão levantada pelos quatro entrevistados foi a falta de acolhimento e rigidez dos serviços de saúde, que não conversam com a população mais jovem em termos de oferecer referências que eles entendam. Ainda, a linguagem estritamente biomédica, mais acadêmica e prescritiva também pode gerar um afastamento e fazer com que o jovem acredite que não pertence ou não merece ter acesso àquele serviço. Para o E03, os serviços de saúde não são preparados para receber os jovens mais vulnerabilizados, pois não há a construção de um diálogo humanizado, acessível e horizontal com os jovens, refletindo numa postura mais impositiva e desestimulante. Na sua atuação, E03 relata que:

“Eu tento criar sempre um diálogo, um cenário em que eles compartilhem suas experiências, porque a gente não pode olhar para essas pessoas como pessoas vazias, que não têm conhecimento nenhum e só a gente tem conhecimento pra oferecer pra essas pessoas. (...) Na verdade, não, existe sim uma vulnerabilidade, uma falta de conhecimento, mas também

existem conhecimentos e conhecimentos até distorcidos sobre determinados assuntos e que a gente precisa acolher esses conhecimentos trazidos e talvez ressignificar e talvez ajudar, complementar”.

Há, ainda, o relato preocupante feito por E04 sobre a falta de compromisso dos profissionais dos serviços de saúde na prescrição da PrEP para os jovens adolescentes. E04 relata que na 1ª fase do projeto PrEP1519 houve diversas capacitações e treinamentos a profissionais do estado da Bahia e município de Salvador visando um atendimento adequado aos jovens e adolescentes. No entanto, mesmo após ter havido o aprendizado, os profissionais apresentam resistência em prescrever a PrEP. E04 descreve como acontece na cidade de Salvador:

“Salvador tem 4 ou 5 serviços de prescrição de PrEP na cidade, muitos deles concentrados na área central então não tem uma dispersão pela cidade pra isso e nenhum deles atualmente está fazendo de forma consistente. Alguns deles inclusive verbalizam que não fazem prescrição de PrEP para adolescentes, mesmo que já exista uma autorização do Ministério da Saúde, uma política que contemple isso. Os profissionais e os serviços de alguma maneira não estão comprometidos com isso, mas por que não se comprometer se ao mesmo tempo a gente, aqui no nosso cotidiano, é de muito diagnóstico de HIV?”

Ainda, a E04 lança luz a uma questão ainda maior: a falha organização dos agentes públicos no que tange à questão de promoção do acesso à PrEP. Isso se dá devido ao baixo interesse político em atender à população LGBTQIAPN+, majoritariamente gays, trabalhadores do sexo e pessoas trans. Para os agentes públicos não é interessante, pois segundo a entrevistada não atrai votos e, como consequência, propicia pouca vontade política para mudar esse cenário. Aqui, vale a reflexão de que muitas vezes a falta de informação e conhecimento sobre a PrEP é uma reflexão do baixo interesse político no tema. Pode-se atribuir essa falta de interesse advinda de um julgamento moral que ainda paira sobre o HIV e formas de prevenção.

Ainda, há as limitações dos serviços ao redor do PrEP1519. Por exemplo, a E04 relata que ao fazer um encaminhamento do jovem a um serviço do bairro perto de sua casa ou disperso pela cidade, eventualmente percebe casos de que o médico da Saúde da Família ou Unidade de Pronto Atendimento (UPA) desconhece sobre a PrEP ou diz ao jovem que ele não deveria estar fazendo o uso da profilaxia.

Ademais, um desconhecimento dos profissionais dos abrigos no que tange à tecnologia de prevenção também impede que pessoas que vivem nesses espaços usem a PrEP e portem a PrEP nesses espaços.

5.4 Os serviços de saúde e suas barreiras de adesão

Cada indivíduo, quando acessa o serviço de saúde em busca da PrEP, carrega consigo o contexto em que vive, as práticas sexuais que experimenta e os fatores estruturais que o cercam, como questões relacionadas ao trabalho e financeiras (Zucchi et al., 2018). Dessa forma, é importante que se tenha uma abordagem dialógica por parte dos profissionais da saúde a fim de enxergar o indivíduo como um agente ativo na tomada de decisões sobre seu plano de prevenção, adaptado às suas necessidades específicas. Um atendimento humanizado e um ambiente acolhedor, que assegure a privacidade do usuário, emergem como elementos fundamentais na qualidade do serviço, influenciando na escolha da pessoa em continuar frequentando o serviço, indo além da mera disponibilidade do mesmo (Pimenta et al., 2022).

Para assegurar a adesão dos jovens aos serviços de saúde, muitos entrevistados destacaram uma considerável barreira: a falta de capacidade em oferecer atendimento multiprofissional de qualidade, contínuo e sensível às subjetividades dos usuários. Um atendimento multiprofissional consiste em diferentes profissionais garantindo um atendimento especializado e acolhedor para a população jovem LGBTQIAPN+. Essas equipes são compostas por médicos, farmacêuticos, aconselhadores, psicólogos e educador par, a depender da especificidade de cada unidade de atendimento, que escutam as demandas dos jovens e fazem os devidos encaminhamentos de acordo com a realidade de cada um. No mesmo local ainda é possível resolver as múltiplas demandas, como avaliação clínica, atendimento psicossocial, consulta médicas de acompanhamento, exames sorológicos, testagem e retirada de medicamentos. Nos casos em que a equipe não pode ajudar, é feito o encaminhamento para a instância responsável.

5.4.1 A importância do educador par

E01 enfatiza a necessidade crucial de um atendimento multiprofissional que esteja apto a compreender o contexto social no qual o jovem está inserido, sua situação de vida, classe social, ambiente escolar, dinâmica familiar, vizinhança e estado de saúde mental. Uma estratégia de destaque no âmbito da PrEP, que visa garantir a adesão, é o acompanhamento por educadores pares, atuando como elo entre o usuário e o serviço de saúde. Embora semelhante ao papel do Agente Comunitário de Saúde oferecido pelo SUS, a figura do educador par é mais proeminente nos Estados Unidos e na Europa (*peer educator*, em inglês), com pouca literatura disponível sobre o assunto no Brasil, além de não ser contemplada como categoria orçamentária no SUS, conforme relatado E02.

Ou seja, a figura do educador par não existe explicitamente no sistema público de saúde, apenas nos projetos de pesquisa. Embora algumas de suas atribuições sejam realizadas pelo Agente Comunitário de Saúde, não há no SUS uma figura responsável por informar a percepção da população-alvo para a equipe médica, realizando transferência de conhecimento prévio sobre a comunidade a gerando percepções sobre como aprimorar o desenho da intervenção de modo a atingi-la e atender às suas necessidades. Nesse sentido, com o intuito de obter o máximo de informações sobre a atuação do educador par, uma pergunta específica sobre esse papel foi incluída no roteiro de entrevistas aos quatro participantes (lembrando que, dentre estes, E03 é um educador par).

O educador par desempenha um papel de suma importância no ImPrEP e PrEP1519 visando a adesão dos usuários. São pessoas reconhecidas na dimensão específica em que se esteja trabalhando, no caso o HIV/Aids, e reconhecidas na comunidade, que conversam “de igual para igual” com o grupo escolhido. Esses educadores compartilham semelhanças significativas com os usuários do serviço, seja em termos socioeconômicos, de orientação sexual, identidade de gênero ou faixa etária. Sobre o recrutamento desses profissionais, a E02 relata que em situações em que a identificação dessas lideranças se torna desafiadora, parcerias com a secretaria de saúde ou recrutamento por meio de organizações não governamentais locais são comuns. Os educadores pares são capacitados e atuam conforme previsto pelo protocolo de vinculação e gestão de cuidado da pesquisa. Geralmente, eles atuam no suporte direto aos usuários, através de um protocolo de

atuação que existe no âmbito do projeto e referenciado pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV do Ministério da Saúde. A remuneração do educador par é feita com base em orçamento previamente aprovado pelo financiador da pesquisa. A importância do educador é suma, garantindo um ambiente acolhedor e livre de preconceitos, onde os indivíduos se sintam seguros e confortáveis, independentemente de sua identidade de gênero, status socioeconômico ou outras características.

A E02 explica que a atuação do educador par pode se dar no nível da educação propriamente dita, levando informação de que o serviço está disponível e explicando ao jovem onde ele pode achar o serviço. Além disso, apresenta o serviço como um espaço acolhedor, amigável, onde o jovem não vai encontrar discriminação. Também é responsável por levar informações sobre ISTs, HIV e como se prevenir em caso de contato com o vírus, como proceder, onde e quando buscar tratamento, informar sobre testagem, autotestes, apoio psicossocial junto aos pares. E02 explica que dependendo do projeto, essa pessoa é direcionada para uma frente ou outra, pois não é possível lidar com a educação, recrutamento e acompanhamento ao mesmo tempo. A quantidade de educadores pares também depende da demanda exigida no serviço. E02 explica: *“Tem alguns que trabalham só com atividades nas comunidades ou centros comunitários ou na rua mesmo em locais onde as pessoas se reúnem para atividades culturais, sociais, ou pontos de encontros, saunas, bares, tudo depende de qual população você está trabalhando”*.

Conforme mencionado por E01, o educador par desempenha um papel importante na mitigação da barreira da distância, oferecendo aos jovens a oportunidade de conversar diretamente com eles sobre a prevenção, evitando a necessidade de visitar o serviço de saúde. Para a E01, a identificação do educador par com a pessoa que está sendo acompanhada é vital, pois isso facilita a conexão e a compreensão mútua, com o compartilhamento de gostos, linguagem e comportamentos em comum, especialmente pois o jovem consegue se ver naquele contexto, e E01 dá um exemplo: *“se eu sou uma pessoa trans e tem uma pessoa que é trans e trabalha muito ali, então talvez ela consiga me entender melhor”*. Essa conexão pessoal permite ao educador estabelecer uma relação próxima com o usuário, pois ambos compartilham um momento de vida semelhante.

E03 compartilha sua experiência enquanto educador par do PrEP1519:

O profissional enfatiza que o objetivo principal de seu trabalho é dialogar com os jovens de forma aberta e acessível, oferecendo orientações sobre sexualidade e ISTs, enquanto introduz a percepção de risco e fornece conhecimento sobre prevenção. As suas estratégias para alcançar esses jovens incluem uma forte presença nas redes sociais e aplicativos de relacionamento, além da produção de memes, *trends* e participação em discussões na internet brasileira. Essa estratégia se torna fundamental para garantir a adesão em um mundo onde os jovens se relacionam mais virtualmente do que presencialmente. Ainda, não basta estar presente nas redes levando a informação sobre a PrEP, mas usar as estratégias que se encaixam ao contexto desses jovens. O diferencial percebido entre um educador par, quando comparado a um Agente Comunitário de Saúde, é justamente ser alguém de dentro da comunidade que vá saber usar a linguagem adequada para estabelecer uma comunicação com esse jovem.

Além disso, ao invés de chegar ao usuário com uma linguagem acadêmica explicativa sobre prevenção, E03 cria estratégias para compartilhar o conhecimento sobre prevenção de outra forma: *“o meu diálogo com essas pessoas não é só sobre o projeto ou prevenção, eu falo de qualquer outra coisa. Eu pergunto como vai a família, a faculdade, a escola, o que a pessoa faz, eu falo sobre religião. Então existe um vínculo muito grande com vários participantes (...)”*. Esse diálogo horizontal busca não apenas transmitir conhecimento, mas também ouvir as experiências dos jovens, criando um ambiente acolhedor e promovendo uma abordagem mais amigável em relação à prevenção e ao uso da PrEP. Sendo uma abordagem tão individualizada, um centro de atendimento do projeto pode e deve possuir mais de um educador par, a depender da demanda, de forma a conseguirem garantir a abrangência do trabalho.

Para manter a retenção do jovem em PrEP, o educador par ainda usa a seguinte estratégia de abordagem: *“Hoje eu preciso saber se o participante tal está em uso da PrEP, está tendo uma boa adesão, como está sendo a adesão, mas não necessariamente eu preciso falar: “oi, bom dia, como está sendo o seu uso da PrEP?”, sabe? (...) Um dia antes eu falo com ela sobre a mãe dela, sobre religião,*

qualquer outro tema, deixo ela confortável para falar comigo sobre outras coisas e nisso a conversa vai fluindo.”

Assim, ao adotar uma linguagem livre de estigmatização, discriminação e julgamento, o educador par estabelece um vínculo com o jovem, aproximando-o do serviço de saúde e promovendo sua adesão à PrEP. No que se refere a essa uma comunicação horizontal e livre de julgamento, quando o jovem se abre sobre suas experiências sexuais, o educador par utiliza a seguinte abordagem: *“O meu diálogo sempre está envolvido com a prevenção. Essas pessoas chegam falando sobre suas experiências: “ah, porque eu perdi a virgindade com 12 anos e foi com um boy tal”, eu não julgo, pois não estou nesse papel de julgar, mas eu vou sempre levar aquela discussão para o lado da prevenção, educação, sem silenciar essas pessoas”*. Este profissional reconhece o jovem em sua totalidade, identificando e propondo encaminhamentos para todas as barreiras que possam impedir seu acesso e comprometer sua adesão.

O educador par oferece outro diferencial importante ao serviço, demonstrando disponibilidade para ouvir as demandas do jovem e direcioná-lo adequadamente, mesmo que não haja uma solução imediata disponível: *“Às vezes elas falam comigo final de semana e contam o que aconteceu, não relacionado necessariamente à PrEP”*. Por exemplo, se após uma testagem for identificado que um jovem foi soroconvertido, aplica-se o protocolo de fazer o devido encaminhamento para outro serviço, na estrutura pública, que cuide de jovens que convivem com HIV. No entanto, de forma complementar, a E01 aponta um gargalo observado no SUS, principalmente na atenção primária. A dificuldade de os serviços conversarem entre si torna mais difícil de fazer o acompanhamento e monitoramento de um paciente que foi encaminhado para outro serviço de saúde.

Ao utilizar uma linguagem simplificada, afastada da terminologia biomédica, o educador par consegue se aproximar do jovem, criando um ambiente propício para discutir abertamente seus comportamentos sexuais, sem receio de ser julgado. Essa identificação mútua facilita a busca ativa pelo jovem em caso de dificuldades de adesão. Se o participante demonstra dificuldades em comparecer às visitas, o educador par se coloca disponível para reagendar, para conversar sobre os motivos da falta, para buscar o jovem através das redes sociais, *whatsapp*, e oferecendo

telessaúde para aqueles que têm a possibilidade. Ainda, se coloca disponível para dialogar com os parceiros, trazê-los para o serviço e conversar com a família se preciso. Segundo a coordenadora clínica, existem semelhanças entre os educadores par e o modelo de cuidado da Saúde da Família e os Agentes Comunitários de Saúde, sugerindo um potencial benéfico em incorporar essa nova categoria de profissional ao SUS.

Refletindo sobre as entrevistas, finalizo este capítulo empírico com algumas conclusões parciais: conforme destacado por E04, um atendimento abrangente deve considerar não apenas a oferta da PrEP, mas também questões relacionadas a outros métodos de prevenção, como o uso da camisinha, a realização regular de testes sorológicos e exames bioquímicos. Para E04, o objetivo da implementação da PrEP é proporcionar uma opção adicional de prevenção, visando à autonomia do indivíduo. Essa visão é compartilhada pela E04, que percebe a continuidade do serviço como uma oportunidade pedagógica, mesmo diante das altas taxas de descontinuidade.

O potencial pedagógico do atendimento abrangente na implementação da PrEP é imenso. Com base nas entrevistas, observa-se que esse potencial não só facilita a prevenção do HIV, mas também educa e empodera os jovens, promove um ambiente de acolhimento e reduz o estigma associado às ISTs. Ao garantir que os jovens tenham acesso a informações precisas e um espaço seguro para discutir suas preocupações, os programas de PrEP podem transformar a saúde pública, escalonando boas práticas para o nível do SUS, e individual, promovendo uma sociedade mais saudável e informada.

E04 argumenta que, mesmo que os jovens não consigam manter-se em PrEP a longo prazo, o simples fato de estarem em contato com um profissional, recebendo informações sobre os riscos e tendo um espaço para compartilhar e serem acolhidos, os conscientiza sobre situações de risco potencial: *“às vezes o vínculo não sustenta necessariamente a adesão à PrEP por um longo período, mas ele sustenta o fato daquela pessoa ver aquele serviço como um espaço onde ela possa buscar cuidado”*. Isso os incentiva a retornar em busca de informações sobre PEP (Profilaxia Pós-Exposição) ou tratamento de outras ISTs como sífilis e gonorreia,

sem receio de serem julgados ou punidos. Na visão de E04, nunca se perde uma oportunidade quando os jovens têm acesso a informações e direitos relacionados à saúde, ampliando seu acesso aos cuidados de saúde e adquirindo consciência sobre sua própria saúde.

Por fim, uma barreira identificada por alguns entrevistados, que dificulta que os profissionais de saúde adotem um atendimento personalizado com esses jovens, além da falta de treinamento e capacitação, pode ser a sobrecarga de trabalho. Para a E02, muitas vezes o mau atendimento é resultado de uma rotina de cansaço e exaustão, de uma equipe limitada, com poucos recursos para contratação e treinamento de toda uma equipe personalizada de aconselhadore, médicos plantonistas, educador par, enfermeiros para o atendimento ao jovem (equipe multiprofissional). Além disso, é importante uma gerência atenta em como a equipe está trabalhando com o usuário, se está promovendo uma linguagem adequada, respeitando as questões de gênero, raciais e sociais. Para a E02, reconhecendo as limitações socioeconômicas, a telessaúde seria uma forma de aliviar a carga do atendimento profissional e garantir um atendimento mais rápido, mantendo o acolhimento esperado.

6 Análise com base no modelo referencial: Dahlgren e Whitehead

Este capítulo objetiva fazer uma síntese estruturada dos achados com base nas entrevistas realizadas. Esses achados sugerem que as barreiras enfrentadas pelas pessoas elegíveis a acessarem a PrEP e os usuários em uso da profilaxia são multifacetadas e atravessam diferentes níveis (individual, social e estrutural). Dessa forma, com o intuito de melhor compreender os fatores e mecanismos por meio dos quais essas barreiras são colocadas e como os diferentes níveis se relacionam entre si, optou-se por adotar neste estudo o modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991). Este modelo foi o mesmo adotado pela Comissão Nacional de DSS (CNDSS/Brasil) devido à sua fácil compreensão gráfica e nos servirá de apoio para elucidar a correlação entre os fatores dos DSS e o acesso e adesão à Profilaxia Pré-Exposição.

Figura 4 - Determinantes Sociais da Saúde segundo modelo de Dahlgren e Whitehead (1991)



A escolha de posicionar o modelo nesta seção do estudo se justifica pela facilidade em observar a imagem e como as camadas estão dispostas a fim de entender a análise das entrevistas à luz do modelo. Uma limitação na literatura de Dahlgren e Whitehead (1991) encontrada pela autora foi o fato de olhar para o gênero de forma binária e restrita, tratando apenas de mulheres cisgênero e diferenças socioeconômicas em relação aos homens cisgênero. A simplicidade no entendimento esbarra na limitação de não reconhecer explicitamente gênero e identidade de gênero como determinantes sociais da saúde. Isso pode ser atribuído ao seu desenvolvimento no início dos anos 1990, em que discussões sobre identidade de gênero em sua amplitude não eram tão reconhecidas. Neste trabalho, reconhecemos que as desigualdades atravessam de forma desigual meninas e mulheres trans e travestis.

Vale apontar que a autora vislumbra para trabalhos futuros o desenvolvimento de um modelo próprio para olhar para as DSS, de forma a abarcar as particularidades do tema de estudo e sua atualidade.

6.1 Camada 1: Determinantes individuais

Nesse modelo, os DSS estão distribuídos em camadas de acordo com o nível de abrangência. A camada central trata do indivíduo, especificamente características individuais de idade, sexo, gênero (acrescentada pela autora), etnia e fatores genéticos/hereditários que estão no nível mais proximal porque representam aspectos fundamentais que influenciam diretamente nas escolhas das pessoas sobre saúde. Para este estudo, nos importa analisar a faixa etária. Nesse caso, o modelo de Dahlgren e Whitehead nos ajuda a compreender que diferentes faixas etárias têm necessidades e vulnerabilidades distintas.

No que tange à faixa etária dos jovens, de 15 a 24 anos, foi possível compreender com base nos relatos que por se tratar de uma fase de transição para a vida adulta questões inerentes ao público jovem emergem: período de desenvolvimento da identidade e autonomia; maturidade; baixa percepção de risco ao HIV ou falsa sensação de compreensão; pouco conhecimento sobre PrEP, HIV/Aids e outras ISTs devido à pouca vivência. A idade é, portanto, um determinante social que acrescenta barreiras de acesso e adesão à PrEP específicas a essa faixa etária.

Todavia, com o desenvolvimento do estudo, observou-se que também no primeiro nível, era preciso olhar para a identidade de gênero e orientação sexual, posto que meninos/homens gays e outros HSH, meninas/mulheres trans e travestis são a população alvo para uso de PrEP, por serem mais vulneráveis ao HIV. Além disso, dentro da população-alvo, as barreiras individuais se colocam de forma diferente. Foi possível observar que é mais difícil acessar a população de meninas e mulheres trans e garantir que tenham adesão ao medicamento. Dentre os motivos, deve-se ao fato de estarem em um processo de autodescoberta e proteção de si mesmas.

Embora questões relacionadas ao desenvolvimento de suas identidades e sua autonomia possam envolver conflitos internos, estão fortemente entrelaçadas com o ambiente ao seu redor. Além disso, há o desenvolvimento de suas relações interpessoais (amorosas, amigáveis e dinâmicas familiares) que podem afetar a saúde mental, que vimos impactar mais os jovens e pessoas trans. Dessa forma, a camada 1 possui aspectos que não são possíveis serem modificados por políticas

(faixa etária e gênero, diretamente, não são passíveis de modificação), mas conversa diretamente com a camada externa, dos comportamentos individuais, que pode ser modificada tendo em vista que comportamentos individuais são influenciados por redes comunitárias e de pares.

6.2 Camada 2: Determinantes comportamentais

Essa camada aborda os comportamentos, hábitos e estilos de vida dos indivíduos que se encontram na camada imediatamente externa ao primeiro nível nomeada “estilo de vida dos indivíduos”. De acordo com o modelo, são comportamentos individuais que influenciam diretamente na saúde de uma pessoa, como as práticas sexuais, o não uso de métodos de prevenção, o uso de drogas e bebidas alcoólicas, entre outros. As entrevistas relataram que o fato de ser uma faixa etária com pouca incidência de doença crônica, há pouco costume e responsabilidade em administrar doses diárias ou sob demanda de medicamentos. O esquecimento é uma das causas atreladas ao comportamento dos jovens que dificulta a continuidade da profilaxia.

6.3 Camada 3: Redes sociais e comunitárias

No entanto, esses comportamentos que refletem diretamente nas condições de saúde do indivíduo, podem ser moldados por uma variedade de fatores, incluindo influências sociais, culturais, econômicas e psicológicas, que são abordadas em outras camadas do modelo. A terceira camada aponta a influência direta da rede social e comunitária que esse jovem está inserido e onde se define o nível de coesão social, como os laços familiares e de amigos. Por exemplo, a dificuldade em negociar o uso da PrEP e outros métodos com o parceiro também torna os jovens vulneráveis ao HIV devido a práticas sexuais inseguras. Ainda, o uso abusivo de álcool e drogas pode estar relacionado com a saúde mental, fragilizada por sofrer estigma e preconceitos da própria comunidade.

Um exemplo de como os níveis se relacionam entre si é percebido quanto à falta de conhecimento do jovem sobre temas como HIV/Aids, ISTs e a PrEP, identificada no nível individual, e que está diretamente associada com a percepção de risco. Embora nesse caso intervenções educacionais que possam aumentar a

conscientização do indivíduo sobre a importância da prevenção e os riscos associados sejam importantes, há questões que extravasam o nível individual, demandando ações na terceira camada. A falta de conhecimento pode estar conectada com fatores associados ao contexto social e comunitário em que esse jovem está inserido, como ausência de discussão nas escolas ou ambiente familiar e campanhas nos meios comunicacionais.

O estigma foi mencionado por todos os entrevistados como uma grande barreira à PrEP e pode ser classificado nesta terceira camada do modelo por ser disseminado no seio da rede comunitária em que está inserido o jovem população-chave da PrEP. O estigma, seguido da discriminação, resulta em uma marca de desonra ou vergonha associada à promiscuidade voltado à população que vive com HIV/Aids e contra grupos específicos como a população LGBTQIAPN+. O estigma e a discriminação afetam tanto na saúde mental do jovem, como na limitação do acesso ao serviço de saúde e da adesão à PrEP, como consequência do medo em carregar um frasco de PrEP e ser rejeitado pela família e amigos.

Em contrapartida, a presença de redes sociais e comunitárias de apoio pode contribuir para impedir que esse jovem, por exemplo, abandone a PrEP, motivando-o e incentivando-o com apoio econômico – para fazer o deslocamento de retirada do medicamento – ou emocional, ajudando a superar o desânimo provocado pelo estigma e não discriminando-o por estar fazendo o uso de um medicamento de prevenção ao HIV.

6.4 Camada 4: Condições de vida e trabalho – serviços de saúde

Os serviços de saúde se colocam como uma determinante significativa à faixa etária dos jovens população alvo da PrEP. A falta de conhecimento, treinamento, capacitação adequada, estigma e discriminação permanecem de forma estrutural por parte dos profissionais de saúde, o que resulta no afastamento das pessoas do serviço de saúde. Algumas questões que podem levar a isso podem ser a sobrecarga dos profissionais de saúde e a baixa remuneração. Além disso, a rigidez dos serviços, onde faltam referências e comunicação acessível e horizontal com a população jovem também foi uma barreira encontrada e aqui inserida.

Em alguns casos, a resistência em prescrever PrEP, embora tenha havido treinamentos, também foi um ponto abordado sobre os serviços de saúde. A falta de conexão entre os serviços e a perda de acompanhamento quando uma pessoa é encaminhada foi uma lacuna identificada nas entrevistas. Ainda, há questões mais estruturais quanto à falta de equipe multiprofissional em todos os serviços que oferecem a PrEP, incluindo a falta da categoria de educador par, devido à limitação de recursos. Foi possível observar que essa função é essencial no recrutamento e garantia de adesão dos jovens. A falta de acolhimento e inclusão, ausência de fichas atualizadas de atendimento e prontuários que respeitem ao nome social e identidade de gênero das pessoas foram aspectos apontados nas entrevistas dentre as principais barreiras e se incluem nesta camada do modelo.

6.5 Camada 5: Condições socioeconômicas, culturais e ambientais

A quinta camada representa os macrodeterminantes, isto é, os fatores mais distantes do controle individual, mas que possuem impacto profundo e abrangente na saúde das populações. As condições socioeconômicas, culturais e ambientais determinam o contexto em que todas as outras camadas operam, moldando as oportunidades e recursos disponíveis para os indivíduos e comunidades. Dessa forma, a percepção de saúde que uma sociedade possui é um determinante social. Quando a saúde é vista de forma reativa, ou seja, as pessoas procuram tratamento apenas quando estão doentes, a abordagem de prevenção da PrEP pode não ser compreendida de forma adequada. A falta de educação em saúde preventiva pode ser um fator que determina que as pessoas vejam o medicamento de PrEP como um medicamento para tratar o HIV/Aids, e não se prevenir. Ou ainda, que vejam o medicamento com desconfiança em relação à sua eficácia.

É nessa camada que as políticas públicas eficazes devem estar inseridas para reduzir as desigualdades de acesso e adesão à PrEP entre os jovens. Políticas que incluam a distribuição universal e equitativa de PrEP, campanhas de conscientização e integração dos serviços de saúde pública na oferta da PrEP e na prevenção combinada são fundamentais. A destinação de recursos para programas de prevenção ao HIV/Aids, incluindo programas de PrEP, também se

encontra nesse nível. Aqui, vale destacar a inclusão da categoria de educador par no orçamento do SUS como uma alternativa viável para ampliar a adesão dos jovens à PrEP. Ainda, é fundamental que programas de educação sexual nas escolas sejam retomados e ampliados, a exemplo do Programa Saúde na Escola, implementado em 2007, que vinha sendo descaracterizado nos últimos anos.

Ainda, nesta camada também se encontram aspectos culturais e normas sociais. A forma como a sociedade vê a saúde, ainda de forma assistencial e curativa, impacta sobre o olhar acerca do remédio a partir de uma perspectiva de cura, e não de prevenção. Isso, somado ao estigma ao HIV/Aids, potencializa o medo e rejeição ao uso do medicamento. A desigualdade socioeconômica que afeta diferentemente cada segmento populacional que acessa a PrEP, como renda, dependência financeira, local de moradia periférico e precariedade de meios de transportes públicos podem ser atribuídas a essa camada.

Apesar de existirem barreiras individuais, o estudo de campo sugeriu que os jovens são mais impactados por barreiras localizadas na camada externa ao indivíduo e que fogem ao seu controle ou livre arbítrio. A modificação desse cenário depende de intervenções que considerem todas as camadas do modelo, de forma a ter um olhar holístico para os determinantes sociais de acesso e adesão à PrEP. No nível individual, intervenções personalizadas à faixa etária e à população-chave, que vise a promoção do conhecimento, empoderamento, disseminação de informações sobre prevenção ao HIV para geração de demanda e tomada de escolhas mais conscientes pelos jovens são importantes. No nível social, no entanto, campanhas de conscientização que visem atingir a sociedade que o indivíduo está inserido são fundamentais para garantir o sucesso de ações no nível individual.

De forma estrutural, a reestruturação dos serviços de saúde para estarem preparados para receberem os jovens é crucial para o sucesso da estratégia da PrEP. A abordagem multiprofissional, para além do modelo prescritivo e assistencial biomédico, de forma a reconhecer a experiência de cada paciente de modo singular e o contexto em que vive é crucial. É importante que os profissionais de saúde sejam capacitados e possam apoiar os jovens na porta de entrada dessa forma de prevenção, bem como durante o percurso de uso da PrEP.

7 Considerações finais

Esta pesquisa, centrada na abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde, nos permitiu uma compreensão mais aprofundada da pergunta inicial: *como explicar a persistente incidência de infecção pelo HIV entre jovens brasileiros, considerando as alternativas de prevenção disponibilizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS)?* A partir da análise da literatura disponível, dos relatos dos entrevistados e da identificação das maiores barreiras de acesso e adesão à Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) atribuídas às camadas de Dahlgren e Whitehead, foi possível observar que a simples disponibilização da PrEP pelo SUS não é suficiente. Embora exista oferta atual de PrEP no Brasil, a descontinuidade no seu uso, especialmente entre os mais jovens, impede que os benefícios do medicamento se realizem em sua plenitude.

Portanto, buscamos entender o segundo questionamento da pesquisa: *por que as políticas nacionais de oferta da PrEP ainda enfrentam dificuldades para solucionar os desafios de acesso e adesão dos jovens?* Observamos que o baixo acesso e alta descontinuidade são influenciados por DSS que afetam a população-alvo deste estudo. De forma individual, os principais DSS identificados foram: falta de conhecimento, autonomia e percepção de risco. De forma social, destacam-se o estigma e a discriminação. Estruturalmente, a rigidez dos serviços, o desinteresse na PrEP, a falta de conhecimento somado ao estigma são os principais desafios. Sobretudo, um dos maiores desafios estruturais pode-se considerar a falta de interesse político no tema.

Munidos do contexto histórico dos DSS e sua relação com a história sanitária do Brasil, questionamos *por que, mesmo com o país historicamente reconhecendo a importância dos DSS, ainda é incapaz de resolver os grandes problemas de saúde, como a epidemia de HIV entre os jovens?* Algumas considerações a este respeito podem ser feitas: i) a oferta de PrEP pelo SUS enfrenta limitações práticas e estruturais que restringem a desmedicalização da estratégia; ii) o estigma social permanece arraigado na sociedade; iii) falta de reconhecimento dos DSS na implementação final dos serviços de saúde.

No entanto, ao longo da pesquisa, foi possível extravasar esses questionamentos iniciais e identificar práticas que podem nortear estratégias de adoção da PrEP e redução da descontinuidade, bem como a possibilidades de redução do HIV entre os jovens. Sobretudo, foi possível reconhecer que a PrEP não se configura como a única tecnologia que vai resolver a epidemia de HIV no mundo. A PrEP não é uma estratégia fim em si mesma, mas parte de uma abordagem combinada, com diferentes estratégias de prevenção que proporciona um olhar multiprofissional, centrado na pessoa, sua realidade e práticas sexuais. Uma abordagem que prevê não apenas o acesso à PrEP, mas o autoteste e testagem em massa, a PEP, diferentes tipos de preservativos e cuidados com outras ISTs, gerenciamento de vulnerabilidades, entre outras propostas.

Nesse contexto, um primeiro achado se deu a respeito do potencial pedagógico da PrEP em um ambiente acolhedor e amigável para os jovens. Compreendemos que, ao promover um ambiente amigável e referências acessíveis aos jovens, o serviço de saúde pode despertar o interesse por parte do jovem em manter um cuidado com sua saúde sexual. Ao promover conhecimento e informação de forma simples e acessível, os serviços contribuem para a consciência e empoderamento dos jovens, permitindo que eles se percebam em risco. A escuta ativa e comunicação horizontal por parte dos profissionais de saúde podem desenvolver vínculos com os pacientes, fazendo com que retornem ao serviço quando se sentirem em risco, mesmo que não seja exclusivamente para buscar a profilaxia. Desse modo, os jovens podem ter acesso a um amplo espectro educacional relacionado ao HIV/Aids e suas formas de prevenção ou tratamento, podendo ser encaminhados para serviços especializados sem ficarem desassistidos e serem incluídos na abordagem de prevenção combinada.

Um segundo achado deste estudo foi a respeito da importância da categoria de educador par, que se mostrou um diferencial em projetos de pesquisa e poderia ser escalonado para o SUS aumentando a adesão à PrEP. A promoção de ações de prevenção “de igual para igual”, entre pares, pode contribuir para descentralizar a PrEP dos serviços de saúde e levar a estratégia para outros espaços frequentados pelos jovens, sejam eles físicos ou virtuais. Dessa forma, por meio da disseminação do conhecimento, escuta ativa e comunicação horizontal, pode contribuir para a desmedicalização da estratégia.

Esses dois achados indicam que estratégias baseadas na participação ativa da comunidade, criação de espaços horizontais de diálogo, educação em saúde e na promoção de políticas públicas inclusivas são essenciais para o sucesso da PrEP. Isso remete aos elementos fundantes da saúde pública brasileira que ao longo de sua história enfatizou o reconhecimento de aspectos sociais da saúde e a importância do diálogo com a comunidade para lidar com os desafios. A estratégia de PrEP, além de ser analisada sob a lente dos DSS, promove uma abordagem que reconhece os DSS. Assim, perceber a PrEP sob essa perspectiva clarifica o papel pioneiro do Brasil na abordagem sanitária. Essa abordagem, que ao longo da tradição sanitarista brasileira mostrou-se em momentos mais centrada ou menos centrada nas pessoas, permanece relevante na história da saúde pública nacional.

Além disso, vislumbram-se novas possibilidades de pesquisas futuras. O Relatório “*The Path That Ends AIDS: 2023 UNAIDS Global AIDS Update*” aponta o Cabotegravir Injetável de longa-duração (CAB-LA, na sigla em inglês) como uma grande promessa para aumentar a efetividade da Profilaxia Pré-Exposição e reduzir os casos de HIV (UNAIDS, 2023). É crucial reconhecer oportunidades para estudos que analisam a viabilidade do CAB-LA no SUS, identificando maneiras de resolver as lacunas existentes na disponibilidade de profilaxia. Projetos de pesquisa nesse tema têm um enorme potencial para contribuir para a ampliação do acesso à prevenção. Portanto, convido os leitores a interpretar esta “conclusão” como considerações abertas, pois o tema ainda está em profunda discussão e merece ser mais aprofundado em pesquisas futuras.

8 Referências Bibliográficas

ALBUQUERQUE, M. et al. **A ciência a caminho da roça**. Imagens das expedições científicas do Instituto Oswaldo Cruz ao interior do Brasil (1903-1911). Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz. 1991.

ANDRIANO, T. M., ARNSTEN, J., PATEL, V. Social determinants of health and HIV Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) interest and use among young Black and Latinx sexual minority men. **PloS One**, 17(4), e0267031. 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0267031>>. Acesso em: 22 jun. 2024.

ARAÚJO, A. O.; OLIVEIRA, M. C. Tipos de pesquisa. **Revista Brasileira de Ensino de Ciência e Tecnologia**, v. 3, n. 3, 1997.

BATISTA, R. DOS S. Educação e propaganda sanitárias: desdobramentos da formação de um sanitarista brasileiro na Fundação Rockefeller. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 26, n. 4, p. 1189–1202, out. 2019.

BATISTA, R. DOS S.; SILVA, M. E. L. N. DA .. A atuação de Antônio Luis Cavalcanti e Albuquerque de Barros Barreto na Reforma Sanitária da Bahia (1924-1930). **Revista Brasileira de História**, v. 40, n. 84, p. 313–337, maio 2020.

BENCHIMOL, J. L. (Coord.). **Manguinhos do sonho à vida: a ciência na belle époque**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/Casa de Oswaldo Cruz, 1990.

BENCHIMOL, J. L.. A instituição da microbiologia e a história da saúde pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 265–292, 2000.

BENCHIMOL, J. L.. **Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e revolução pasteuriana no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/Editora UFRJ, 1999, pp. 1-5. ISBN 978-85-7541-316-6.

BERTOLOZZI, M. R. et al.. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. spe2, p. 1326–1330, dez. 2009.

BRANDT, A. How Aids invented global health. **The New England Journal of Medicine**, n. 368, p. 2149-2152, 6 jun, 2013.

BRASIL. Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996 — Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996 — Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. **Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1996**. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19313.htm>. Acesso em: 08/03/2024.

Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, Secretaria de Vigilância em Saúde Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de HIV/Aids 2023**. Disponível em: <<https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2023/hiv-aids/boletim-epidemiologico-hiv-e-aids-2023.pdf/view>>. Acesso em: 10 de jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Fundo Global destaca introdução da PrEP no Brasil** – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <[BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Relatório de Monitoramento de Profilaxias Pré e**](https://antigo.aids.gov.br/pt-br/noticias/fundo-global-destaca-introducao-da-prep-no-brasil#:~:text=%E2%80%9CNa%20qualidade%20de%20primeiro%20pa%C3%A4Ds,lideran%C3%A7a%20na%20regi%C3%A3o%E2%80%9D%2C%20destacou.>>. Acesso em: 22 de jun. 2024.</p>
</div>
<div data-bbox=)

Pós-Exposição ao HIV 2022– Brasília: Ministério da Saúde, 2023. 38 p.: il. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_profilaxias_hiv_prep_2022.pdf>. Acesso em: 22 de jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil registra queda de óbitos por aids, mas doença ainda mata mais pessoas negras do que brancas**. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/novembro/brasil-registra-queda-de-obitos-por-aids-mas-doenca-ainda-mata-mais-pessoas-negras-do-que-brancas#:~:text=Estima%2Dse%20que%2C%20atualmente%2C,350%20mil%20do%20sexo%20feminino.>>. Acesso em: 22 de jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 21, de 25 de maio de 2017. Torna pública a decisão de incorporar o tenofovir associado a entricitabina (TDF/FTC 300/200mg) como profilaxia pré-exposição (PrEP) para populações sob maior risco de adquirir o vírus da imunodeficiência humana (HIV), no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União 2017**. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sctie/2017/prt0021_29_05_2017.html >. Acesso em: 22 de jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde**, 1986. Disponível em: https://dssbr.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/11/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 22 de jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes** – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 60. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0400_M.pdf>. Acesso em: 22 de jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel PrEP**. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/prevencao-combinada/prep-profilaxia-pre-exposicao/painel-prep>>. Acesso em: 22 de jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV** - Brasília : Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_profilaxia_prep.pdf>. Acesso em: 22 de jun. 2024.

BRASIL. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, Secretaria de Vigilância em Saúde Ministério da Saúde. **Prevenção Combinada**. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/prevencao-combinada>>. Acesso em: 10 de jun. 2024.

BRUXVOORT, K. et al. Understanding Barriers and Facilitators of Pre-exposure Prophylaxis (PrEP) Among Transgender and Gender Diverse Adults in an Integrated Health Care System. **AIDS and behavior**, 27(8), 2579–2591. Disponível: <https://doi.org/10.1007/s10461-023-03983-8>>. Acesso em: 22 de jun. 2024.

BUSS, P. M., RIBEIRO, P., GALVÃO, L. A., **Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde: 10 anos de implementação.** Portal DSSBR Fiocruz; 2021. Disponível em: <<https://dssbr.ensp.fiocruz.br/declaracao-politica-do-rio-sobre-determinantes-sociais-da-saude-10-anos-de-implementacao/>>. Acesso em: 22 de jun. 2024.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77–93, jan. 2007.

CARVALHO, A. I. DE. Da Saúde Pública às Políticas Saudáveis — Saúde e Cidadania na Pós-modernidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 1, n. 1, p. 104–121, 1996.

CARVALHO, L. D. DE. Sanear é eugenzar: a eugenia “preventiva” de Belisário Penna a serviço do saneamento do Brasil, 1920-1930. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 29, n. 3, p. 645–660, jul. 2022.

CARVALHO, L. D. DE. Por uma “consciência sanitária” revolucionária: a participação do médico Belisário Penna em outubro de 1930. **Topoi** (Rio de Janeiro), v. 22, n. 48, p. 875–896, set. 2021.

CASTRO SANTOS, L. A.; FARIA, L. **A reforma sanitária no Brasil: ecos da Primeira República.** Bragança Paulista: EDUSF, 2003. 204 p.

CECCON, R.F., et al. **Narrativas em Saúde Coletiva: memória, método e discurso.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2022. (Coleção Temas em Saúde).

COMISSÃO NACIONAL DE DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, Alma-Ata. Declaração de Alma-Ata. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde.** Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 22 de jun. 2024.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1., 1986, Ottawa. Carta de Ottawa. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde.** Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 22 de jun. 2024.

COUTINHO, A. P. A. A autonomia e o respeito pelo ser humano. **Resid Pediatr.** 2016;6(0 Supl.1):21-23 Disponível em: <<https://doi.org/10.25060/residpediatr-2016.v6s1-06>>. Acesso em: 22 de jun. 2024.

CUETO, M, PALMER, S. **Medicina e saúde pública na América Latina: uma história.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2016.

CUETO, M. **Saúde global: uma breve história.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. 2015.

CURY, B. S. M. **Combatendo ratos, mosquitos e pessoas: Oswaldo Cruz e a saúde pública na reforma da capital do Brasil (1902-1904).** Dissertação (Mestrado

em História) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-graduação em História, Rio de Janeiro, 2012.

DEMO, P. **Metodologia do conhecimento científico**. São Paulo: Atlas, 2000.

DOHERTY, R. et al. Association of Race and Other Social Determinants of Health With HIV Pre-Exposure Prophylaxis Use: A County-Level Analysis Using the PrEP-to-Need Ratio. *AIDS education and prevention: official publication of the International Society for AIDS Education*, 34(3), 183–194. 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1521/aeap.2022.34.3.183>>. Acesso em: 22 jun. 2024.

DONNANGELO, M. C. F. A pesquisa na área da saúde coletiva no Brasil: a década de 70. *In*. Buss, Paulo Marchiori. **Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil**; volume 2. s.l, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, abr. 1983. p.19-35.

DOURADO, I. et al.. Interdisciplinarity in HIV prevention research: the experience of the PrEP1519 study protocol among adolescent MSM and TGW in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 39, p. e00143221, 2023.

ECHEVERRÍA-GUEVARA, A. et al.. Travestis, transgender women and young MSM are at high risk for PrEP early loss to follow-up in Rio de Janeiro, Brazil. *Brazilian Journal of Infectious Diseases*, v. 27, n. 1, p. 102733, 2023.

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. **Abertura do ano letivo ENSP 2014 com Jairnilson Paim** - melhores momentos. Youtube, 26 de março de 2014. 9min11s. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=xuUXD0SJJpE>>. Acesso em: 22 de jun. 2024.

SCOREL, S. As bases universitárias. *In*: **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do movimento sanitário [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999, pp. 18-30.

FARIA, L. R. de: A Fundação Rockefeller e os serviços de saúde em São Paulo (1920-30): perspectivas históricas. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, vol.9(3): 561-90, set.-dez. 2002.

GALVÃO, A. L. M. et al.. Determinantes estruturais da saúde, raça, gênero e classe social: uma revisão de escopo. **Saúde e Sociedade**, v. 30, n. 2, p. e200743, 2021.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. *In*: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). **Política de saúde**: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. p. 177-198.

HARRISON, S. E. et al. “Do I want PrEP or do I want a roof?”: Social determinants of health and HIV prevention in the southern United States. **AIDS Care**, 34(11), 1435–1442. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/09540121.2022.2029816>>. Acesso em: 22 jun. 2024.

HOCHMAN, G. **A era do saneamento**: as bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo, Hucitec/Anpocs, 2012.

HOCHMAN, G. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). **Educar em Revista**, n. 25, p. 127–141, jan. 2005.

HOCHMAN, G.; Faria, C. A. P. de (orgs). **Federalismo e Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

HOSEK, S. et al. Preventing HIV among adolescents with oral PrEP: observations and challenges in the United States and South Africa. **Journal of the International AIDS Society**, v. 19, n. 7(Suppl 6), p. 21107, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.7448/IAS.19.7.21107>>. Acesso em: 22 jun. 2024.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **PeNSE - Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9134-pesquisa-nacional-de-saude-do-escolar.html?edicao=17050&t=downloads>>. Acesso em: 22 de jun. 2024.

Índice Contínuo de Avaliação da Saúde Mental (ICASM). **Panorama da Saúde Mental: Ferramenta dinâmica de pesquisa e monitoramento contínuo da saúde mental dos brasileiros**. Instituto Cactus e AtlasIntel. 2023. Disponível em: <<https://panoramasaudemental.org/>>. Acesso em: 22 de jun. 2024.

INSTITUTO BUTANTAN. **Uma epidemia que já dura 40 anos: mutações do HIV dificultam produção de vacina, mas PrEP reduziu em 11% infecções no Brasil**. 2023. Disponível em: <<https://butantan.gov.br/noticias/uma-epidemia-que-ja-dura-40-anos-mutacoes-do-hiv-dificultam-producao-de-vacina-mas-prep-reduziu-em-11-infecoes-no-brasil>>. Acesso em: 22 de jun. de 2024.

KRYKHTINE, F. B. **A criação da UNASUL SAÚDE e do ISAGS e as estratégias de cooperação em saúde na América do Sul: um estudo exploratório**. Dissertação. (Mestrado Profissional em Saúde Global e Diplomacia da Saúde). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), 2014.

LIMA, N. T. 1999. **Um Sertão Chamado Brasil: Intelectuais e Representação Geográfica da Identidade Nacional**. Rio de Janeiro: Revan/IUPERJ-UCAM. 232 pp.

LIMA, N. T. **O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história em três dimensões**. In: FINKELMAN, J. (Org.). Caminhos da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 24-116.

LIMA, N. T.; HOCHMAN, G. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitarista da Primeira República. In: MAIO, Marcos Chor; SANTOS, Ricardo Ventura (org.). **Raça, Ciência e Sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz/CCBB, 1996.

LIMA, N. T.; HOCHMAN, G.. Pouca saúde, muita saúva, os males do Brasil são... Discurso médico-sanitário e interpretação do país. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 313–332, 2000.

LIMA, N. T.; Uma brasileira médica: o Brasil Central na expedição científica de Arthur Neiva e Belisário Penna e na viagem ao Tocantins de Julio Paternostro. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.16, supl.1, jul. 2009, p.229-248.

LÖWY, I. **Vírus, mosquitos e modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política** [online]. Tradução de Irene Ernest Dias. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. 427 p. História e Saúde collection. ISBN 85-7541-062-8.

MAGNO, L. et al. Knowledge and willingness to use pre-exposure prophylaxis among men who have sex with men in Northeastern Brazil. **Global Public Health, Abingdon**, v. 14, n. 8, p. 1098-1111, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/17441692.2019.1571090>>. Acesso em: 22 jun. 2024.

MAGNO, L. et al.. Estigma e discriminação relacionados à identidade de gênero e à vulnerabilidade ao HIV/aids entre mulheres transgênero: revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 4, p. e00112718, 2019.

MAIO, M. C. e SANTOS, R. V. (Org.). **Raça como questão: história, ciência e identidades no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. 316 p.

MAIO, M.C. e SANTOS, R.V., orgs. **Raça, ciência e sociedade** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; CCBB, 1996, 252 p. ISBN: 978-85-7541-517-7.

MANZINI, E. J. A entrevista na pesquisa social. **Didática**, São Paulo, v. 26/27, p. 149-158, 1990/1991.

MARINHO, M. G. S.; MOTA, A.; CAMPOS, C. **Racionalidades em disputa: intervenções da Fundação Rockefeller na ciência, medicina e práticas médicas do Brasil e América Latina**. São Paulo: USP, Faculdade de Medicina : UFABC, Universidade Federal do ABC: CD.G Casa de Soluções e Editora, 2015. p. 35-53.

NAÇÕES UNIDAS. **Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**. Brasil; 2024. Disponível em: <<https://brasil.un.org/pt-br/66851-os-objetivos-de-desenvolvimento-do-mil%C3%A3nio>>. Acesso em: 22 de jun. 2024.

NUNES, E. D. **Sociologia da saúde: história e temas**. In: Campos GWS, Bonfim JRA, Minayo MCS, Ackerman M, Drumond Jr M, Carvalho YM, organizadores. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2012. p. 283-315.

NUNES, E. S. N.. O valor da saúde: história da Organização Pan-Americana da Saúde. **Revista Brasileira de História**, v. 28, n. 56, p. 597–601, 2008.

OPAS. **Brasil inicia implementação da PrEP para prevenir novos casos de HIV entre segmentos populacionais de maior risco** [Internet]. Brasília: OPAS; 2018; Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/noticias/3-1-2018-brasil-inicia-implementacao-da-prep-para-prevenir-novos-casos-hiv-entre-segmentos>>. Acesso em: 22 jun. 2024.

OPAS. **OPAS e UNAIDS destacam o papel fundamental das comunidades para a eliminação da AIDS como um problema de saúde pública** [Internet]. Washington, DC/ Cidade do Panamá. OPAS; 2023; Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/noticias/30-11-2023-opas-e-unaid-destacam-papel-fundamental-das-comunidades-para-eliminacao-da>>. Acesso em: 22 jun. 2024.

Organização Mundial da Saúde (OMS). COMISSÃO PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais: relatório final**. Genebra: OMS, 2010.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)**. 1946. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5733496/mod_resource/content/0/Constitui%C3%A7%C3%A3o%20da%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20da%20Sa%C3%ADe>.

20da%20Sa%C3%BAde%20%28WHO%29%20-%201946%20-%20OMS.pdf>.
Acesso em: 22 de jun. 2024.

Organização Mundial de Saúde (OMS). **Declaração Política do Rio de Janeiro sobre Determinantes Sociais da Saúde**. 2011. Disponível em: <http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_portuguese.pdf>. Acesso em: 22 de jun. 2024.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica** [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p. ISBN 978-85-7541-359-3.

PAIM, J. S., et al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. Rio de Janeiro, 2011. Rio de Janeiro, Fiocruz.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014

PALMER, S. **Gênese da Saúde Global: a Fundação Rockefeller no Caribe e na América Latina**. Tradução de Annabella Blyth. 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015, 421 p. Coleção História e Saúde.

PEARL, J. G. **Tropical Disorders and the Forging of a Brazilian Medical Identity, 1860-1890**. Durham and London: Duke University Press. 1999.

PENA, É. D. et al.. When prevention is the best remedy: HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) among adolescents gays and transgender women in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, p. e00097921, 2023.

PENNA, B. e NEIVA, A. Viagem científica pelo norte da Bahia, sudoeste de Pernambuco, sul do Piauí e de norte a sul de Goiás. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, v. 8, n. 30:74-224. 1916.

PENNA, B. **Saneamento do Brasil: sanear o Brasil é povoal-o; é enriquecel-o; é moralisal-o**. 2ªed. Rio de Janeiro : Typ. Rev. dos Tribunais, 1923.

PEREIRA, A. J.; NICHATA, L. Y. I. A sociedade civil contra a Aids: demandas coletivas e políticas públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3249–3257, jul. 2011.

PEREIRA, M. 1922 [1916]. “O Brasil é ainda um imenso hospital” – Discurso pronunciado pelo professor Miguel Pereira por ocasião do regresso do professor Aloysio de Castro, da República Argentina, em outubro de 1916. **Revista de Medicina**. Vol, VII, no 21:3-7. Centro Acadêmico Oswaldo Cruz-Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo.

PIMENTA, M. C. et al.. Barreiras e facilitadores do acesso de populações vulneráveis à PrEP no Brasil: Estudo ImPrEP Stakeholders. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 1, p. e00290620, 2022.

PORTAL DSSBR FIOCRUZ. **Processo Saúde-Doença**. 2020. Disponível em: <<https://dssbr.ensp.fiocruz.br/glossary/processo-saude-doenca/>>. Acesso em: 22 de jun. 2024.

REMBISCHEVSKI, P.; CALDAS, E.D. Teorias e abordagens da percepção de risco: contexto da saúde humana. **Boletim do Instituto de Saúde**, v. 21, n. 1, p. 47-61, 2020. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/01/1353188/teorias-e-abordagens-47-61.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2024.

RODRIGUES, M. E. **O Processo de Inovação e Desenvolvimento Tecnológico nas Empresas de Software do Estado do Rio de Janeiro**. Tese (Doutorado em Administração) – Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Instituto COPPEAD de Administração, Rio de Janeiro, 2006.

ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social**. Rio de Janeiro: Graal; 1980.

SANTOS, L. A. DE C.; BARBOSA, I. DA C.; GOMES, M. DE L.. Saúde no governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 9, p. 2086–2087, set. 2009.

SANTOS, L. A. dos et al. PrEP perception and experiences of adolescent and young gay and bisexual men: an intersectional analysis. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, p. e00134421, 2023.

SANTOS, R. A. O Plano de Educação Higiênica de Belisário Penna: 1900-1930. **Dynamis**, Granada, v. 32, n. 1, p. 45-68, 2012. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-95362012000100003&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 22 jun. 2024.

SILVA, L. A. V. DA . et al.. Between risk and pleasure: reflections on HIV prevention and care in the current context of PrEP use by men who have sex with men. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, p. e00139221, 2023.

SKIDMORE, T. **Preto no branco: raça e nacionalidade no pensamento brasileiro**. São Paulo: Paz e Terra, 1976.

SOUSA, A. R. DE . et al.. “It was unusual but amazing”: demand creation for PrEP among adolescents’ men who have sex with men (MSM) and transgender women (TGW) in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. e00066423, 2024.

SOUZA, L. E. O que se perde com o fim do Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (ISAGS)? Observatório de Regionalismo. 2019. Disponível em: <<https://observatorio.repri.org/2019/07/02/o-que-se-perde-com-o-fim-do-instituto-sul-americano-de-governo-em-saude-isags/>>. Acesso em: 01 jul. 2024.

STEPAN, N. **A hora da eugenia: raça, gênero e nação na América Latina**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005 [1991], p 165-178.

TANNER, M. R. et al. Preexposure Prophylaxis for Prevention of HIV Acquisition Among Adolescents: Clinical Considerations, 2020. **MMWR Recomm Rep**, v. 69, n. RR-3, p. 1–12, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.rr6903a1>>. Acesso em: 22 jun. 2024.

THOMAZ, M. A Educação e a autonomia do indivíduo: uma síntese com base nos saberes filosóficos de Maria Montessori, Jean Piaget e Immanuel Kant. **Revista Brasileira de Ensino e Aprendizagem**. Volume 9, 2024, p. 156-162. Disponível em: <<https://rebena.emnuvens.com.br/revista/article/view/234/219>>. Acesso em: 22 de jun. 2024.

UNAIDS. **Global HIV & AIDS statistics — Fact sheet.** UNAIDS; 2022. Disponível em: <<https://www.UNAIDS.org/en/resources/fact-sheet>>. Acesso em: 22 de jun. 2024.

UNAIDS. **Guia de Terminologias.** 2017. Disponível em: https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2015/06/WEB_2018_01_18_GuiaTerminologia_UNAIDS.pdf. Acesso em: 22 jun. 2024.

UNAIDS. **Let Communities Lead.** WORLD AIDS DAY REPORT. UNAIDS; 2023. Disponível em: <<https://www.UNAIDS.org/en/resources/documents/2023/world-aids-day-report-let-communities-lead>>. Acesso em: 06 de mar. 2024.

UNAIDS. **New HIV infections data among key populations:** proportions in 2010 and 2022. UNAIDS; 2024. Disponível em: <<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2024/new-hiv-infections-data-among-key-populations-proportions>>. Acesso em: 22 de jun. 2024.

UNAIDS. **Novas diretrizes da OMS sobre o uso de antirretrovirais são passo importante para Acelerar a Resposta ao HIV.** UNAIDS; 2015. Disponível em: <<https://unaid.org.br/2015/10/novas-diretrizes-da-oms-sobre-o-uso-de-antirretrovirais-sao-passo-importante-para-acelerar-a-resposta-ao-hiv-diz-unaid/>>. Acesso em: 22 de jun. 2024.

UNAIDS. **On the Fast-Track to end AIDS by 2030:** Focus on location and population [Internet]. Genebra: UNAIDS; 2015. Disponível em: <<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/FocusLocationPopulation>>. Acesso em: 22 jun. 2024.

UNAIDS. **The Path That Ends AIDS:** 2023 UNAIDS Global AIDS Update. UNAIDS; 2023. Disponível em: <<https://www.UNAIDS.org/en/resources/documents/2023/global-aids-update-2023>>. Acesso em: 11 de fev. 2024.

UNAIDS. **Young People and HIV.** UNAIDS; 2021. Disponível em: <https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/young-people-and-hiv_en.pdf>. Acesso em: 11 de fev. 2024.

UNITED STATES PUBLIC HEALTH SERVICE. Bureau of State Service. **Ten Years of Cooperative Health Programs in Latin America, an Evaluation.** Washington: U.S. Public Health Service, 1953.

ZUCCHI, E. M. et al.. Da evidência à ação: desafios do Sistema Único de Saúde para ofertar a profilaxia pré-exposição sexual (PrEP) ao HIV às pessoas em maior vulnerabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 7, p. e00206617, 2018.

ZUCCHI, E. M. et al.. When Ethics and the Law Collide: A Multicenter Demonstration Cohort Study of Pre-Exposure Prophylaxis Provision to Adolescent Men Who Have Sex With Men and Transgender Women in Brazil. **Journal of Adolescent Health**, Volume 73, Issue 6, Supplement, December 2023, Pages S11-S18. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2023.08.002>>. Acesso em: 22 de jun. 2024.

ZUCCHI, E. M. et al..Acceptability of daily pre-exposure prophylaxis among adolescent men who have sex with men, travestis and transgender women in Brazil:

A qualitative study. **PloS One**. [San Francisco], v. 16, n. 5, p.1-20, may. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249293>>. Acesso em: 22 jun. 2024.

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Determinantes Sociais da Saúde: trajetória histórica do conceito e seu uso para a compreensão das barreiras aos mais jovens no acesso e adesão à Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) no Brasil.

Pesquisadora responsável: Thaiany Medeiros Cury

Orientador: Carlos Frederico de Souza Coelho

Coorientadora: Carolina de Oliveira Salgado

Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada “Determinantes Sociais da Saúde: trajetória histórica do conceito e seu uso para a compreensão das barreiras aos mais jovens no acesso e adesão à Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) no Brasil”, sob a responsabilidade da pesquisadora Thaiany Medeiros Cury, aluna de mestrado profissional do curso de Análise e Gestão de Políticas Internacionais do Instituto de Relações Internacionais da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC/Rio), sob a orientação dos professores Carlos Frederico de Souza Coelho e Carolina de Oliveira Salgado.

Essa pesquisa foi motivada por um interesse da pesquisadora em tentar entender os determinantes do sucesso da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), uma estratégia de prevenção do HIV que se configura como um dos maiores avanços no tema. A PrEP esbarra no paradoxo de viver uma fase de ampliação da disponibilização do medicamento, enquanto persiste um aumento da incidência de HIV entre os mais jovens. O trabalho visa ampliar o conhecimento a respeito dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) no acesso e adesão à PrEP e a discussão de suas limitações.

A metodologia se configura em uma entrevista semiestruturada, com duração máxima de uma hora, que se dará no formato virtual através da plataforma Teams. O critério de escolha das participantes se dá pela atuação em dois projetos que avaliam acesso e adesão à PrEP no Brasil: PrEP1519 e ImPrEP. O teor das perguntas se baseará em informações pessoais, como atuação profissional, tempo de pesquisa desenvolvida, função no projeto e conhecimento baseado na experiência pessoal no campo da prática da pesquisa. A entrevista será gravada para posterior transcrição e armazenamento, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e seus orientadores.

Os benefícios esperados são a contribuição com o pensamento crítico sobre saúde no Brasil, especialmente no que tange ao acesso à saúde pelas populações vulnerabilizadas, e a disponibilização de informações ao final da pesquisa. A previsão de riscos é baixa,

podendo acontecer um desconforto ao ser questionada sobre sua atuação profissional, que será minimizado pela entrevistadora ao agir eticamente mantendo essas informações em sigilo.

Em caso de eventuais dúvidas, você terá direito à assistência que será prestada pela pesquisadora Thaiany Medeiros Cury que estará disponível através do contato telefônico e e-mail a seguir: (21) 98922-**** ; thaiany.cury@gmail.com. Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você. Sua participação não envolverá custos e despesas de qualquer natureza.

O sigilo e a privacidade dos dados – nome, voz, imagem e qualquer outra informação que possa vir te identificar – será garantido. A identificação da participante através de algum desses dados deverá ser expressamente autorizada pela própria participante. Essa identificação poderá ser feita em forma de citação no material escrito da pesquisa, se previamente autorizada por escrito pela participante.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação no estudo, você pode entrar em contato com a Comissão de Ética em Pesquisa da PUC-Rio: Rua Marquês de São Vicente, Nº 225, Edifício Kennedy, 2º andar, Gávea- 22453-900. Rio de Janeiro, RJ. Telefone: (21) 3527-1618. A Comissão de Ética em Pesquisa também é o órgão responsável para dirimir dúvidas relacionadas à ética na pesquisa.

A pesquisa atende todas as especificações da Resolução 510, de 07 de abril de 2016, que dispõe sobre normas aplicáveis à pesquisa em Ciências Humanas e Sociais.

Consentimento:

Eu, [nome da entrevistada], de maneira voluntária, livre e esclarecida, concordo em participar da pesquisa acima identificada.

Estou ciente dos objetivos do estudo, dos procedimentos metodológicos, das garantias de sigilo e confidencialidade, dos riscos e suas formas de contorno, da possibilidade de esclarecimentos permanentes sobre eles.

Fui informada de que se trata de uma pesquisa vinculada ao Programa de Mestrado Profissional de Análise e Gestão de Políticas Internacionais do Instituto de Relações Internacionais da PUC-Rio.

Está claro que minha participação é isenta de despesas e que minha imagem, meu nome e voz não serão publicados sem minha prévia autorização por escrito.

Este Termo foi impresso e/ou enviado em duas vias, das quais uma me foi concedida e ficará em minha posse e a outra será arquivada pela pesquisadora responsável.

A pesquisadora deve garantir que a participante da pesquisa receberá uma via digital ou impressa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinada e rubricado pela pesquisadora.

Data: 23 de maio de 2024

Assinatura da Participante

Assinatura da Pesquisadora
