



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Rebecca Faray Ferreira Lopes

Acesso e vinculação de jovens ao tratamento do HIV/Aids aos serviços de saúde:
potencialidades e barreiras

Rio de Janeiro

2020

Rebecca Faray Ferreira Lopes

Acesso e vinculação de jovens ao tratamento do HIV/Aids aos serviços de saúde:
potencialidades e barreiras

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Determinação dos processos saúde-doença: Produção/Trabalho, Território e Direitos Humanos.

Orientadora: Prof.^a Dra. Marly Marques da Cruz.

Rio de Janeiro

2020

Título do trabalho em inglês: Access and linking young people to HIV/AIDS treatment to health services: potentials and barriers.

O presente trabalho foi realizado com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

L864a Lopes, Rebecca Faray Ferreira.
 Acesso e vinculação de jovens ao tratamento do HIV/Aids aos
 serviços de saúde: potencialidades e barreiras / Rebecca Faray Ferreira
 Lopes. -- 2020.
 71 f. : il. color. ; mapas ; tab.

 Orientadora: Marly Marques da Cruz.
 Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Naci-
 onal de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020.

 1. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. 2. HIV.
 3. Infecções por HIV - terapia. 4. Terapia Antirretroviral de Alta
 Atividade. 5. Adulto Jovem. 6. Acesso aos Serviços de Saúde.
 I. Título.

CDD – 23.ed. – 614.5993

Rebecca Faray Ferreira Lopes

Acesso e vinculação de jovens ao tratamento do HIV/Aids aos serviços de saúde:
potencialidades e barreiras

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Determinação dos processos saúde-doença: Produção/Trabalho, Território e Direitos Humanos.

Aprovada em: 28 de maio de 2020.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Ivia Maksud
Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Fernandes Figueira

Prof.^a Dra. Danielle Ribeiro de Moraes
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Marly Marques da Cruz (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2020

Aos meus pais.

Aos jovens vivendo com HIV/Aids e suas lutas. Meu respeito e solidariedade.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Marly Marques da Cruz, por me acompanhar ao longo de meu processo de formação acadêmica, por acreditar na minha capacidade e todo suporte para a construção desse trabalho.

Agradeço a Ana Paula da Cunha, assistente de orientação, pela disponibilidade e propostas para engrandecer a dissertação.

Aos meus pais, Clautenes e Osmar, por todo amor, força, dedicação e estímulo aos meus estudos. Agradeço por compreenderem e incentivarem minha dura caminhada. Nada seria possível sem vocês que são meu porto seguro e maior combustível para persistir em tudo na vida.

À minha irmã Gabriela que divide comigo os momentos mais importantes desse mundo, por ser minha cúmplice e acreditar no meu potencial.

Aos meus familiares por estarem acompanhando minha trajetória e na torcida pelo meu crescimento pessoal e profissional.

Aos professores que compõem a banca avaliadora de qualificação e de defesa por todas as valiosas contribuições.

Agradeço aos professores que com suas trocas e diálogos nos inquietaram ao longo do mestrado, em especial Rosely Magalhães, Danielle Ribeiro de Moraes e Gil Sevalho.

Às companheiras da área de concentração - Determinação Social dos processos saúde doença - que compartilharam e ainda compartilham de suas angústias, conhecimentos, lanches e dentre outros momentos que tivemos para nos fortalecer. Agradeço a cada uma pela amizade que construímos.

Às minhas amigas e amigos da vida que acompanharam o processo de escrita dessa dissertação. Agradeço o afeto, carinho e por compreenderem minha ausência em determinados momentos.

Ao CNPQ por financiar esta pesquisa e contribuir para finalizar minha formação do mestrado.

Eu vou à luta é com essa juventude
Que não corre da raia a troco de nada
Eu vou no bloco dessa mocidade
Que não tá na saudade e constrói a manhã desejada.
GONZAGUINHA, 1980, p.5.

RESUMO

Este estudo objetivou abordar o acesso e vínculo de jovens ao tratamento de HIV/Aids compreendendo suas potencialidades e barreiras. Sua metodologia foi desenvolvida em etapas qualitativa, com revisão narrativa de literatura nacional e internacional, por um período de uma década utilizando-se da técnica de coleta de estudos em bases de acesso público: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e do sistema Scopus acessada na instituição de ensino. Para a revisão os descritores adotados foram acesso, serviços de saúde, acolhimento, retenção, vinculação, jovem, adolescente, cuidado, tratamento, HIV, SIDA e Aids e termos correlatos em inglês. A outra etapa descritiva para o município do Rio de Janeiro utilizou dados secundários de dois sistemas de informações: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e Sinan online. Os resultados encontrados evidenciaram que as abordagens e condições acerca do acesso e vinculação apresentam proximidade. No Brasil, encontra-se a terminologia acolhimento, enquanto nos estudos internacionais a discussão se apoia no “linkage to care”. As barreiras de acesso e vinculação apresentadas apontam para o estigma, falta de organização do serviço, vulnerabilidades existentes entre a população jovem. As facilidades e potencialidades revelam que estratégias apontam para disponibilidade de informações, espaços inclusivos para população jovem no serviço, diálogo e descentralização do atendimento e tratamento. Os resultados da caracterização no município indicam o oposto. O município direciona os jovens à hospitalização e a acessibilidade geográfica configura uma barreira para os jovens, pois fazem grandes deslocamentos para conseguir acesso ao tratamento e atendimento para o HIV/Aids. Conclui-se que o estudo demonstrou que a população jovem consegue acessar e vincular aos serviços de saúde com ações baseadas na ampla dimensão do acesso e vinculação à atenção à saúde pautada e para enfrentar as barreiras existentes, intervenções intersetoriais devem ser propostas para ampliar a capacidade de diagnóstico e tratamento no sistema considerando suas singularidades.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde. Juventude. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; HIV.

ABSTRACT

This study aimed to address the access and link of young people to the treatment of HIV/Aids, understanding their potential and barriers. Its methodology was developed in qualitative stages, with narrative review of national and international literature, for a period of a decade using the technique of collecting studies on public access bases: Virtual Health Library (VHL) and the Scopus system accessed in the educational institution. For the review, the descriptors adopted were access, health services, reception, retention, attachment, youth, adolescent, care, treatment, HIV, AIDS and AIDS and related terms in English. The other descriptive stage for the municipality of Rio de Janeiro used secondary data from two information systems: Ambulatory Information System (SIA) and Sinan online. The results found showed that the approaches and conditions regarding access and linking are close. In Brazil, the terminology is embraced, while in international studies the discussion is based on linkage to care. The barriers of access and linkage presented point to stigma, lack of organization of the service, vulnerabilities existing among the young population. The facilities and potential reveal that strategies point to the availability of information, inclusive spaces for young people in the service, dialogue and decentralization of care and treatment. The results of the characterization in the municipality indicate the opposite. The municipality directs young people to hospitalization and geographical accessibility constitutes a barrier for young people, as they make great trips to get access to treatment and care for HIV / AIDS. It is concluded that the study demonstrated that the young population is able to access and link to health services with actions based on the broad dimension of access and link to guided health care and to face existing barriers, intersectoral interventions must be proposed to expand the capacity of diagnosis and treatment in the system considering its singularities.

Keywords: access to health services; Youth; Acquired Immunodeficiency Syndrome; HIV.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Marco conceitual para o acesso aos serviços de saúde.....	27
Figura 2 -	Rio de Janeiro – unidades de tratamento de HIV/Aids – 2008 a 2018.....	55
Quadro 1-	Listagem de seleção das publicações.....	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Unidades de atendimentos de jovens para tratamento de HIV/Aids no município do Rio de Janeiro.....	52
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIA	Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CDC	Centro de Controle de Doenças
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GAPA-SP	Grupo de Apoio a Prevenção à Aids São Paulo
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSH	Homens que fazem sexo com homens
IEC	Instituto Evandro Chagas
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização das Nações Unidas
ONG	Organizações Não Governamentais
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
PNH	Política Nacional de Humanização
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição
RD	Redução de Danos
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
UDI	Usuários de Drogas Injetáveis
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	19
2.1	A EPIDEMIA DO HIV/AIDS E SUAS MULTIFACETAS	19
2.2	JUVENTUDE E VULNERABILIDADES AO HIV/AIDS.....	22
2.3	ACESSO E VINCULAÇÃO AO TRATAMENTO DE HIV/AIDS PARA JOVENS.....	26
3	OBJETIVO	34
3.1	OBJETIVO GERAL.....	34
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	34
4	METODOLOGIA	35
4.1	PERCURSO METODOLÓGICO.....	35
4.2	LEVANTAMENTO E SELEÇÃO DOS MATERIAIS.....	37
4.3	SEGUNDA ETAPA DO ESTUDO.....	38
4.4	ANÁLISE DOS DADOS.....	40
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
5.1	ACESSO E VINCULAÇÃO AO TRATAMENTO DE HIV/AIDS DOS JOVENS.....	41
5.2	BARREIRAS DE ACESSO E VÍNCULO AO TRATAMENTO DO HIV/AIDS DOS JOVENS.....	45
5.3	FACILITADORES E POTENCIALIDADES DO ACESSO E VINCULAÇÃO DE JOVENS AO TRATAMENTO DE HIV/AIDS.....	47
5.4	CARACTERIZAÇÃO DO ACESSO E VÍNCULO DOS JOVENS AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO HIV/AIDS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.....	50
6	CONCLUSÃO	58
7	REFERÊNCIAS	60
	ANEXO I – QUADRO 1: LISTAGEM DE SELEÇÃO DAS PUBLICAÇÕES.....	66

APRESENTAÇÃO

Acredito ser válido explicitar o que me motiva e as inquietações que me fizeram escolher trabalhar e defender a temática da juventude e o HIV/Aids, pois faz parte do entendimento sobre o meu lugar de fala, das experiências pessoais e acadêmicas adquiridas até o presente momento. Apresentar partes dessa minha trajetória faz parte do desafio de construção desta dissertação de mestrado e do momento político de que o Brasil está passando. Um momento angustiante e que vamos precisar unir forças.

Por meio da música desenvolvi o ponto de partida do meu “pensar” sobre a juventude. Desde o hino à juventude de Belchior, da iniciação musical juvenil da Escola de Música da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), dos estudos nos livros de música a partir dos sete anos de idade “*Princípios básicos da música para a juventude*”, dentre outros momentos proporcionados pela escuta, os incontáveis tipos de sons e partituras almejando ser a maestrina da família. Estar envolvida neste meio, diferente de colegas, amigos da mesma idade que não tinham condições ou perspectiva de mudança de vida pela arte, fez-me compreender com o decorrer do tempo o quanto as narrativas da juventude se diferenciam entre si.

Os problemas musculares distanciaram-me da dedicação à música e a qualquer forma de expressão artística. Com o tempo e na oportunidade de ser aprovada em uma universidade pública procurei o curso que mais se aproximava desses questionamentos e inquietações adquiridas até aquele momento em relação à juventude, da produção das diferenças, somado às inquietações acerca dos “riscos”, socialmente construídos, na etapa da juventude. Primeiramente, fui aprovada no curso de nutrição e desisti por não me identificar com a carreira e assim “encontrei” a graduação em Saúde Coletiva no Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ).

Durante e depois da graduação, algumas experiências moldaram meu percurso até chegar aqui por meio de estágios e em participações em projetos. Foram vivências que trouxeram inquietações e possibilidades de aprofundamento acerca do aumento do HIV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) entre os jovens. Tais experiências impulsionaram-me a aprofundar os estudos e problematizar as razões de tantas barreiras para discussão destes temas em muitos espaços, tanto na academia quanto fora dela.

Neste breve percurso de transformação em uma profissional de saúde acredito

que essas experiências me ajudaram a tecer um modo particular de pensar sobre o cuidar. Cuidar do corpo, dos relacionamentos, do adoecer, da saúde, mas também, o cuidado com a saúde, o corpo, o adoecer, a diferença e experiência dos jovens. Isso implica na forma em que almejo que o cuidado seja tanto afeto quando prática, ato de existir e resistir democraticamente. As doenças podem até ser democráticas, mas o acesso aos serviços de saúde, não tem sido. A saúde baseada em evidências restringe ao caráter biomédico e limita a potencialidade do acesso universal ao tratamento à toda população. Essas diferenças de acesso refletem na atenção aos jovens, em particular aqueles negros mais pobres.

Ainda há polarização, defesa de saberes acerca da nomenclatura e significado de saúde pública e saúde coletiva. Acredito que durante o processo da “constituição” da Saúde Coletiva, novos atores em cena e novos contextos configuraram o rompimento, uma ruptura com a forma de se fazer saúde antes posta, mesmo que não se configure necessariamente a ruptura como abandono da história da saúde pública e sim, de repensar a forma de fazer saúde, considerando outros campos, sobretudo o coletivo, social.

Durante o processo da saúde coletiva houve novos atores em cena e novos contextos configurando em rompimento com a forma anterior. Um projeto que une o campo e que ao mesmo tempo o transborda. Cabe aqui a noção de campo de Bourdieu em que o campo constitui-se por relações de força. Admito que a Saúde Coletiva tenha essas correlações de forças, mas a produção do pensamento exige um pensar relacional. Propor novos modos de pensamento crítico, de novos saberes no campo de prática exige desse campo o olhar coletivo sobre a população e sobre o Sistema único de Saúde (SUS).

Advinda da abertura social reflito se poderia ser reconhecido que o movimento da luta de enfrentamento da Aids e a Reforma Sanitária impulsionaram a universalidade do SUS. Acredito que a Saúde Coletiva propõe novos modos de pensamento crítico, novos saberes e no campo de prática exige desse campo o olhar coletivo sobre a população e sobre o Sistema único de Saúde (SUS). Advinda da abertura social reflito se poderia ser reconhecido que o movimento da luta de enfrentamento da Aids e a Reforma Sanitária impulsionaram a universalidade do SUS e sendo assim, o papel da academia também pode ser de crítica ao propor novas ferramentas e formas de ver para o serviço de saúde.

O papel da academia também pode ser de crítica ao propor novas ferramentas e formas de ver para o serviço de saúde. A academia pode ser crítica ao neoliberalismo, ao

movimento de saúde que não a pensa de forma ampla. Podemos ser agente de transformação de uma nova saúde que queremos e de resistência. Em 2018, primeiro ano do mestrado teve eleições presidenciais e o candidato eleito responde da seguinte forma aos que o solicitaram a defesa do acesso ao tratamento do HIV/Aids: “Isso não é problema meu. O tratamento não será pago com meu dinheiro”.

Nesse processo de reconhecimento da minha identidade profissional de Sanitarista, assumo o compromisso de escrever este trabalho e acreditar ser uma das formas de resistência que encontro no contexto brasileiro atual. Escrever sobre juventude e o HIV/Aids neste momento, torna esta dissertação um ato político. “Viva a vida”! Marielle, presente!

A dissertação foi organizada do seguinte modo: o capítulo I apresenta a fundamentação, iniciando com o histórico do HIV/Aids no mundo e no Brasil; o entrelaçamento da juventude contemporânea e a relação entre vulnerabilidade e os marcadores sociais; e os conceitos de acesso e vínculo. No segundo capítulo os objetivos gerais e específicos utilizados no estudo. No terceiro o percurso metodológico, etapas de seleção dos estudos, análise dos dados. O quarto capítulo apresenta os resultados. Por fim, o quinto capítulo as considerações finais elencadas na pesquisa.

1 INTRODUÇÃO

Os dados mais recentes divulgados sobre HIV/Aids apontam, no cenário internacional, a existência de 37,9 milhões de pessoas vivendo com HIV e de 23,3 milhões com acesso ao tratamento. Os dados quando analisados em sua totalidade, apresentam certa estabilidade de novas infecções na população de forma geral. Embora haja essa estabilidade na população, a Organização Mundial de Saúde (OMS) apresenta o quantitativo de dez milhões de jovens na faixa etária dos 15 a 25 anos com HIV. A cada ano esse quantitativo aumenta, na maior parte do continente africano, seguido dos países do Sudeste Asiático e das Américas (WHO, 2019).

Na África Subsaariana, as mulheres jovens representam 44% das novas infecções por HIV. Em relação aos homens jovens, no mundo, menos de 50% conhecem formas de proteção contra o vírus, além do seu status sorológico (WHO, 2018; UNAIDS, 2018). Enquanto nos Estados Unidos, o Centro de Controle de Doenças (CDC) registrou em 2016, último levantamento, 21% das novas infecções por HIV na população jovem de 13 a 24 anos, porém 87% dos acessos ao diagnóstico ocorreram nas idades de 20 a 24 anos.

No Brasil, o último boletim epidemiológico, indica entre os anos de 2008 a 2018 o aumento do HIV na população jovem, principalmente entre os homens jovens de 15 a 24 e 25 a 29 anos. Os casos notificados de HIV em 2018 são maiores entre homens jovens homossexuais, bissexuais e homens que fazem sexo com homens (HSH) seguido de mulheres jovens heterossexuais. Houve aumento das notificações de mulheres jovens gestantes, sem ensino fundamental completo, de cor autodeclarada parda. Essas mulheres jovens de 20 a 24 anos representam 28,9% de infecções pelo HIV. Os casos de HIV dos 15 aos 24 anos e 24 aos 29 anos são maiores entre todas as outras faixas etárias, apresentando 17,7% e 18,9%, respectivamente (BRASIL, 2019).

No que se refere à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), os dados alertam para o aumento dos casos notificados nos últimos anos, também, na população jovem nas mesmas categorias. Em 2008, de 15 a 19 anos havia 3,7%, de 20 a 24 anos 18,4% e de 25 a 29 anos 41,2% casos de Aids. Dez anos depois, em 2018, a faixa etária de 15 a 19 anos apresentou 6,0%, de 20 a 24 anos 35,8% e de 25 a 29 anos 50,9% esta última foi o maior aumento de todas as faixas etárias. Nas Unidades da Federação, nove capitais apresentam taxa de Aids em gestantes superior a média nacional, dentre elas o Rio de Janeiro. O município possui particularidades, pois ora apresenta declínio de número de casos, ora apresenta crescimento (BRASIL, 2019).

Tratando-se de Brasil, um país que desde 1996 disponibilizou o tratamento gratuito e universal do HIV/Aids pela lei 9.313/96 para pessoas diagnosticadas, os dados indicados são preocupantes e requer atenção. A universalidade do acesso ao tratamento do HIV/Aids no Brasil conferida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) já foi considerada um modelo para o mundo tendo o então Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, atual Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, uma atuação diferenciada para a implementação da política de enfrentamento do HIV/Aids e outras IST muito em razão da mobilização e engajamento das Organizações Não Governamentais (ONG), como o Grupo de Apoio à Prevenção da Aids (GAPA-SP) e a Associação Interdisciplinar de Aids (ABIA). Cabe ainda ressaltar que os princípios da integralidade e universalidade do SUS influenciaram na resposta brasileira a epidemia (BARROS e SILVA, 2017).

De acordo com a visão de Malta e Bastos (2008) para o combate à epidemia de HIV/Aids ser bem-sucedido, não basta somente os medicamentos, pois ainda há limitações no tratamento dos usuários, visto que os usuários podem apresentar efeitos colaterais, podendo influenciar na continuidade do tratamento, a saber: náuseas, vômitos, doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças renais, entre outros. Deve-se englobar o estímulo e melhores estratégias de acesso ao tratamento com profissionais mais capacitados, treinados junto a melhorias na infraestrutura dos serviços. Esses pontos nem sempre condiz com o usuário de forma a permitir a continuidade do tratamento o que influencia para se alcançar o acesso e vinculação.

Outras questões concernentes ao tratamento nos serviços são aquelas quando podem apresentar falhas que podem afastar e desorientar os usuários. Especialmente os jovens, tornando perceptível a necessidade de realizar melhores estratégias e abordagens para abarcar as especificidades desse segmento da população, pois estes podem ter vulnerabilidades diferentes entre si (TAQUETTE, RODRIGUES e BORTOLOTTI, 2015).

Nos últimos anos houve boas perspectivas com a implementação da Profilaxia Pré-Exposição Sexual (PREP), dois medicamentos antirretrovirais que precedem práticas sexuais e a Profilaxia Pós-exposição (PEP) ou como os autores Richard Parker e João Biehl chamam de “balas mágicas”. O sentido dessa afirmação consiste em que com tais tecnologias biomédicas, aparentemente, tudo está resolvido no que se refere ao HIV/Aids. Já que não há recursos para acabar com pobreza, opressões, dentre outros problemas, as ferramentas biomédicas são implementadas para controlar a epidemia. São estratégias elaboradas para mover a atenção fora das questões de vulnerabilidade e ir para dentro do espaço clínico onde

a biomedicina pode resolver sem preocupação as complexidades da vida real numa sociedade desigual (FERRARI, 2018; ZUCCHI et al,2018; PARKER, 2019).

Uma das peças-chaves na resposta da epidemia na atualidade, também, foi a cascata de cuidado contínuo recém importado para o Brasil. O Ministério da Saúde, em 2018, lançou informações detalhadas sobre acesso, vinculação e adesão ao tratamento. Essas três categorias tornam o cuidado e a atenção contínua ao usuário através de cinco momentos: diagnóstico oportuno; vinculação do indivíduo HIV positivo a um serviço de saúde; retenção que significa acompanhamento e realização dos exames regulares; início da terapia antirretroviral (TARV) e sua promoção para uma boa adesão ao tratamento, a fim de alcançar os objetivos finais do cuidado e supressão da carga viral e o alcance de uma qualidade de vida comparável à das pessoas que não possuem o HIV. Todos esses momentos conformam a cascata de cuidado contínuo do HIV (BRASI,2018).

A cascata do cuidado contínuo para o HIV/Aids é uma forma de demonstrar a sequência de eventos para os usuários e verificar os *gaps* de acesso do diagnóstico ao tratamento. São passos sequenciais do usuário do início quando houve a infecção até obterem a supressão da carga viral, o que torna um desafio para os serviços e sistema de saúde ao se considerar os diferentes determinantes que vão interferir para esse alcance. Mesmo com as terapias de alta potência disponibilizadas, há barreiras no acesso seja por diagnóstico tardio ou devido ao abandono ao tratamento, dificultando a integração do usuário ao serviço de saúde (GOLEGÃ, 2017; BRASIL, 2018).

No contexto atual é expressivo o aumento de HIV entre os jovens, pois apesar de uma política avançada de acesso universal ao tratamento no Brasil, essa população está em voga com os maiores casos de HIV/Aids no país (ALEIXO, GRAÇA e GREDELLE, 2019). Com essa problemática apresentada é necessário aprofundamento tanto de gestores de saúde, quanto das políticas públicas na abordagem do acesso e da vinculação que a população jovem necessita para a garantia do diagnóstico e tratamento do HIV/Aids.

O acesso, a vinculação e a retenção dos jovens ao serviço de saúde são de suma importância para que os jovens consigam ter diagnóstico e tratamento precoce do HIV. A falta de conhecimento do status sorológico, acesso ao tratamento de HIV tardio e as precárias informações sobre proteção contra o vírus direcionada aos jovens, dificulta ou até impede uma forma mais efetiva de enfrentamento da expansão da epidemia do HIV/Aids nesse ciclo da vida.

Portanto, os pontos levantados remetem à qualidade do acesso aos serviços de jovens, por não ser satisfatória para a vinculação deste seguimento e não contribuir na diminuição do

HIV, do estigma, da discriminação e do abandono ao tratamento deste grupo. O estudo levantará aspectos para entrar na agenda de prioridades para melhorias no atendimento e cuidado do HIV/Aids entre os jovens.

Sendo assim, a questão de pesquisa que se buscará responder é: Como está sendo analisado a abordagem do acesso e vínculo de jovens ao tratamento de HIV/Aids na literatura nacional e internacional na última década, considerando as potencialidades e barreiras na atenção no município do Rio de Janeiro?

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A EPIDEMIA DO HIV/AIDS E SUAS MULTIFACETAS

No início da epidemia de Aids em 1981, nos Estados Unidos, os principais casos identificados eram de adultos jovens, homossexuais na localidade de São Francisco que apresentavam características comuns entre eles e em relação a Aids. O Sarcoma de Kaposi, sistema imunológico comprometido e pneumonia (*pneumocystis carinii*) eram os principais sintomas apresentados nos pacientes, a princípio, na maioria homossexuais e por isso, a Aids tornou-se conhecida como “câncer gay”. Havia, também, a atribuição de uma terminologia às pessoas que apresentavam o vírus da Aids que a intitulavam como a doença dos 5H: homossexuais, haitianos, hemofílicos, heroinômanos e “hookers” (profissionais do sexo) (BASTOS, 2006).

Os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), nos Estados Unidos da América, notificaram os primeiros casos e, por meio do surgimento da Aids, suscitou-se tanto no meio científico quanto no bojo dos movimentos sociais, a busca por reivindicações que vislumbrassem mudanças em outros campos que não fosse somente o campo da saúde, devido ao estigma, preconceitos que estavam envolvidos na epidemia (GRECO, 2016; PINTO et al, 2007).

De acordo com Greco (2008) a epidemia mobilizou grupos, intelectuais, médicos e sua tecnicidade, profissionais ligados a comunidade gay nos Estados Unidos, para reivindicar pesquisas, medicamentos, o acesso a informação e ao tratamento. Por meio do envolvimento da sociedade civil, pessoas infectadas pelo HIV/Aids participaram de congressos e comissões do governo. Concomitantemente, esse contexto internacional é marcado por acontecimentos marcantes na história como a queda do muro de Berlin, fim da URSS, crise econômica internacional somada ao conservadorismo e neoliberalismo advindos dos governos de Margareth Thatcher na Inglaterra e Ronald Reagan nos Estados Unidos que para o cenário nacional significava o esvaziamento de responsabilidade do Estado na formulação de políticas públicas, mas teve efeito oposto no Brasil, no que se refere a resposta ao HIV/Aids (BASTOS, 2006).

No Brasil, os casos de Aids no início da epidemia também ocorreram nos anos 1980, período em que o país estava passando pelo processo de redemocratização, embora com a presença do neoliberalismo no país (BIEHL, 2011). Os primeiros casos são datados de 1982 entre jovens, gays, hemofílicos e usuários de drogas injetáveis, de modo que estes foram os mais atingidos no início da epidemia. A morte de pessoas influentes impactou a sociedade

brasileira como Cazuzu, Renato Russo, dentre outros que foram personalidades marcantes na juventude brasileira. Em 1982 foram notificados 10 casos e em 1992 foram notificados 13.258 casos de Aids no país, que da mesma forma como em outros países, a epidemia, também foi marcada por estigmatização, preconceito, discriminação, forte pânico moral presente no convívio diário e nos noticiários, e, por fim a de violação de direitos humanos das pessoas que tinham HIV/Aids (GALVÃO, 2000).

O município de Santos no estado de São Paulo, maior cidade portuária da América Latina e caracterizado por encontros e trocas de todas as ordens, o que a configurou como um ponto estratégico do tráfico internacional de drogas, ficou conhecido como “Capital da Aids”. Uma porcentagem de 51% das transmissões se relacionavam ao compartilhamento de agulhas no uso de drogas injetáveis e ações foram implementadas no município para controlar a epidemia, sobretudo, entre usuários de drogas injetáveis (UDI), profissionais do sexo e gays. Santos, nessa época, estava com uma gestão municipal promissora, progressista para implementar políticas públicas e o SUS (LANCETTI, 2006; PASSOS e SOUZA, 2011; MACHADO e BOARINI, 2013).

Em 1994, 25% dos casos de HIV/Aids estavam relacionados ao uso indevido de drogas injetáveis em todo Brasil. Essa realidade epidemiológica impulsionava a Política de Redução de Danos (RD¹) a se tornar uma Política Pública Nacional. Santos, também, foi o primeiro município em reverter o quadro epidemiológico de contágio de HIV/Aids (LANCETTI, 2006; PASSOS e SOUZA, 2011; MACHADO e BOARINI, 2013; PASSOS e SOUZA, 2011). De fato uma Política que significou um diferencial para a redução do HIV/Aids, neste e em outros municípios do país.

Movimentos sociais, ativistas e ONG pressionavam e, assim, impulsionaram respostas à epidemia no Brasil. Na perspectiva de Biehl (2011), “*O Brasil é realmente conhecido por uma terrível desigualdade social e problemas crônicos de crescimento. Ainda assim, contra todas as chances, o Brasil inventou uma maneira pública de tratar a Aids*” (p.260). Destaca-se assim o grande debate no contexto acadêmico das ações de prevenção biomédica, que dataram de 1996 por meio do acesso universal ao tratamento (terapia antirretrovirais). Com a

¹ Na década de 1980 na Holanda, uma política chamada de Redução de Danos (RD) surge a partir do movimento social e político de usuários de drogas, como junkiebond. Esse movimento tinha como demanda melhores condições de vida e saúde. Caracteriza-se como um conjunto de políticas, valores e práticas de cuidado que visam minimizar os agravos que decorrem do uso abusivo de drogas lícitas ou ilícitas, sejam eles biológicos, sociais, econômicos ou culturais sem exigência de abstinência e que constitui-se ao longo dos anos como estratégia de produção de saúde alternativa a lógica proibicionista, punitiva e criminalizadora incluindo a diversidades de demandas ampliando a oferta em saúde para usuários de drogas (LANCETTI, 2006; MACHADO e BOARINI, 2013; PASSOS e SOUZA, 2011).

epidemia se inaugura medidas políticas e em 1996 por meio da lei nº 9.131 o tratamento do HIV/Aids passou a ser disponibilizado gratuita e universalmente pelo recém instituído SUS, através de serviços de atendimento especializado (SAE), ações de assistência, prevenção e tratamento, fornecimento de terapia antirretroviral (TARV), aconselhamento e testagem, entre outras ações (BRASIL,2012; MALTA e BASTOS, 2008).

Para Brito, Castillho e Szwarcwald (2000) a epidemia de HIV/Aids no Brasil tem caráter multifacetado, constituindo-se por ser um fenômeno global, dinâmico e de dimensões múltiplas. De certo que o conhecimento sobre os grupos mais afetados pelo HIV/Aids também está muito relacionado ao processo de notificação e investigação dos casos ao longo da história da epidemia, o que proporciona, em alguns momentos, maior evidencia para uns e não para outros, contribuindo muito para a discriminação ou maior necessidade de cuidado em relação a estes.

Nos anos 2000 a epidemia atingia mais as mulheres a partir dos 20 anos (feminização do HIV/Aids), heterossexuais e a população do interior, ou seja, não mais nos centros urbanos. Como decorrência da feminização do HIV/AIDS, houve aumento da transmissão vertical do HIV (transmissão da mãe infectada pelo HIV durante a gravidez, parto ou por aleitamento materno) e, assim, de óbitos dessas mulheres que tornou seus filhos conhecidos como os órfãos da Aids. A população jovem nos anos 2000 decresceu no número de casos chegando a ter seu perfil estabilizado de infecção pelo HIV/AIDS (BRITO, CASTILHO e SZWARCOWALD, 2000).

A partir de 2010, verificou-se na divulgação do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (MS) o aumento do HIV/Aids na população jovem brasileira de formas diferentes de exposição ao vírus, conferindo uma nova dinâmica à epidemia e de vulnerabilidades na sua quase quarta década. Algumas associações são feitas na busca por explicações da transição do perfil epidemiológico da epidemia para a população jovem. Ao caracterizar os jovens, verifica-se que apresentam classe social mais baixa, porém a forma de exposição “Ignorada” é de 25,3% um dado considerável que expõe uma lacuna, seja em relação ao diagnóstico, seja em relação à resposta social da atual conformação da epidemia nesse grupo (TAQUETTE, 2011).

Nos dias atuais lidar com a epidemia ainda configura um grande desafio para os profissionais de saúde em diferentes países, principalmente naqueles em desenvolvimento. No Brasil um dos grandes desafios tem sido as infecções pelo HIV/Aids em jovens de 15 a 24 anos de idade nascidos pós Era da Aids (uma síndrome vinculada à morte) (MALTA e BASTOS, 2008).

O atual cenário frente à epidemia é ameaçador e desfavorável à população brasileira, em particular para os jovens. Há muitas violações de direitos e os mais afetados são os grupos sociais mais vulneráveis, como os homens que fazem sexo com homens, os usuários de drogas, as trabalhadoras do sexo mais jovens. De fato, a queda no uso do preservativo na população jovem vem sendo algo preocupante, contudo há complexidades. Da forma como vem se configurando e abordado na atualidade, na atuação dos profissionais, na assistência e formulação de políticas públicas, outros fatores relevantes devem ser apontados (RODRIGUES et al, 2016).

2.2 JUVENTUDE E VULNERABILIDADES AO HIV/AIDS

A juventude, uma categoria social ampla, plural, constitui um tema de grande debate pelas diferentes compreensões acerca da interpretação do próprio conceito e de sua repercussão na sociedade (MONTEIRO, 2002). É conformada por um período da vida que propicia aos estudiosos amplas reflexões e por isso há contextos e aspectos a se considerar para caracterizar os jovens, as singularidades em relação ao HIV/Aids e as formas pela qual adquiriram o vírus.

Por outro lado, primeiramente, é necessário explicitar que os conceitos de adolescência e juventude são usados como sinônimos, mas possuem contextos particulares. Usualmente a adolescência vem sendo tratada como uma etapa da vida marcada por mudanças de diferentes ordens. Podem ser mudanças de ordem psicossocial, físicas/corporais e a mais demarcada dentre elas, as mudanças hormonais, fisiológicas. Esta última é considerada o início da etapa da vida intermediária devido ao foco dado a puberdade, ocorrida em um período etário e transitório para a vida adulta (LEVANDOWSKY et al, 2016).

A juventude, para Bourdieu (1983), é apenas uma palavra. Não há como ser igual para todos os jovens devido à classe e ao poder, pois a idade não pode ser um parâmetro para estipular quem pode ser considerado jovem ou não. A idade seria um atributo manipulável e, portanto, tratar os jovens como uma única unidade social definido pela idade é uma manipulação e abuso de linguagem por utilizar o mesmo conceito para caracterizar pessoas como iguais.

Para Abramovay e Castro (2015), conceituar a juventude exige um esforço de compreender a complexidade em torno dessa definição, principalmente em se tratando do contexto brasileiro. Muitos a distinguem por considerarem as gerações, pois cada uma difere

da outra e assim haveria jovens de uma geração diferente de outra (geração).

A juventude abarca, não somente uma única, mas sim juventudes estabelecidas por meio de fatores intervenientes da sociedade como a desigualdade e diversidade. Há variações de acordo com as diferentes realidades, as formas como são vistas e interpretadas, sejam na criação de estereótipos, discriminações em relação ao gênero, raça, grupo, entre outros (ABRAMOVAY e CASTRO, 2015).

De acordo com Cunha (2012), a juventude e o HIV/Aids são os novos personagens e novas categorias de análise na sociedade. Resultam da política de Aids no país e por isso importa conhecer a história, contexto nacional e internacional do HIV/AIDS por existir um antes e depois, que configura esses novos personagens: os jovens vivendo com HIV/Aids. Esses personagens estão inseridos em contextos de terapias disponíveis para controle da doença, mas carregam a marca histórica da epidemia de antes e para diminuí-la devem se apresentar como um soropositivo com dever de cuidar de sua saúde, ser feliz e capaz de cuidar dos outros para não transmitir o HIV.

Para analisar a juventude em relação ao HIV/Aids as vulnerabilidades existentes devem ser elencadas. São reflexos de contextos que estes jovens estão envolvidos e resultam de várias questões culturais, sociais ou coletivas, não somente individuais, destacando-se que a susceptibilidade de exposição ao HIV/Aids é dependente dessa conjuntura e dos recursos disponíveis.

Segundo Mann (1993) existem diversos fatores que levam a população ser mais vulnerável à infecção do HIV/Aids. Sua noção em caráter individual, social e programática ampliam sua abordagem e a forma de enfrentar a epidemia. De acordo com Ayres et al (2003) compreende-se a juventude como um momento de transitoriedade propício a situações de vulnerabilidades em que o indivíduo ficará suscetível a certos riscos, epidemias, condições adversas, afetando assim a qualidade de suas vidas.

O conceito de vulnerabilidade, para Sevalho (2017), remete à fragilidade dos indivíduos e das populações. Pela sua natureza interdisciplinar, o termo, no sentido mais geral, é reconhecido como os obstáculos para que uma pessoa ou população venham a se defender diante violações de natureza biológica ou social sobre as garantias e direitos que lhes são ou deveriam ser ofertados pelo poder público. A vulnerabilidade diferencia-se da noção de risco por abordar uma ótica além da matematização epidemiológica.

Na visão de Ayres et al (2003) se configura como:

a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento (AYRES et al, 2003, p.123).

A análise da vulnerabilidade articula-se em dimensões como a individual, em que a susceptibilidade de exposição ao HIV/Aids é igual para todos e está relacionada aos modos de vida da pessoa, seus valores, crenças, desejos e grau de informação que o indivíduo dispõe sobre seu problema, assim como a capacidade de transformação do sujeito sobre suas vulnerabilidades. A dimensão social estendida como os aspectos sociais influentes nos indivíduos e incorporação de aspectos tais como acesso à informação, poder de mudanças que não dependem de um caráter individual, mas de recursos, de possibilidades políticas e de poder. A dimensão programática compreende as instituições como as do campo da saúde e seus serviços, dentre outros que perpassam a vida dos indivíduos e, portanto, sua atuação frente aos contextos desfavoráveis ou de superação destes pelos indivíduos ou grupos sociais. Esses três componentes se entrelaçam se manifestando em diversas dimensões como saúde, cultura, política, condições materiais, etc (AYRES et al, 2009; SEVALHO, 2017).

As dimensões da vulnerabilidade são importantes, pois sua articulação permite compreender como a epidemia atinge a juventude e como são percebidas nos serviços e políticas de saúde. Tais particularidades devem ser incorporadas no processo de acesso e vinculação dos jovens aos serviços de saúde em decorrência de se conseguir melhores resultados no cuidado do HIV/Aids (PAIVA et al, 2011).

Há diferenças nas juventudes e este estudo entende tais diferenças de se remeter as dimensões por haver efeitos e impactos diferentes no tema do acesso e da vinculação da população nos seguimentos de jovens. Impactos no que tange a diversidade, representatividade e aos recortes de gênero, orientação sexual, classe, raça/cor, aos quais versam sobre características identitárias da juventude. Ter este discernimento é necessário, pois há barreiras enraizadas em diferentes esferas que se desdobram na dificuldade do jovem ter acesso e vinculação, como a permanência do estigma e discriminação.

Goffman (1988) conceitualiza o estigma como sendo uma relação entre atribuir e estereotipar um sujeito. Caracteriza-se o outro de forma a depreciar e desacreditar determinado atributo em que um sujeito possui de maneira negativa, assim, outros que não o possuem são considerados normais e em posição de maior vantagem dos que são estigmatizados. Esses acontecimentos potencializam nos sujeitos estigmatizados novas identidades sociais.

Alguns fenômenos sociais como o estigma e a discriminação se formam em contextos específicos e são processos sociais altamente ligados aos funcionamentos de poder, o que para Parker (2013, p.12), “o estigma nunca surge em um vácuo social”. Existem fatores que proporcionam o surgimento da história do aparecimento e forma como o estigma se assume. Antes da história do HIV/Aids, grupos já eram estigmatizados pela normatividade e conservadorismo da sociedade.

Diversas correntes teóricas podem oferecer subsídios a estas análises. Entre as diferentes correntes, a de determinação histórica e social do processo saúde – doença, abordam as complexidades da sociedade, além dos paradigmas vigentes, à luz da saúde coletiva entendendo que há certas divergências quando as próprias concepções de saúde, doença, condições de vida, dentre outras que orientam a discussão em torno das definições de determinação social latino americana. Uma abordagem de caráter mais social e amplo, a determinação social apresenta dentre seus teóricos Asa Cristina Laurell e Jaime Breilh.

Laurell (1982) discorre sobre o caráter social da doença e do paradigma médico biologicista vigente sobre o conceito de saúde. Para a autora, os agravos em saúde que adoecem as populações possuem caráter histórico e social no processo de adoecimento:

[...] por processo saúde-doença da coletividade, entendemos o modo específico pelo qual ocorre no grupo o processo biológico de desgaste e reprodução, destacando como momentos particulares a presença de um funcionamento biológico diferente com consequência para o desenvolvimento regular das atividades cotidianas, isto é, o surgimento da doença. Assim definido, o processo saúde e doença se manifesta empiricamente de diferentes maneiras. (LAURELL, 1982, p.8)

Breilh (2008) propõe a epidemiologia crítica aproximada às ciências sociais para entendimento da saúde e doença inseridos em uma totalidade, em que há tanto aspectos individuais quanto coletivos na sua conformação. Consiste em uma abordagem ampla das complexidades da saúde e não reduz ao caráter biológico, embora este tenha sua importância na história. Os fenômenos saúde-doença devem ser vistos dentro de uma totalidade, considerando as particularidades e coletividade dos sujeitos que envolvem categorias de classe social, gênero, sexualidade, raça/etnia, território, dentre outras.

Evidencia-se a existência de muitos aspectos relacionados ou inadequações quanto à realidade dos jovens que interferem no seu adoecimento. Tais aspectos influenciam na busca ao sistema de saúde. Algumas dimensões podem ser apontadas como reflexo da realidade enfrentada pelos jovens, dentre elas o acesso, justamente por sua interação entre os sujeitos e o contexto.

2.3 ACESSO E VINCULAÇÃO AO TRATAMENTO DE HIV/AIDS PARA JOVENS

Estudada amplamente por diferentes autores, o acesso pode ser considerado multifacetado e multidimensional por abranger não somente diferentes interpretações, mas, também, por abarcar dimensões que se integram e a compõem. Penchansky e Thomas (1981) publicaram um dos principais textos de revisão sistemática de acesso. Apresentam a categoria e sua imprecisão quanto à definição do termo. Os autores afirmam não ser um termo totalmente bem definido por suas variações de interpretações, mas objetivam propor o acesso como sendo o grau de ajuste entre usuários e o sistema de saúde.

Há uma variação de autores que discutem o termo e o significado das dimensões. Donabedian (1973) reconhece o acesso pelo atributo da acessibilidade. A conceituação varia de localização do serviço, impacto do tempo de viagem, distância entre o usuário e o serviço (Penchansky e Thomas, 1981; Travassos e Martin, 2004; Travassos e de Castro, 2008; Assis e de Jesus, 2012).

Embora seja importante para o usuário chegar ao serviço, o acesso não se conforma somente pela acessibilidade geográfica. A categoria pode ser compreendida a partir de diferentes dimensões de forma a conferir um acesso mais equitativo e integral. As dimensões do acesso para Penchansky e Thomas (1981) seriam: disponibilidade – relação do volume e tipo de serviço existente; acessibilidade – relação entre a localização da oferta e a localização dos clientes; acomodação ou acolhimento – maneira de organização do sistema para receber os clientes e a capacidade desses em se adequar a esta acomodação; poder aquisitivo - a relação entre os preços e os provedores, capacidade de pagamento ou de compra e aceitabilidade – dos clientes e profissionais sobre as características culturais de cada um.

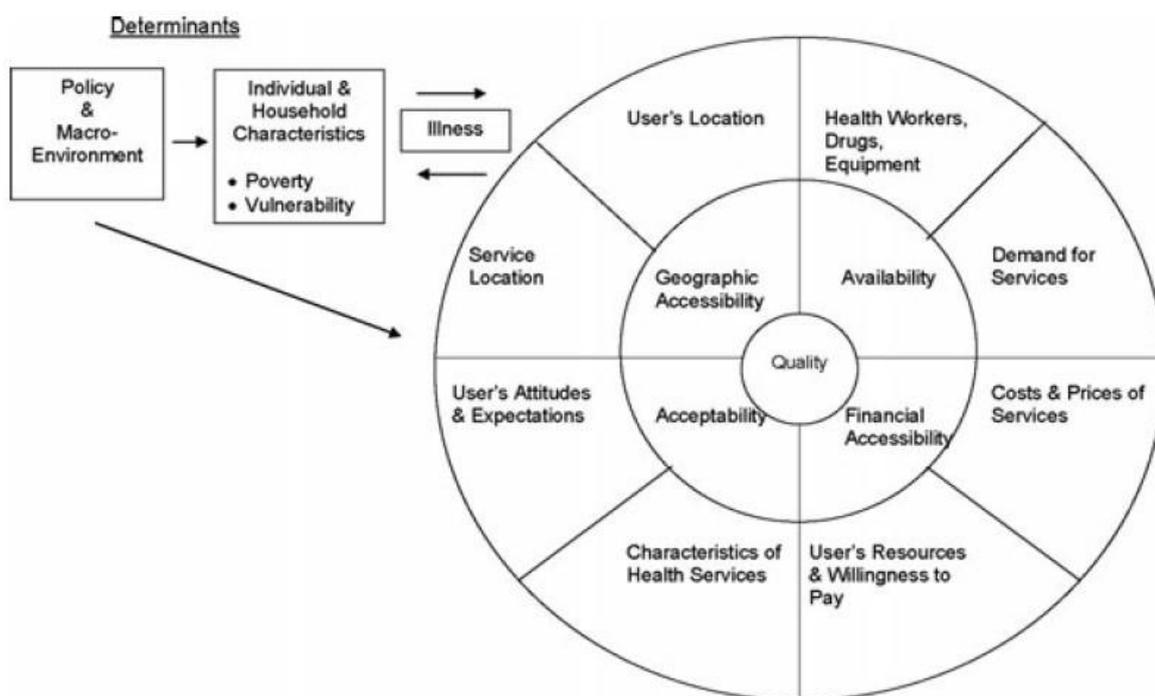
Na visão de Andersen (1995) o acesso seria a entrada dos usuários no serviço de saúde e continuidade de seus cuidados e de tratamento na qual este serviço está organizado. As características da população a nível individual, ou seja, os fatores predisponentes que fizeram o usuário vir a ter este problema, os fatores capacitantes, meios para a busca pelo serviço e as necessidades de saúde mediam o acesso e sua continuidade, para tal, deve-se incorporar a utilização (Travassos e Martin, 2004; Travassos e de Castro, 2008; Assis e de Jesus, 2012).

Uma aproximação feita por Travassos e Martins (2004) do conceito de acesso é ao de utilização dos serviços de saúde que, na visão delas “é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema” (p. 190). Logo, a procura dos indivíduos pelos serviços perpassa sua utilização, porém esta depende do acesso.

Importante deixar claro que alguns conceitos de acesso são importados, de autores internacionais sendo delicado utilizar o referencial dos que discutem o acesso à saúde. Há distanciamento de significados, da realidade e da juventude brasileira que tem suas particularidades. Não há um consenso sobre a definição de acesso, mas existe a proximidade teórica a outros conceitos, bem como uma apropriação empírica que vai lhe configurar novos significados e sentidos atribuídos.

Uma proposta teórica formulada por Peters et al (2008) de analisar o acesso em países em desenvolvimento, além de ser recente pode ser mais propícia para operacionalizá-lo. Assim, a categoria pode ser vista a partir de diferentes dimensões que ao serem associadas conferem complementariedade e interação no uso dos serviços de saúde pelos usuários de países em desenvolvimento e por populações vulneráveis (Figura 1).

Figura 1: Marco conceitual para o acesso aos serviços de saúde 1.



Fonte: Peters, David H., Anu Garg, Gerry Bloom, Damian G. Walker, William R. Brieger, and M. Hafizur Rahman. "Poverty and Access to Health Care in Developing Countries." *Annals of the New York Academy of Sciences* 1136 (1): 161–171.2008.

Conforme a figura 1 mostra, os autores ampliaram o conceito de acesso optando pelas dimensões de acessibilidade geográfica, disponibilidade, poder aquisitivo e aceitabilidade. Nesta figura, a qualidade é central para alcançar cada uma das dimensões que são influenciadas por um conjunto de outros fatores seja de ordem mais superior como as políticas públicas, seja a nível individual. A pobreza e a vulnerabilidade determinam o

surgimento de problemas de saúde e interferem no acesso haja vista as condições díspares de saúde da população.

Peters et al (2008) demonstram evidências de obstáculos e barreiras de acesso aos serviços de saúde de populações mais vulneráveis e de países em desenvolvimento. Com a compreensão da realidade local e da determinação social, além de propostas para a melhoria dos que mais têm dificuldades, é necessário inovações e garantias do reconhecimento da população por ser primordial para melhoria e superação. As populações vulneráveis precisam ser ouvidas e assim as barreiras podem ser evitadas.

A outra categoria vínculo, também, é polissêmica e multifacetada. Gomes e Pinheiro (2005) para caracterizá-lo, primeiramente, verificam que seu sentido no dicionário se refere ao ato de ligar e estabelecer ligações, sentidos. Não faz referência a área da saúde, mas são atributos próximos da realidade do campo. Na literatura atribui-se ao vínculo como uma maneira de alcançar a atenção à saúde gerada e mantida tanto entre profissionais e usuários, quanto entre profissionais/usuários/serviço e família cooperando uns com os outros. Tem grande importância na configuração da qualidade na atenção à saúde através do estreitamento de relações, proximidade entre profissional e segurança que este sente conseguindo garantir melhorias no cuidado ao usuário, na adesão ao tratamento, principalmente em certas doenças cujo tratamento é mais longo como de HIV/Aids (BRUNELLO et al, 2010).

Na perspectiva de Santos, Assis e Nascimento (2008):

O vínculo pode ser uma ferramenta que agencia as trocas de saberes entre o técnico e o popular, o científico e o empírico, o objetivo, o subjetivo, convergindo-os para a realização de atos terapêuticos conformados a partir das sutilezas de cada coletivo e de cada indivíduo, favorecendo outros sentidos para a integralidade da atenção à saúde. (SANTOS, ASSIS E NASCIMENTO, 2008 p. 465)

No que tange à assistência ao HIV/Aids alguns estudos abordam sua configuração nos serviços. Em Porto Alegre, Mesquita e Torres (2013) analisaram entrevistas realizadas com profissionais e adolescentes em um serviço de atendimento especializado em IST/AIDS. Identificaram no ambulatório de adesão o desenvolvimento de uma relação dialógica entre adolescentes, familiares/cuidadores e equipe tanto antes do tratamento quanto depois do atendimento. Relatam separar um dia na semana somente para o atendimento de adolescentes e assim conseguem conversar entre si sobre suas condições de saúde e também realizam atividades lúdicas. Contudo, o acesso aos medicamentos, desigualdades sociais e problemas no sistema de saúde impedem uma assistência por completo, necessitando de melhor percepção quanto as suas

vulnerabilidades e superação de desafios, como aperfeiçoar assistência quanto a realizar atividades com esse público.

A partir da percepção das particularidades dos jovens seja quanto a sua vulnerabilidade ou início precoce das atividades sexuais, os serviços devem aperfeiçoar a assistência a este grupo justamente para atender a estas necessidades específicas. As atividades para adolescentes nos serviços são apontadas como um desafio, pois quando deixam o atendimento do pediatra para as consultas no clínico geral, os jovens se encontram em uma fase que o serviço não visa aprimorar a assistência (MESQUITA e TORRES, 2013).

Para Mesquita e Torres (2013) a atuação de uma equipe multiprofissional no serviço de saúde é um aspecto importante, refletindo resultados melhores na atenção ao público jovem, especialmente a juventude vivendo com HIV/Aids. Ao analisarem entrevistas realizadas com profissionais e adolescentes em um serviço de atendimento especializado em IST/Aids na cidade de Porto Alegre, identificaram aspectos positivos que contribuem para minimizar as dificuldades assistenciais. Conseguem, então, assimilar a relevância do trabalho desenvolvido entre profissionais outro e o seu próprio no que tange a adquirir conhecimentos das questões que envolvem o adolescente e sua família, a medicação e adesão dos jovens ao tratamento.

A transição do serviço pediátrico para o serviço adulto é um momento em que muitas questões devem ser consideradas, na medida em que o serviço deve ter planejamento e adaptações ao tratamento do jovem diante da resistência de não passar de um serviço a outro e com outros profissionais lidando com seu caso. Inquietações acerca de adoecer com a transição e mudança que podem gerar no seu quadro levando-os a progressão do agravo.

As aflições enfrentadas pelos jovens são geradas justamente pelo serviço considerar somente a faixa etária como fator de transição, desconsiderando o preparo do jovem para essa nova etapa. Quando não realizam o planejamento correto os riscos de adoecimento e não adesão ao tratamento acarretam um quadro em que se pode agravar suas condições clínicas como consequência o mau planejamento pode levar a morte do jovem (MACHADO, SUCCI E TURATO, 2010).

Pode ser elencado como uma estratégia boa de assistência ao jovem nesse período de transição o que o serviço pediátrico de infectologia pediátrica da Universidade Federal do São Paulo (UNIFESP) implementou. A transição ocorre no mesmo espaço do serviço pediátrico sendo conversado com o jovem desde seus 16 anos

e assim que completam 18 anos acontece a interação entre a equipe pediátrica e infectologista de adultos. É um processo de amadurecimento construído ao longo do tempo para preparar o jovem ao novo espaço, equipe e as responsabilidades que terá a partir desse momento (MACHADO, SUCCI E TURATO, 2010).

Oliveira, Negra e Nogueira-Martins (2012) pesquisaram o serviço de infectologia em um hospital público de São Paulo por meio de entrevistas com adultos jovens portadores de HIV por transmissão vertical. Os entrevistados relataram que mesmo com a medicação gratuita deixam de fazer uso pelo descontentamento com o gosto da medicação e assim não aderem ao tratamento. A rejeição da família é um dos elementos prejudiciais tanto antes do diagnóstico quanto posteriormente na sua assistência que poderia ser mais efetiva com o suporte e apoio destes.

O acolhimento no serviço foi descrito satisfatório pelo vínculo criado entre profissionais e entrevistados. A equipe composta por pediatras e médicos de adultos compreende a mudança que estão passando e são sensíveis a ela. De forma gradual fazem a transição para o serviço de adulto e dessa maneira, com o amadurecimento do jovem, conseguem a adesão ao tratamento (OLIVEIRA, NEGRA e NOGUEIRAMARTINS, 2012).

Quando o serviço não está sensível às demandas específicas da juventude configura-se o obstáculo que esses jovens encontram para fazer tratamento efetivo, ou seja, ao se identificarem como reagentes, ao fazerem, ao se vincularem ao serviço. Paula et al (2012) analisaram os prontuários de jovens atendidos no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) no Sul do país e notaram que o fluxo de estudantes e residentes não beneficia a criação de vínculo entre profissional, adolescente e família. Logo, as substituições de profissionais comprometem o perfil clínico desses jovens pela instabilidade do tratamento, principalmente nos infectados por transmissão horizontal visto que aqueles infectados por transmissão vertical estão a anos em tratamento.

Monteiro et al (2014), em estudo realizado sobre os discursos de sexualidade em um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) expõem certas tensões quanto a abordagem do aconselhador e, também, a abordagem do usuário soropositivo, a saber: a forma insistente por desconfiar da veracidade da informação do usuário quanto a sua sexualidade. O profissional duvidava da orientação sexual informada pelo usuário e assim, questionava-o atrasando e prolongando o registro de suas informações embora afirmasse ter relações heterossexuais.

O processo de formação e organização do serviço também devem ser repensados por configurar restrições no atendimento e tratamento dos usuários produzindo o que tem sido considerado como barreiras de acesso (MONTEIRO et al, 2014). Outros fatores dificultam o vínculo do usuário como as formalidades, delimitação de horário para coleta de sangue, carência na melhoria da organização do serviço, formulários antigos que são adaptados manualmente, influenciando na qualidade de registro dos dados do usuário, entre outros entraves (MONTEIRO et al, 2014).

Algumas reflexões de estudos são relevantes para compreender as percepções, estratégias e encontros de facilidades e barreiras que influenciam no acesso e vinculação. Cruz (2006) ao avaliar o acesso de jovens à programas de prevenção de HIV/Aids em duas unidades, uma de saúde e outra não governamental, a categoria demonstrou correlação com aspectos que inter cruzam para ser garantido. A estratégia proposta pela ONG de estudo alcançava mais aos jovens justamente por entendê-los como sujeitos de direito, assim como a cultura e contextos que vivem. Desse modo, compreender o acesso exige um debruçar sobre as múltiplas facetas da categoria, porém com especial atenção aos fatores que interferem para as barreiras para que esse se concretize.

Cruz et al (2017) ao realizarem estudo no município de Santo Antônio de Jesus na Bahia sobre avaliação do acesso à estratégia de saúde da família, verificaram que o acesso ao serviço tem relação com o uso oportuno pelos usuários. Dessa forma conseguem melhorar a qualidade do atendimento e resolutividade dos problemas encontrados, proporcionado no acolhimento e norteado pela utilização das dimensões de conhecimento e satisfação do usuário.

Na Estratégia de Saúde da Família, através das informações sabidas previamente descritas no cartão do usuário, com todas as suas demandas e seu cadastro na Clínica da Família, houve redução de internações hospitalares. Este fato aponta para a diminuição das barreiras de acesso e melhor vinculação dos usuários pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) por conta da ampliação da oferta na atenção primária e assim da resolutividade de seus problemas. O acolhimento está relacionado ao serviço proporcionar maior cuidado e facilidade. Por ser a porta de entrada, a integralidade, princípio do SUS, pode ser alcançada e a população consegue seus direitos de acesso pelo acolhimento (CRUZ et al, 2017).

Ferrer e Grisi (2016) avaliaram o acesso à atenção primária de adolescentes hospitalizados, por condições sensíveis e por meio de métodos mistos coletaram dados em entrevistas e pela Ferramenta de Avaliação da Atenção Básica validada no Brasil (PCATool-Brasil). Esse estudo demonstrou que a categoria é complexa por estar relacionada à cultura da

sociedade, disponibilidade do serviço que não atende às expectativas esperadas inviabilizando o uso.

No estudo de Calazans et al (2006), o acolhimento atribui-se a forma dos serviços de saúde ao receber esse jovem e assim encaminhá-lo para o aconselhamento e oferta de insumos. A estratégia da educação em saúde é apontada como uma forma de garantir acesso e vínculo. Isso se evidencia na educação entre pares desenvolvida nos Centros de Testagem e Aconselhamentos (CTA) vinculados à Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, denominada Plantão Jovem (PJ). No trabalho do PJ participam jovens entre 16 e 24 anos com atuação junto a seus pares em ações no acolhimento, aconselhamento, oferta de insumos de prevenção e de palestras educativas. Os PJ fazem parte de uma equipe composta por quatro jovens plantonistas, que são supervisionados por um profissional do serviço. Nas suas atividades os PJ que residem na mesma área da localidade de São Paulo dos jovens que acessam o CTA, dialogam em espaço comunitário comum e possuem idade aproximada.

Desde a resposta brasileira à epidemia, adotou-se para os usuários, desde o diagnóstico, o acompanhamento em Serviços de Atenção Especializada (SAE) e Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) em ambulatórios em policlínicas ou em hospitais. Posteriormente, descentralizou-se a rede de atenção à saúde para as clínicas da família, porta de entrada para o sistema de saúde, no que tange a prevenção, testagem, tratamento e acompanhamento do cuidado dos usuários abrangendo todo seu contexto coletivo e cultural. Assim, a atenção primária estabelece em sua linha de cuidado o acolhimento para que seja garantido o acesso e vínculo aos cuidados de forma continuada, porém no campo do HIV/Aids tais ações ainda são limitadas mesmo sendo instituídas entre os anos de 2011 a 2013 e com grande investimento em alguns municípios brasileiros, dentre eles o Rio de Janeiro (MELO, MAKSUD e AGOSTINI, 2018; ZAMBENEDETTI e SILVA, 2016).

Importantes ferramentas para instrumentalizar, averiguar questões relacionadas à organização dos serviços para atendimento dos usuários e que podem prestar assistência à população são os dados coletados advindos dos sistemas de informações em saúde. Esses são fornecidos e a sua qualidade pode indicar as reais condições da população e importantes dimensões sobre o sistema, como o acesso (MORAES e SANTOS, 1998).

Os sistemas de informação possuem potencialidades e limitações que podem no que tange ao acesso aos serviços de saúde, explicitar ações que deveriam ser realizadas. Os indicadores reunidos são capazes de nos dar entendimento sobre situações epidemiológicas e notificações de agravos como HIV Aids e para isso os dados são fundamentais para entender certas dinâmicas, porém nem sempre são preenchidos e sinalizar fragilidades nas informações

(CRUZ, TOLETO E SANTOS, 2003).

Taquette et al (2011) em seu estudo espaço temporal no Rio de Janeiro apontaram existência de limitações, ausência e fragilidades nos bancos de dados dos sistemas de informações, principalmente em relação as subnotificações, o que interfere na vigilância epidemiológica do HIV/Aids. A qualidade dos dados foi questionada devido ao tempo/atraso entre diagnóstico e notificação que são lacunas para prover o planejamento em saúde.

O uso adequado da informação é condição para tomada de decisão dos gestores e quando existe descompasso entre as notificações dos usuários nos serviços e a disseminação correta, estes ficam mais prejudicados no que se refere à capacidade de interferência a tempo em algum problema identificado. Em certos níveis de atenção a qualidade das informações não tem devido fortalecimento para divulgar e propor ações com agilidade (QUITES, 2016).

3 OBJETIVO

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a abordagem sobre o acesso e vinculação ao tratamento de HIV/Aids de jovens considerando as potencialidades e barreiras a partir da situação da atenção no município do Rio de Janeiro.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Realizar a revisão narrativa dos estudos sobre acesso e vinculação ao tratamento de HIV/Aids em jovens;
- b) Compreender as condições de acesso e a vinculação de jovens ao tratamento do HIV/Aids;
- c) Caracterizar o acesso e vínculo dos jovens ao diagnóstico e tratamento do HIV/Aids no município do Rio de Janeiro;
- d) Analisar os aspectos facilitadores e barreiras de acesso e vinculação ao tratamento de HIV/Aids para jovens a luz da literatura.

4 METODOLOGIA

4.1 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa e descritivo exploratório, estruturado para possibilitar a compreensão sobre a abordagem sobre o acesso e vinculação ao tratamento de HIV/Aids de jovens a partir da revisão da literatura nacional e internacional de 2008 a 2018, refletindo sobre as facilidades e barreiras ao considerar a situação de atenção no município do Rio de Janeiro. Tal abordagem buscou com os estudos dialogar e estudar os fenômenos que compreendem o processo saúde – doença de modo a complementar saberes. Os métodos escolhidos não se excluem, podem ser trabalhados em complementariedade e de forma interdisciplinar. Um método pode gerar hipóteses enquanto o outro pode produzir novas questões que foram colocadas anteriormente (VICTORIA, KNAUTH e HASSEN, 2002; DESLANDES e ASSIS, 2002).

Há desafios ao propor trabalhos cuja complexidade de fenômenos na sociedade requer levar em consideração aspectos históricos e contextos. Deve-se ter encadeamento de ideias dinâmicas e esforços que sejam diversos, de modo a reunir o máximo de conhecimentos para abarcar questões sociais contemporâneas. Sendo assim é possível que a densidade de informações de dados de diferentes fontes possa resultar em uma análise aprofundada (GREENE, BENJAMIN e GOODYEAR, 2001).

Dessa forma o percurso metodológico do estudo foi procedido em duas etapas considerando o objeto de interesse: Inicialmente foi realizada por técnica qualitativa a revisão narrativa em busca de respostas sobre as condições de acesso e vínculo dos jovens. A revisão narrativa, um tipo de revisão em que por meio da ampla produção bibliográfica, permite descrever e desenvolver o assunto e/ou tema proposto: “Essa categoria de artigos tem um papel fundamental para a educação continuada, pois, permite ao leitor adquirir e atualizar o conhecimento sobre uma temática específica em curto espaço de tempo” (ROTHER, 2007, p.1).

Com o estado da arte, ao verificar a discussão presente nas produções, o pesquisador interpreta e analisa criticamente o material existente de determinado assunto que está em desenvolvimento. Podem ser analisados livros, artigos, publicações impressas ou eletrônicas e, assim, realizar um estudo de metodologia qualitativa descritiva exploratória (ROTHER, 2007).

Dentre os outros motivos pela escolha desse tipo de revisão da literatura, alguns se destacaram, como: conseguir identificar as abordagens acadêmicas sobre o tema e objeto de

estudo nas diferentes produções acadêmicas e como está sendo a produção de conhecimento; o aprofundamento da temática num momento de aumento do HIV/Aids na população jovem e a academia, no que tange ao acesso e vínculo ainda pouco se debate e para finalizar ao tempo disponibilizado para a elaboração desta dissertação.

Assim, o universo de análise definidos foram de estudos realizados tanto no Brasil quanto em outros países entre os anos de 2008 a 2018, acerca do tema da juventude e o acesso ao tratamento do HIV/Aids. A decisão da escolha do recorte temporal refere-se ao fato da pesquisa ter a pretensão de analisar a produção de estudos decorrentes desta última década sobre a temática, com intuito de compreender o que o ambiente acadêmico vem produzindo de conhecimento sobre o aumento do HIV/Aids na juventude.

Cabe explicitar que a construção desta dissertação e do percurso metodológico sofreu alterações em face de resistência dos comitês de ética em pesquisa (CEP) que o trabalho tramitou. Uma trajetória de percalços que tornaram inviável a realização da pesquisa em campo. Originalmente o desenho da dissertação, contemplava uma proposta inicial de realizar um trabalho de campo em uma unidade de saúde, no caso um estudo de caso, por meio de entrevistas com jovens, profissionais de saúde e observação participante. A dissertação abordaria diferentes seguimentos de jovens no que tange a diversidade, representatividade e aos recortes de gênero, orientação sexual, classe, raça/cor e geração, aos quais versam sobre características identitárias da categoria juventude.

Para que esta proposta fosse possível, o trabalho tramitou em três comitês para garantir que em algum momento uma das unidades aceitaria a proposta, após os três meses de tramitação no CEP da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), as unidades escolhidas foram: Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) e Hospital Universitário Graffré e Guinle.

Em todos os CEPs ocorreram adaptações para cada instituição nos termos de consentimento esclarecido (TCLE) tanto para os jovens quanto para profissionais, os riscos esclarecidos em tais termos, cartas de anuências devidamente assinadas pelos coordenadores das unidades, proteção da identidade dos participantes e não obrigatoriedade de participar da pesquisa e caso aceitassem poderiam interromper e desistir a qualquer momento. Seria realizado um estudo de caso na unidade de escolha utilizando a técnica qualitativa de análise documental, entrevista e observação participante para aprofundamento, em busca de respostas sobre as condições de acesso e vinculação dos jovens. Seria explicitada a relação da juventude, a busca por seu cuidado e o local de atendimento em que conseguiram o acesso e algum tipo de vínculo.

No entanto, todos os CEPs impuseram obstáculos para a realização da pesquisa em serviço de saúde, ainda que todos os detalhes e critérios estivessem sinalizados. Tais obstáculos impactaram e tornaram o processo bastante pedregoso ao longo de um período de oito meses de espera. Por fim foi sinalizado pelo Hospital Universitário Gaffrée e Guinle que a aprovação do projeto seria aceita com determinadas condições que não eram mais pertinentes devido ao longo tempo de espera. Pode-se questionar por quais razões trabalhos que propõem reflexões nos serviços de saúde, especialmente com jovens sejam embarreirados pelos CEPs.

Estes percalços para a realização do trabalho de campo remodelou o trabalho tornando ambas as etapas do estudo, principalmente a segunda, mais potentes e sua análise realizada com mais robustez para trazer hipóteses da realidade dos jovens no Rio de Janeiro.

5.2 LEVANTAMENTO E SELEÇÃO DOS MATERIAIS

Demarcando o estudo, seu tema e objeto, a busca realizada baseou-se em consultas das seguintes bases de periódicos científicos: *Biblioteca Virtual em Saúde* (BVS) e do sistema Scopus. Este sistema é pago e desenvolvido pela empresa Elsevier e seu acesso deve ocorrer em instituições de ensino e pesquisa, por questões de permissão ao acesso dos estudos. As pesquisas disponibilizadas no Scopus são ranqueadas mostrando como está o financiamento em pesquisa para as áreas que ali estão indexadas (MORAES, 2016).

O sistema Scopus é composto por áreas de diferentes conhecimentos, abriga a pubmed e, também, contém estudos da área de ciências sociais, embora operacionalizados na língua inglesa. Justifica-se o uso desse sistema devido a seu *corpus* conter estudos dos fenômenos em diferentes áreas e campos de conhecimento e, também, a leitura dessas outras áreas podem ampliar as análises sobre o trabalho (MORAES, 2016).

Para a seleção dos descritores, consultou-se os *Descritores de Ciências da Saúde* (DeCs), vinculada à BVS e ao *Medical Subject Headings* (MeSH) utilizado para localização dos termos para realização da busca na literatura internacional. Para a utilização dos descritores do DeCs, foram adotadas estratégias de busca, aplicando como único filtro textos disponíveis, contendo operadores booleanos “AND”, “OR” e truncagem por meio do asterisco (*) para a interseção entre os descritores e encontro de ao menos um dos descritores e de palavras similares, respectivamente. O uso de parênteses e aspas equivalem ao encontro de mais de um operador da busca e termos compostos de modo que a estratégia construída foram as seguintes: (acesso OR “acesso aos serviços de saúde” OR acolhimento OR retenção OR vinculação) AND (jovem* OR adolescente*) AND (cuidado OR tratamento) AND (HIV OR sida OR Aids)”. Na utilização dos descritores do MeSH a estratégia construída foi da seguinte

forma: (“health services acessibility” OR retention OR linkage to care) AND (youth* OR adolescent*) AND (treatment OR therapeutics) AND (HIV OR AIDS).

Após a aplicação destas chaves de busca, na BVS encontrou-se 904 estudos e com a leitura de seus títulos, foram excluídos todos os estudos em que nos títulos não versassem sobre o tema, ou seja, aqueles que não continham as categorias do trabalho em seu título, restando 418 documentos. Novamente, realizou-se a leitura dos títulos e resumos, exclusão de duplicados, e assim, reduziu-se, o quantitativo para 20, dos que continham tanto nos títulos quanto nos resumos as categorias e temática do estudo. Os critérios de inclusão para seleção foram: estudos disponibilizados na íntegra, dos anos de 2008 a 2018, sem restrições de línguas estrangeiras ou de tipo de documento. Os critérios de exclusão aplicados foram: estudos duplicados, estudos em que não havia as categorias nos títulos e resumos, trabalhos que não tinham enquadramento com a temática. A partir desse levantamento, procedeu-se à leitura dos documentos através de seus títulos, resumos e texto completo.

No sistema Scopus encontrou-se 104 documentos de acesso aberto, pois mesmo sendo uma base em que uma instituição de ensino e pesquisa paga para o acesso de seus alunos e pesquisadores, ainda assim há publicações vedadas e somente pós pagamento são liberadas. Logo, dessas 104 pesquisas, encontrou-se 69 com os mesmos critérios de inclusão e exclusão da BVS, restando após a leitura dos títulos e resumos 6 para leitura na íntegra, avaliação e sua inclusão na revisão. O quantitativo final na BVS e Scopus resultou em 26 trabalhos, que após levantamento em ambas as bases, foram ordenados e sintetizados no quadro 1, disponível nos anexos.

Por ser um tema delicado, de difícil abordagem, alguns passos foram revistos e reelaborados mediante o processo longo de aprovação nos Comitês de ética em pesquisa em que este trabalho seria elaborado. Tal reelaboração proporcionou novos olhares que posteriormente serão investigados com mais aperfeiçoamentos. Assim, este trabalho buscou ampliar conhecimentos, rever os que já existiam, mas, também, consolidar os adquiridos para que futuramente, com maior propriedade e amadurecimento, se consiga avançar para realizar pesquisa de campo e construir projetos futuros dos jovens.

5.3 SEGUNDA ETAPA DO ESTUDO

Finalizando a etapa qualitativa, realizou-se a segunda etapa da pesquisa através do estudo descritivo exploratório, pois estes tipos de estudos visam, conforme a própria nomenclatura, descrever através da coleta de dados, características e fenômenos que

caracterizam as populações e a relação entre variáveis, como população, sua distribuição, condições de saúde, atendimentos em órgãos institucionais, dentre outros. São estudos que possibilitam a descoberta de associações ou identificação de forma direta uma realidade (GIL, 2008; GERHARDT e SILVEIRA, 2009).

Sendo assim, na segunda etapa realizou-se um levantamento de dados secundários sobre atendimento de jovens ao tratamento de HIV/Aids nas unidades de saúde do município do Rio de Janeiro no período de 2008 a 2018. Nesta etapa foi realizada a extração dos micro dados, arquivos dbc, localizados no site do DATASUS referentes aos atendimentos ambulatoriais presentes no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) no estado do Rio de Janeiro período entre 2008 e 2018. Em seguida esses arquivos foram analisados a partir do programa TABWIN e foram utilizados os seguintes filtros: município de residência – Todos; município de atendimento – Rio de Janeiro; CID Principal – B20 a B24; idade – 15 a 29 anos. Esses arquivos foram importados para o programa TABWIN e por meio deste foram aplicados os seguintes filtros: CID Principal do B20 a B24, idade entre 15 e 29 anos e seleção dos municípios de residência e de atendimento. Em seguida foram formulados os mapas de fluxos considerando-se o município de residência e o município em que ocorreu o atendimento.

Posteriormente foram realizadas tabulações para identificação do serviço em que esses jovens foram atendidos. Por fim, efetuou-se a tabulação dos municípios de residência e atendimento para identificar os fluxos desses usuários na rede de atenção à saúde a partir da identificação em relação ao diagnóstico, atendimento de jovens, considerando as unidades que os atendem independente de uma vez que a organização de sua rede deve ser voltada a atenção primária. Esta etapa visou, também, verificar como o município oportuniza diagnóstico e acompanhamento dos jovens.

Também foram analisados os dados provenientes do Sistema de Agravos de Notificação Compulsória (SINAN) no TABNET do município do Rio de Janeiro. Esta análise realizada a partir das variáveis disponíveis: ano, mês, unidade de atendimento para HIV/Aids e bairro, visou conhecer o local em que os jovens recebiam seus diagnósticos e assim comparar com as informações provenientes do SIA, visto que esse sistema as unidades representam o atendimento ambulatorial tanto numa unidade hospitalar quando numa unidade básica de saúde e é possível identificar os serviços pela concentração de atendimentos ao HIV/Aids para os jovens no município do Rio de Janeiro.

5.3 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados qualitativos foi feita constituindo uma fase de leitura flutuante das pesquisas elencadas, refletindo sobre como abordam as categorias do estudo para conseguir familiaridade com os trabalhos. As referências analisadas resultaram em categorias: abordagem dos estudos de acesso e vinculação; barreiras de acesso e vinculação, facilitadores e potencialidades ao tratamento de HIV/Aids. A análise dos dados qualitativos consistiu, também, em uma forma de compreender com base nos estudos a discutir sobre acesso e levantar hipóteses sobre as facilidades e barreiras de jovens para o acesso ao tratamento HIV que permitem inferir sobre os achados quantitativos.

Os dados descritivos foram analisados mediante organização em tabelas no Excel com os valores absolutos e calculados suas proporções de forma simples com a finalidade de demonstrar onde se encontram o maior quantitativo de notificações e atendimentos.

Logo, a ordenação dos resultados ficou: apresentação dos bairros de residência dos jovens que foram notificados com HIV/Aids; Unidades de notificação; Município de residência e de tratamento das pessoas que estão em tratamento; A representação do mapa de fluxos e os tipos dos serviços de tratamento.

Com a integração dos dados levantados e a revisão realizada, a análise à luz da literatura proporcionou buscar possibilidades e pontos de reflexão para se discutir o município do Rio de Janeiro, os problemas de acesso e como o município se organiza em termos de rede e atenção mesmo sendo dados que possam não ser inteiramente suficientes, para se debruçar sobre o fenômeno.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados estão organizados da seguinte forma: apresentam-se os resultados da revisão narrativa, a primeira parte do método qualitativo explicitando aspectos de abordagem e de barreiras de acesso e vínculo. Após a primeira apresentação, os resultados quantitativos, irão representar a caracterização no Rio de Janeiro dos problemas de acesso nesse nível, complementando ambas as análises.

6.1 ACESSO E VINCULAÇÃO AO TRATAMENTO DE HIV/AIDS DOS JOVENS

Consoantes aos critérios de inclusão e exclusão, citados na metodologia, foram selecionadas 26 publicações para incorporação na revisão narrativa. As publicações selecionadas foram catalogadas em um quadro contendo as características dos estudos, como o ano da publicação, o título, os autores (nome e filiação institucional), o país de localização do estudo, o título do periódico, o idioma, o método (Anexo I).

A maioria dos artigos se concentrou em examinar o fenômeno nos Estados Unidos, seguido de países do continente africano. Somente dois estudos brasileiros foram encontrados na língua portuguesa e realizados no Brasil sendo um no Rio de Janeiro e outro em São Paulo. A maior parte das publicações está no idioma inglês, em publicações relacionadas à pediatria ou a específicas como a “*AIDS CARE*” e esses estudos examinaram vinculação ou retenção ao tratamento e aos estudos das barreiras encontradas pelos jovens.

As condições de acesso aos serviços de saúde envolvem diversas abordagens em que há similaridades e discordâncias quanto ao seu entendimento. Compreender o acesso significa que algumas considerações devem ser postas em reflexão, haja vista a abrangência em que se pode discutir e interpretá-lo. Sendo assim, é necessário assinalar o quão complexo e impreciso o conceito e suas condições pode ser no campo da saúde (TRAVASSOS e MARTINS, 2004).

Nos estudos, a abordagem de acesso e vinculação, se apresenta de formas muito próximas em relação uma à outra. Encontra-se maior registro de número de trabalhos acerca da vinculação (linkage to care) trazendo em sua discussão maior proximidade com o acesso, tornando possível a reflexão sobre as visões de alguns sobre a vinculação já ser uma maneira de discutir o acesso. Logo, há certa dificuldade que está apresentada em conceituar e estruturar um conceito e realidade do serviço ou sistema de saúde que se conforma de diferentes modos.

Nos estudos internacionais desenvolvidos nos Estados Unidos, o registro das condições de acesso e vinculação, em termos de quantidade, equivale a um número maior de artigos sobre vinculação, ou seja, linkage to care, do que sobre acesso, provavelmente por já fazer parte da vinculação. Para Philbin et al (2015), Fortenberry et al (2012), Tanner et al (2014), MacPherson et al (2015) e Philbin et al (2017) a vinculação, ou seja, da ligação para o cuidado, engajamento para o cuidado e a retenção já engloba ou conforma o acesso em seus estudos.

Segundo o estudo de Fortenberry et al (2012) o acesso à saúde deve ser compreendido amplamente. As características do sistema de saúde, o ambiente social e, relações do profissional e serviço. Logo, o acesso seria o mesmo que a ligação para o cuidado.

Farmer et al (2016) realizaram estudo com jovens caracterizados como sendo homens que fazem sexo com homens (HSH), pacientes que obtiveram o HIV por transmissão heterossexual e usuários de drogas injetáveis (UDI) de 13 a 24 anos, em dezesseis unidades ambulatoriais nos Estados Unidos que fornecem atendimento primário e subespecializado: quatro pediátricos e doze adultos, distribuídos em regiões do país. Para verificarem os fatores acerca do acesso e vínculo.

Esse estudo mostrou que para acessar o tratamento deveriam seguir as sugestões das diretrizes, cujo início da TARV só deve ser feito quando os jovens estiverem com nível de células CD4 em 350 / mL. E em relação à definição de retenção para os autores foi o estabelecimento de períodos de consulta com avaliação de contagem de células CD4, prescrição do tratamento e idade. No primeiro período, a retenção significa um ano após o início do tratamento. Com ao menos uma consulta médica em quatro meses significa que foram vinculados ao serviço. No segundo e terceiro, a retenção significa uma consulta médica a cada seis meses do período total de 24 meses. Contudo, 50% dos jovens entrevistados não foram retidos no serviço. Somente 22,4% conseguiram retenção nesses três períodos totais nas quais os participantes de doze a dezesseis anos conseguem a assistência por esses três anos, já que iniciavam o tratamento em local e os que não foram retidos estavam em local adulto e tinham que ter mais independência sobre seu estado de saúde e o receio de novos profissionais atendendo-os. Além desse fato, o não início da terapia no primeiro ano por conta da contagem das células foi um fator associado aos que não foram retidos no serviço (FARMER et al, 2016).

Kurth et al. (2015) apontaram as ferramentas tecnológicas como mensagens de texto e as clínicas amigáveis voltadas ao público jovem como sendo as principais formas de acesso e

vinculação ao tratamento de HIV/Aids no Nairobi, África Subsaariana. Entre os 16 a 24 anos o acesso é mais frequente do que os que estão acima dos 25 anos, por conta da responsabilidade dos familiares no envolvimento que garante maior cuidado. Enquanto jovens acima dos 25 anos pelo fato de terem mais autonomia e não dependerem de familiares não possuem as mesmas condições de se vincularem ao serviço. Outra questão é a restrição do acesso a partir dessa idade, pois mesmo não sendo o serviço de sua preferência são encaminhados para novos locais aumentando a perda de acompanhamento e vinculação.

Na província de Copperbelt, em Zâmbia na África Subsaariana em 2015, usuários de 15 a 18 anos foram entrevistados em duas clínicas localizadas no interior de dois hospitais sendo um deles pediátrico. Grandes partes dos entrevistados tiveram acesso ao tratamento após períodos de alguma doença prolongada e em estado grave. Assim, ao procurarem cuidados médicos, com suporte de suas famílias nos hospitais, testaram para o HIV e iniciaram o tratamento (DENISON et al, 2015).

Realizado em Atlanta, Georgia nos Estados Unidos, um estudo de coorte de 2004 a 2014 evidenciou a ausência de dados acerca da transição do tratamento de HIV/Aids do serviço pediátrico para o adulto, principalmente nos estudos em que a transmissão ocorreu de forma horizontal. Os escassos documentos existentes de estudos, realizados anteriormente, mostraram que após o primeiro ano de retenção, os pacientes jovens são perdidos no sistema após a transição do serviço pediátrico para o adulto. A interrupção da relação entre o pediatra e o paciente, mudança de ambiente, perda de profissionais que auxiliavam no atendimento como assistentes sociais são as razões apontadas para a perda desse seguimento (HUSSEN et al, 2017).

Os autores Penchasky e Thomas incluem o acolhimento como dimensão do acesso que “representa a relação entre a forma como os serviços organizam-se para receber os clientes e a capacidade dos clientes para se adaptar a essa organização” (apud TRAVASSOS e MARTINS, 2004, p.192). Tal dimensão apresentada retrata uma das concepções dos estudos e revela particularidades por ser presente em estudos brasileiros, logo o acesso aos serviços de saúde refere-se ao acolhimento no Brasil.

Em ambulatório de hospital localizado em São Paulo, a abordagem de acesso foi analisada por meio de entrevistas semiestruturadas com jovens de 18 a 24 anos. A sensibilidade da equipe multiprofissional com os entrevistados foi um dos fatores que tornam o tratamento de HIV/Aids, apesar da insatisfação em tomar a medicação, um grande contribuinte. O acesso para os jovens entrevistados aparece como sendo de acolhimento. E este sendo compreendido como a flexibilidade dos serviços às necessidades dos jovens sem

especificação do profissional, horário e data pré-determinada. Atravessa toda a assistência como está na Política Nacional de Humanização (PNH), na qual o acolhimento é reconhecido como *“uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilidade pelo vínculo”*.

O vínculo é atribuído à relação entre os profissionais e os usuários, sendo parte importante no enfrentamento das situações cotidianas. A sensibilidade da equipe de saúde, para melhor atender o jovem usuário se dá, gradualmente, por vontade e maturidade do usuário. Consegue-se gerar um vínculo em que há confiança entre os jovens e equipe de saúde para assim haver melhor adesão ao tratamento numa condição de estar mais fortalecido.

Os estudos indicam o vínculo enquanto condições de relações entre os profissionais, serviço e usuário, no caso os jovens e por meio desse estabelecimento de relações:

uma relação amigável, pautada no respeito e confiança, não podendo dispensar o diálogo, que não deve ser baseado apenas nos problemas de saúde, mas sim, valorizar outros fatores que podem influenciar na continuidade do tratamento, haja vista que são doenças extremamente carregadas de estigmas e preconceitos, além de acarretar, algumas vezes problemas relacionados ao convívio familiar e social. (BRUNELLO et al, 2010, p.134)

Segundo Travassos e Martins (2004) a vinculação guarda proximidade com a utilização dos serviços de saúde pelos usuários, ou seja, os jovens. Os usuários devem ter continuidade no seu tratamento e ao utilizar os serviços há fatores que viabilizam a utilização dos serviços para conseguirem se vincular, porém utilizar os serviços e vincular-se depende do acesso.

No estudo de Cruz (2015) o vínculo refere-se à relação de diálogo, troca entre profissionais e usuários com interação entre todos. Quando os cuidadores aderem aos cuidados dos adolescentes, significa maior possibilidade de obter o diagnóstico em tempo hábil através da rotina de acompanhamento. Sem a aderência dos cuidadores o vínculo é menor e as interações entre os profissionais são limitadas reduzindo a perspectiva de vida dos adolescentes. Assim, esses adolescentes com rede de apoio frágil vivem sem o devido suporte familiar e certo isolamento social (CRUZ, 2015).

A ligação para o cuidado no estudo de Philbin et al (2015) significa iniciar os procedimentos relativos ao serviço médico, psicológico e social em pessoas recém

diagnosticadas com HIV. Consiste em, inicialmente, uma consulta médica em até 42 dias pós-encaminhamento.

O engajamento pode ser entendido como um compromisso assumido pelos pacientes. Seria uma etapa seguinte a ligação, pois entende-se que o envolvimento equivale a manutenção de seus cuidados depois da ligação para o cuidado realizada. Exige um processo de comparecimento às consultas marcadas em um período de três a seis meses. O paciente consegue melhorar seu estado clínico, supressão viral e reduz-se a mortalidade. Portanto, a ligação para o cuidado pode ser interpretado como o processo que inclui tanto a acesso, vinculação quanto a retenção (PHILBIN et al, 2015).

Portanto, há certa dificuldade apresentada em conceituar e estruturar um conceito e realidade do serviço ou sistema de saúde que se conforma de diferentes modos. As condições de acesso e vínculo aos serviços de saúde encontrados foram de formas e significados diferentes. Importa compreender as condições, pois estão configuradas no cotidiano dos usuários de diferentes maneiras ocasionando lacunas para seu tratamento, consistindo, assim, em barreiras de acesso.

5.2 BARREIRAS DE ACESSO E VÍNCULO AO TRATAMENTO DO HIV/AIDS DOS JOVENS

Os jovens são considerados, de forma explícita ou implícita, “perigosos” alvo de moralidades e que devem controlar sua sexualidade em todas as circunstâncias ou quando tiverem relações sempre fazer uso do preservativo, visto que por questões moralistas e normativas a concepção de sexo está automaticamente ligada à prevenção. Esse cuidado de si refere-se a ter mais atenção ao corpo, à sexualidade e ao desejo por já terem seus corpos considerados perigosos e sinônimo de riscos. Existe um viés preventivista que incide nos jovens vivendo com HIV/Aids independente da forma de transmissão (CUNHA et al, 2012).

Na Argentina, no Hospital Cullen na cidade de Santa Fe, Passerino (2013) investigou que o estigma é presente no local de acesso dos usuários. Para acessar o serviço, os usuários devem ir a uma área específica do hospital intitulada AIDS em que todos do hospital conseguem saber quem irá para aquela área. Os profissionais culpabilizam os jovens por suas relações sexuais e por terem contraído o HIV e quando sabem a orientação sexual dos jovens, os profissionais revelam seu diagnóstico sem cuidados, por considerar ser parte de sua responsabilidade a infecção e transmissão do HIV. Culpabilizam jovens travestis, transexuais e homossexuais dos riscos inerentes de sua orientação sexual.

Na Jamaica, a implementação de um projeto em Kingston permitiu a realização de

entrevistas e grupos focais para investigar como homens jovens que fazem sexo com homens (HSH) e mulheres jovens trans. Três eixos foram divididos para descrever as barreiras encontradas: maus tratos dos médicos, preocupações com a confidencialidade e o estigma relacionado ao HIV (LOGIE et al, 2017).

Uma participante jovem transexual revelou que médicos e profissionais de saúde no serviço discriminam e depreciam as que recebem resultado positivo. Outro enfrentamento refere-se às intersecções de estigmas relacionados ao HIV de ainda ser nomeado como uma “doença gay”, a identidade de gênero, orientação sexual, idade e sexualidade. Jovens trans revelam que esses estigmas influenciam na ocultação da identidade de gênero e orientação sexual, ao conseguirem atendimento com profissionais de saúde, haja vista que podem, segundo participantes, não manter segredo sobre quem frequentou o serviço e iniciou tratamento de HIV (LOGIE et al, 2017).

A associação do HIV/Aids com a transmissão sexual, no início da epidemia, apontou qual população tinham práticas e/ou identidades sexuais fora do padrão normativo. Estigmatizavam a homossexualidade como desviantes sexuais e falta de moral, com isso alguns grupos passam a ser desvalorizados enquanto outros grupos se colocam dentro da sociedade de forma superior, o que produz e reforça as desigualdades e exclusão social que impactam na saúde (PARKER, 2013).

As barreiras para acesso e vínculo no Quênia, África Subsaariana, foram consideradas interpessoais pela interação de pais, colegas, namorados e profissionais de saúde no processo de meninas adolescentes heterossexuais. Na visão dos profissionais de hospitais municipais e centros de saúde, para conseguirem acessar o tratamento colocariam em voga à sua família o fato de manterem relações sem estarem casadas. O medo do julgamento dos profissionais, expor a falta de conhecimento de métodos contraceptivos, horários para ir ao serviço e idiomas diferentes de profissionais e usuárias, interferem para acessar o tratamento de HIV/Aids. Outra questão é o fato de necessitarem da permissão dos pais para ir ao serviço de saúde o que diminui a capacidade das meninas adolescentes conseguirem acessar o tratamento para o HIV/Aids (HAGEY et al, 2015).

Em outro país da África Subsaariana, Uganda, em uma clínica na área urbana, pesquisadores realizaram grupos focais com pacientes adolescentes e jovens. Conseguiram identificar e numerar as barreiras para se manterem vinculados ao serviço e tratamento de Hiv/Aids e, também, a não adesão (MACCARTHY ET AL, 2018).

A primeira barreira, a pobreza abrange todos os participantes. A dificuldade de comprar alimentos para ingerirem as medicações trinta minutos antes ou de conseguirem ao

menos água para beber dificulta seguir com o tratamento. A segunda, o ambiente escolar e o medo dos colegas de sala descobrir, os fazem esconder o medicamento e assim se esquecem de tomar, além disso, é difícil deixar de fazer uma atividade em aula, como um trabalho para tomar a medicação. A estrutura familiar dos participantes varia e muitos não têm com quem compartilhar o que sentem ou quem os cuidem, já que muitos perderam os pais. Na última barreira, o quantitativo de pílulas torna exaustivo seguir o tratamento e para lidar com esse compromisso. Os participantes relataram, quando estão em lugares fora da residência, o medo de que outros prestem atenção e conheçam sua condição, faz com que se mediquem escondidos e por isso, por contra própria, “tiram férias” das medicações, podendo durar um mês (MACCARTHY et al, 2018).

Maria Letícia Santos Cruz realizou no Brasil em 2015 estudo acerca do contexto que leva ao aumento do número de casos do HIV em adolescentes vivendo com HIV/Aids, que adquiriram por transmissão vertical e a adesão ao tratamento ser difícil de acordo com os diferentes fatores que podem dificultar o acompanhamento. A autora fez sua pesquisa em um ambulatório de hospital na cidade do Rio de Janeiro, onde o estudo sinaliza que mesmo tendo assistência e acesso público os grupos mais vulneráveis são os mais afetados pela dificuldade de acesso. O estigma e discriminação e o atraso no diagnóstico interferem para que adolescentes tenham acesso, retenção e, por fim, a adesão ao tratamento.

Os jovens mais vulneráveis são os que têm mais dificuldade em obter insumos ou acesso à informações. As mulheres jovens sofrem violência de gênero e homens jovens poucos conseguem apoio familiar ou acolhimento devido à homofobia que sofrem. Uma forma de reduzir tais vulnerabilidades seria o poder público investir em intervenções no serviço para atendê-los e que sejam direcionadas a prevenção e promoção da saúde com capacidade de lidar com as singularidades dos jovens (TAQUETTE et al, 2011).

Os marcadores sociais produzem, interferem e mobilizam um conjunto de saberes. A forma como a epidemia do HIV/Aids se expressa em relação aos jovens deve ser analisado por meio desses aspectos e assim uma reflexão sobre as formas para alcançar o acesso e a vinculação ao tratamento do HIV/Aids se torna fundamental para o enfrentamento desse fenômeno.

5.3 FACILITADORES E POTENCIALIDADES DO ACESSO E VINCULAÇÃO DE JOVENS AO TRATAMENTO DE HIV/AIDS

A análise da abordagem do acesso e vínculo para a garantia desses usuários na realização do tratamento de HIV/Aids são fundamentais para o encontro de potencialidades

de novas estratégias, pois o principal a ser realizado com relação à população jovem é assegurar sua entrada, ou seja, o acesso nos serviços de saúde para que esse este se vincule e consiga se manter retido nos cuidados a sua saúde.

Ações estratégicas e iniciativas governamentais devem atender as necessidades do grupo de jovens para obtenção de seus cuidados. O reforço na melhoria de informações destinadas a este grupo, o conhecimento pelos profissionais e serviço das suas particularidades podem fundamentar as estratégias para melhor acesso desse segmento, pois algumas maneiras, formas de identificar o HIV em jovens estão aumentando e aperfeiçoando (RODRIGUES et al, 2016).

A proposta de vinculação se apresenta como estratégia de apoio, pois existem muitas dificuldades no acesso do grupo de jovens ao tratamento. Nos estudos de Philbin et al (2014) realizado nos Estados Unidos em quinze clínicas, pacientes adolescentes, jovens diagnosticados com HIV, demoravam até seis meses para início do tratamento. A estratégia para redução da espera foi a própria *linkage to care* (ligação para o cuidado) e *engagement in care* (engajamento/envolvimento com o cuidado).

A ligação para o cuidado implica no aumento do engajamento, ou seja, a retenção, sendo assim, o vínculo para o cuidado proporcionado pelo início imediato de continuidade de serviços importantes a esse público demandante. A ligação para o cuidado no estudo de Philbin et al (2015) significa iniciar de forma mais precoce os procedimentos relativos ao serviço médico, psicológico e social em pessoas recém diagnosticadas com HIV.

Num projeto desenvolvido no Condado de Uasin Gishu localizado no Quênia, jovens que já sabiam seu status sorológico eram capacitados para o programa chamado Navegadores de Pares para incentivarem, por meio de sua experiência, outros jovens a buscar acesso e se ligarem aos cuidados. Os navegadores agendavam encontros com outros jovens em reuniões comunitárias, como uma forma de aumentar a inclusão e reduzir o estigma relacionado ao HIV. Pelo fato de terem idades semelhantes a oferta de educação e apoio é uma estratégia que potencializa a sensibilizar e mobilizar outros jovens em busca de acesso ao serviço, realização da testagem e caso o resultado fosse positivo os próprios navegadores incentivam o acesso ao tratamento (SHAH et al, 2018).

Por meio desse incentivo os Navegadores possibilitaram que grande parcela de jovens ao terem diagnóstico, os acompanhavam à clínica para dar início ao tratamento dialogando sobre como se sentiam em relação a melhor forma de envolvimento para comparecer às consultas. Compreendem que seria uma forma de assimilarem o grau de vinculação. Uma potencialidade que o estudo aponta é a construção de mais programas, pesquisas e

intervenções para o público jovem (SHAH et al, 2018; COTA, 2019).

Lanier e Sutton (2013) estudaram formas de reformulações do acesso para homens jovens HSH ao tratamento com intuito de ofertar novas oportunidades que não sejam restritas ao ambiente de saúde, já que não há diretrizes que os contemplem. Oportunizando acesso em outras localidades sejam as que mais frequentam como mais uma forma de inclusão. O estudo verificou que homens jovens negros configuram 75% das infecções por HIV/Aids nos Estados Unidos, vinte vezes a mais do que homens jovens brancos. As altas taxas de desemprego, estigma, homofobia, masculinidade que são marcadores socialmente construídos e as principais razões para serem os que menos frequentam os serviços.

Reforçar as potencialidades com novas estratégias que não sejam em serviços hospitalares, mas em clínicas mais próximas dos territórios dos jovens é considerada uma forma inovadora para aumentar o acesso ao serviço e ao tratamento. Abordagens baseadas em comunidades ou não tradicionais para prevenção e promoção da saúde que envolva formas de arte, drama, música etc. Nesse estudo pesquisaram espaços mais frequentados pelos jovens como as barbearias e com apoio tanto dos barbeiros quanto de educadores e promotores de saúde encontrando espaços de discussão, espaço para aferir pressão arterial, promover a prevenção de HIV/Aids e outras ISTs. Com as conversas descobriram quais os bailes são mais frequentados para chamar, envolver os jovens oferecendo-lhes informações de forma a encorajá-los a buscar o acesso (LANIER e SUTTON, 2013).

Capili et al (2014) categorizaram os aspectos facilitadores em: comunicação paciente / profissional, apoio de grupo, atividade física e motivação. A comunicação entre os pacientes e profissionais foi relatado pelos entrevistados na pesquisa em grupo focal como facilitador da vinculação e melhoria do tratamento: “O vínculo que tenho com meu nutricionista e médico primário, conversamos muito, especialmente meu nutricionista. Estavam muito perto. Isso me ajudou bastante a manter o foco” (CAPILI et al, 2014, p. 6).

O apoio da família e atividades físicas os motivam a permanecerem buscando o acesso e a continuarem vinculados, pois os mantém avisados sobre a medicação, a serem motivados a realizarem atividades físicas em conjunto com outros pacientes que tenham o mesmo diagnóstico, para compartilhar suas experiências e criarem mais um círculo de amizade já que pela idade necessitam de motivações e compartilhar suas experiências (CAPILI et al, 2014).

Murray et al (2017) realizaram um estudo de revisão narrativa pesquisando nas bases PubMed, Web of Science, Popline, AIDS Free Resource Library da USAID e USAID Development Experience Clearing house a retenção ao tratamento de jovens em países de

baixa renda. Os pesquisadores encontraram oito estudos que sinalizam como facilitadores a transferência da assistência e tratamento do HIV das unidades mais complexas de saúde, para as comunidades com envolvimento de visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde, monitoramento dos sintomas junto a este profissional para reduzir o número de visitas ou encaminhamento aos hospitais. Apoio psicossocial, também, melhora a retenção aos cuidados dos jovens salientando que são raros na literatura esses tipos de estudos sobre retenção no cuidado entre jovens e/ou adolescentes vivendo com HIV, mas os poucos que conseguiram encontrar estão localizados na África Subsaariana.

A descentralização do tratamento significa melhor acesso e vínculo/retenção que significam transferir dos serviços de nível mais complexo para um estabelecimento de saúde de nível primário (como uma clínica de saúde de atendimentos primários) todos os pacientes jovens. Ao exemplificar, identificaram no Malawi que as menores taxas de retenção dos usuários jovens em serviços mais centralizados, como os hospitais dois anos após o início do tratamento do que em serviços descentralizados, porém adaptações para o grupo jovem devem ser incentivadas para que o serviço não seja inteiramente voltado aos adultos. Esse processo de mudança às necessidades dos jovens envolveria formas de intervenção desenvolvidas com atendimento diferenciado e adaptado para retê-los mais ao serviço (MURRAY et al, 2017).

As abordagens na atenção ao HIV/AIDS, nos dias atuais, indicam que modo de diagnóstico, assistência, testagem rápida e aconselhamento sejam descentralizados. Logo, o serviço precisa estar sensível às demandas específicas da população para que possam fazer tratamento efetivo (ZAMBENEDETTI e SILVA, 2016).

Jovens que vivem com HIV/Aids têm encontrado facilidades, mas também importantes barreiras de acesso e vinculação nos serviços de saúde. Pensando nessa direção, o município do Rio de Janeiro foi escolhido para essa abordagem a fim de possibilitar elencar quais são as lacunas existentes para o alcance do acesso, vínculo e uma boa assistência no grupo jovem. O trabalho não tem foco metodológico voltado ao município do Rio de Janeiro, mas com os resultados encontrados pode - se trazer as ideias ou respostas para visar um novo olhar sobre o fenômeno no município, mesmo que de forma restrita e com limitações.

5.4 CARACTERIZAÇÃO DO ACESSO E VÍNCULO DOS JOVENS AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO HIV/AIDS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Por meio do levantamento do tabnet rio, foi possível verificar que a partir de 2014 houve

aumento das notificações em todos os bairros e áreas programáticas, porém os bairros de residência dos jovens mais notificados com HIV/Aids são distantes, residem em bairros mais periféricos. Das dez áreas programáticas (AP) cinco são as que mais possuem notificações.

Um aspecto a ser considerado é o bairro de localização dessas unidades. A AP 3.3 em 2008 possuía 4,5% de notificações e em 2018, 14,7%. Esta área compreende os bairros: Vila Kosmos, Vicente de Carvalho, Vila da Penha, Vista Alegre, Irajá, Colégio, Campinho, Quintino Bocaiúva, Cavalcanti, Engenho Leal, Cascadura, Madureira, Vaz Lobo, Turiaçu, Rocha Miranda, Honório Gurgel, Oswaldo Cruz, Bento Ribeiro, Marechal Hermes, Guadalupe, Anchieta, Ricardo de Albuquerque, Coelho Neto, Acari, Barros Filho, Costa Barros, Pavuna.

A AP 4.0 estava com 3,3% em 2008 e em 2018 apresentou, 17,6%. Contém os bairros: Jacarepaguá, Anil, Gardênia Azul, Curicica, Freguesia, Pechincha, Taquara, Tanque, Praça Seca, Vila Valqueire, Cidade de Deus, Joá, Itanhangá, Barra da Tijuca, Camorim, Vargem Pequena, Vargem Grande e Recreio dos Bandeirantes.

A AP 5.1, com 4,1% em 2008 e em 2018 apresentou, 17,8%, contém os bairros: Deodoro, Campos dos Afonsos, Vila Militar, Sulacap, Magalhães Bastos, Realengo Padre Miguel, Bangu, Senador Camará.

A AP 5.2 em 2008 estava com 3,8% e em 2018 apresentou 17,9%: Santíssimo, Campo Grande, Senador Vasconcelos, Cosmos, Guaratiba, Barra de Guaratiba e Pedra de Guaratiba. E, por fim, a AP 5.3 em 2008 havia 3,2% e em 2018 20%: Santa Cruz, Paciência e Sepetiba.

A localização dos bairros que os jovens residem importa para compreender que as notificações se encontram em bairros distantes e que estes bairros de residência não correspondem aos locais de tratamento (SIA) identificados. O município notificado de residência dos jovens e o município em que conseguem tratamento, também, possuem divergências.

Calazans et al (2006), apontam como barreira no acesso e vínculo a dificuldade do serviço se organizar para atender a juventude. Problemas relacionados à organização do serviço em relação ao HIV/Aids, mais especificamente na falta de interação da equipe para encaminhamento no interior do serviço, prejudica o caminho de percurso do jovem em sua assistência.

Com relação ao levantamento de dados no SIA-SUS, este mostrou que as unidades que mais concentram atendimento de jovens do ano de 2008 a 2018 são as unidades hospitalares. A identificação das unidades, com maior quantitativo de todas as unidades listadas na atenção hospitalar, pode significar que a atenção ao jovem se encontre em nível de maior complexidade:

Tabela 1: Unidades de atendimentos de jovens para tratamento de HIV/Aids no município do Rio de Janeiro – 2008 a 2018.

Unidades	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho	7,6	8,5	8,3	7,9	5,1	8,3	10,0	11,9	12,1	7,5	12,8
Hospital Universitário Gaffree e Guinle	7,7	4,2	4,5	3,4	7,3	2,1	3,5	7,4	16,1	29,4	14,5
Hospital Escola São Francisco de Assis	6,5	7,6	4,2	2,5	10,6	7,2	3,7	5,6	19,6	19,4	13,2
Hospital Univ. Pedro Ernesto	11,6	0,0	0,3	9,3	24,7	17,1	12,7	9,0	5,9	3,8	5,5
HGNI	11,4 %	7,0	7,7	7,4	5,2	3,0	5,7	5,2	11,3	14,6	21,4
Hospital Geral de Guarus	0,0	0,0	0,0	5,3	14,7	15,5	15,5	15,1	9,1	12,6	12,2
Instituto de Biologia do Exército	7,8	6,7	4,3	10,9	12,9	12,0	12,4	14,2	8,8	4,6	5,2
Lab Central de Saúde Pub de Niterói Miguelote Viana	7,3	11,6	12,8	12,2	11,8	10,3	7,3	6,9	10,5	5,7	3,6
LACEN SES RJ	18,8	7,7	17,6	10,8	14,5	10,4	8,0	6,4	1,8	0,9	3,1
Inst. de Puerp. Ped. Martagão Gesteira	0	0,2	0,2	0,6	0,1	0,1	0	0	13,7	46,6	38,4

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA)

Algumas hipóteses podem ser levantadas no que se refere ao acompanhamento dos jovens e o porquê serem referenciados para o hospital. O acesso na atenção primária é uma categoria proposta como porta de entrada do SUS e dependente do uso dos serviços de saúde. Outra questão refere-se a problemas na organização do serviço, pois além da relação dos profissionais com os usuários, a forma como o serviço está estruturado e organizado o tratamento reflete na qualidade do atendimento (FERRER e GRISI, 2016).

Encaminhar para a alta complexidade de porta fechada, pode ser um chamativo de restrição e crescente problemas de acesso, principalmente na atenção básica. Pode significar crescimento de problemas e dificuldades do município em organizar sua rede de atenção, para dar resposta ao fluxo e a demanda dos jovens. Uma lacuna do Rio de Janeiro em termos de assistência e esse fato são relevantes por demonstrar as chances dos jovens em encontrar maior oportunidade de acesso nos hospitais.

Outra questão é que os indicadores e variáveis apresentadas expressam numa perspectiva de caráter social, o adoecimento da população jovem frente ao HIV/Aids. É necessário estudar o tipo, a frequência e a distribuição da doença entre os distintos grupos da sociedade e com a descrição do deslocamento de lugares mais periféricos para obtenção de tratamento e atendimento significa, também, que possivelmente o itinerário terapêutico dos jovens foi uma das primeiras barreiras encontradas, interferindo diretamente no acesso a testagem, resultado de seu diagnóstico e tratamento.

Com olhares mais amplos frente aos processos de adoecimento, do aumento do HIV/Aids entre os jovens, descrever as condições de saúde desse grupo, articulando com as condições sociais, percebe-se o estabelecimento de relações e por que não, também, de intersecções sociais. Investigar as formas de relação entre os sujeitos e seus diferentes contextos e tempos, significa um esforço em abordar a unidade entre a saúde e a doença numa perspectiva de totalidade (LAUREL, 1982).

O município do Rio de Janeiro, no ano de 2007 por meio de um decreto presidencial instituiu-se no país em âmbito municipal, estadual e federal o Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) que posteriormente passou a ser chamado de Programa Saúde na Escola (PSE) cuja característica de sua promulgação consiste na parceria entre Ministério da Educação e Ministério da Saúde. Dentre suas ações está a discussão de direito sexual e reprodutivo e prevenção de IST/Aids. Dirigido aos jovens, a saúde ganha certo espaço incorporando o protagonismo do jovem, formação de lideranças, contribuições em discussão sobre sexualidade na escola, dentre outras questões.

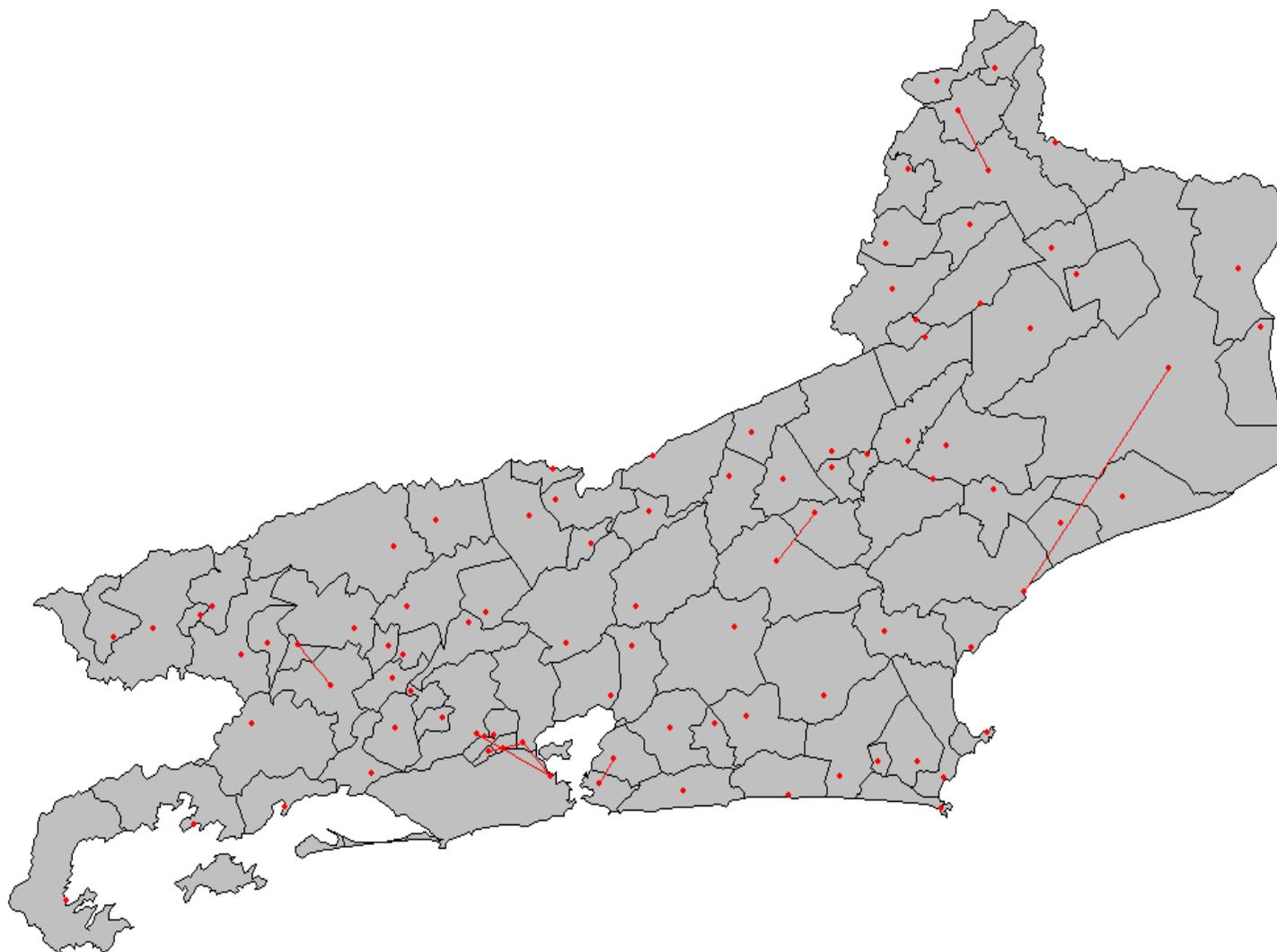
Era um programa voltado à prevenção e promoção da saúde que poderia trabalhar acesso

e vinculação voltada para jovens quando havia os Adolescentes, espaço dedicado aos jovens, pois havia facilidade de acesso e havia diferentes iniciativas com olhar voltado para os jovens, hoje foi esvaziado. O PSE encontrou fragilidades e houve reflexos no campo do HIV/Aids já que há aumento deste agravo nos jovens: “O PSE é um exemplo de como as políticas públicas dialogam com demandas contemporâneas, mas terminam encontrando muitas resistências ao chegarem às instituições” (RUSSO e ARREGUY, 2015, p.504).

Existe uma relação entre a determinação social e as expressões das vulnerabilidades nos jovens. Quando se encontram em contextos de ausência de troca de conhecimentos, ferramentas para poder agir e ser uma população informada, às formas de se reduzir o quadro de vulnerabilidade é desafiante. Em aspecto programático, iniciativas voltadas a este público em unidades de saúde ou em ambientes frequentados pela juventude que abarcassem suas singularidades, trariam melhores resultados a seus enfrentamentos (AYRES et al, 2009; SEVALHO, 2017).

A figura a seguir demonstra no Rio de Janeiro o fluxo para conseguir atendimento e tratamento:

Figura 2– Rio de Janeiro - unidades de tratamento de HIV/Aids - 2008 a 2018



Fonte: Tabwin 32: Mapa de fluxo por atendimento

Uma das dimensões dos autores Penchansky e Thomas (1981), a acessibilidade (accessibility) refere-se à existência dos serviços no lugar e no momento em que é requerido pelos usuários. Diz respeito à localização geográfica de uma instituição, assim como as unidades de saúde, a relação entre os recursos de poder dos usuários e os obstáculos colocados para se conseguir ir à unidade ou pela própria instituição.

A dimensão da acessibilidade deve ser levada em consideração para obtenção de melhorias e respostas por ser uma das razões das maiores dificuldades de acesso de uma população. O deslocamento dos usuários aliado ao tempo e distância entre a sua residência e o local em que faz seu atendimento ou tratamento, ou seja, a unidade de saúde, somado ao transporte dos usuários e recursos, podem se conformar como umas das maiores barreiras de acesso, principalmente em populações mais vulneráveis (Penchascky e Thomas, 1981; Peters et al, 2008).

Conforme demonstra o mapa de fluxo, o município de residência dos jovens está mais concentrado na região metropolitana 1 do Rio de Janeiro, Nova Iguaçu, São Gonçalo, Duque de Caxias, São João de Meriti, Niterói, Belford Roxo, Petrópolis e Itaboraí. O município de atendimento do Rio de Janeiro com um total de 95.852 atendimentos, seguido de Niterói com 15. 804, Nova Iguaçu com 5.861 e Campos dos Goytacazes com 4.165.

Através do mapa de fluxo consegue-se verificar o deslocamento que os jovens fazem para conseguir tratamento e diferentemente de como se conforma em políticas formuladas como a descentralização do tratamento do HIV/Aids dos hospitais para os serviços da atenção primária, os dados revelam o oposto. A descentralização para a atenção primária em tese, significaria o início precoce do tratamento pela porta de entrada que seriam as clínicas da família, pois casos de HIV podem ser tratados na atenção primária. O deslocamento para serem atendidos em tipo de unidade da qual não haveria tanta necessidade sinalizam com isso, as dificuldades de acesso, haja vista que a população jovem não está sendo notificada nas unidades básicas e sim nos hospitais já que são estas unidades que os absorvem.

As unidades que mais notificam jovens em ordem de maior quantitativo são as hospitalares com 4.474 notificações, seguidas dos Centros Municipais de Saúde com 3.348 notificações e por último, Clínicas da Família com 1.182 notificações de jovens. A lógica da descentralização pressupõe que as notificações deveriam ser nas unidades de atenção primária. No entanto, os dados reforçam a hospitalização do atendimento.

A descentralização do tratamento do HIV/Aids realizada em 2012, em nível local, resultaria o oposto do que mostram os resultados. Como há manuais de dez anos anteriores como o Aconselhamento em DST/HIV/Aids para a Atenção Básica, Cadernos da atenção

básica (BRASIL, 2003; BRASIL, 2006) onde já havia a indicação de formular ações para a atenção primária, com o advento do teste rápido, o tempo de diagnóstico seria reduzido. Assim, um dos aspectos que sinalizam uma inadequação da rede à descentralização do tratamento de HIV/Aids e resultam em uma concentração do tratamento dos jovens em serviços hospitalares, enquanto as notificações ocorrem também em serviços de atenção básica são as fragilidades em termos de estrutura para o desenvolvimento de ações voltadas ao HIV/Aids (ZAMBENEDETTI e SILVA, 2016).

A descentralização para a atenção primária possui resistência entre os profissionais, o que acarreta tanto no acesso quanto no vínculo com os pacientes. Há relatos de médicos que não confiam no teste rápido e solicitam teste laboral para confirmar o diagnóstico, o que implica em deslocamento dos pacientes e demora em iniciar o tratamento. Somado a esta desconfiança, as ações na atenção primária podem sobrecarregar os profissionais no sentido de obter mais um tipo de responsabilidade, na qual não está acostumado, além do tamanho da equipe não ser condizente com o necessário para tornar as ações mais efetivas. Isso interfere no aumento de casos por atrasar o jovem positivo no sistema de saúde pela falta de acolhimento, acesso e diagnóstico (ZAMBENEDETTI e SILVA, 2016).

6 CONCLUSÃO

Esta dissertação teve como objetivo compreender, abordar e caracterizar como o acesso e vínculo dos jovens estão sendo tratados na literatura, vislumbrando compreender em nível local modos de se pensar no município do Rio de Janeiro. Por meio de revisão narrativa e estudo descritivo, foram elencadas barreiras e potencialidades considerando as singularidades dos usuários do sistema de saúde, no caso os jovens.

A divisão em etapas possibilitou refletir, de forma qualitativa e descritiva, conhecimentos e apontar caminhos sobre determinadas lacunas acerca das condições de acesso ao tratamento de forma descritiva. A segunda etapa complementa a primeira, pois se buscou apontar direcionamentos por meio deste panorama, a situação atual do município do Rio de Janeiro. Dessa forma, o intuito deste trabalho é de contribuir no sentido de abrir possibilidades de novos estudos, intervenções nos serviços de saúde e avançar em relação ao tratamento de HIV/Aids dos jovens, principalmente em contextos de maior vulnerabilidade.

Os estudos da revisão revelaram que há maior quantidade sobre vínculo ou “linkage to care” mais presente no debate internacional do que no Brasil. Esse achado permite refletir sobre opções ou alternativas para garantir a vinculação e de onde parte essas iniciativas, ou seja, de que forma os jovens estão acessando os bens e serviços de saúde. A academia, também, deve demonstrar engajamento em propor respostas, intervenções sobre o aumento de jovens com HIV. A manifestação da desigualdade e exclusão social da população perpassam o território e sua relação, seu uso, seus objetos, dinâmica e relevância em que se identificam as vulnerabilidades dos sujeitos e de sua determinação social da saúde.

A discussão sobre acesso e vinculação apresenta certa amplitude e dificuldade de estabelecer suas condições. De acordo com os estudos, as condições de acesso e vinculação ao tratamento de HIV/Aids aparecem de formas muito próximas em relação uma a outra além de apresentar como está sendo incorporada a discussão sobre vinculação e utilização.

Encontra-se maior registro de número de trabalhos acerca da vinculação (linkage to care) trazendo em sua discussão maior proximidade com o acesso, tornando possível a reflexão sobre as visões de alguns sobre a vinculação já ser uma maneira de discussão, assim a vinculação pode ser entendida como a utilização dos serviços pelos jovens.

Deve - se discutir e fazer - se algo em relação às condições que tornam as pessoas vulneráveis ao HIV, como o enfrentamento das barreiras encontradas. A juventude se

encontra em situação de maior vulnerabilidade em seu cotidiano e ao acessar os serviços de saúde para o tratamento de HIV/Aids ainda há barreiras concretas, não só para que esse jovem se teste, mas para que ele se trate, devido a uma grande lacuna relativa à assistência a este público. A vulnerabilidade da juventude deve fazer parte das respostas dos governos para que seus sistemas de saúde sejam organizados a fim de garantir acesso e serviços de atenção à saúde voltada a população que apresenta maior discriminação e piores perfis de saúde (AYRES et al, 2003).

A pesquisa buscou demonstrar através dos dados secundários dos sistemas de informação caracterizar o município do Rio de Janeiro. O levantamento feito mostra o oposto do que as diretrizes mostram sobre os jovens. Mesmo possuindo uma rede capilar de serviços de atenção básica e serviços especializados, o local de diagnóstico e as unidades notificadoras, de tratamento dos jovens não ocorrem onde é preconizado. Nos estudos da revisão está sendo verificado um consenso em torno da prevenção e promoção da saúde ser descentralizado para a atenção primária. O fato do município do Rio de Janeiro, demonstrar pelas notificações ser centralizado nos hospitais, ou seja, em níveis de maior complexidade significa que para enfrentar as barreiras existentes, intervenções intersetoriais devem ser propostas para ampliar a capacidade de diagnóstico e tratamento no sistema.

Na realidade brasileira, os aspectos positivos nos medicamentos existem, haja vista a qualidade de vida das pessoas, o que é memorável, porém significa não necessariamente apostar somente na medicação. O tratamento do HIV/Aids envolve o fluxo de atendimento, dilemas do tratamento e se o serviço conseguirá dar respostas dessas questões. Deve-se levar em conta o atual cenário em que o acesso ao tratamento e aos serviços em geral não têm sido democrático, o que limita a sua potencialidade em ser de fato universal à toda população. Daí a importância do desdobramento dessa temática do acesso e vinculação dos jovens ao tratamento do HIV/Aids no contexto de atendimento no SUS, visto a relevância de ampliação da reflexão e do entendimento sobre o enfrentamento das barreiras de acesso para a garantia de bens e serviços tão necessários a esse grupo social tão vulnerável.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, Miriam; CASTRO, Mary Garcia; SILVA, Lorena Bernadete. **Juventude e sexualidade**. Brasília: UNESCO Brasil, 2004.

ABRAMOVAY, Miriam; CASTRO, Mary Garcia. **Ser jovem no Brasil hoje: políticas e perfis da juventude brasileira**. Fundação Konrad Adenauer, 2015.

ALEIXO, I. GRAÇA, E; e GRANDELLE, R. **Campanhas ineficazes e moralismo levam a aumento de casos de HIV**. O Globo, 2019.

ALMEIDA, M, M^a I.; EUGENIO, F. (orgs.) **Culturas Jovens. Novos mapas do afeto**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 2006.

ALVES CKA, NATAL S, FELISBERTO E, SAMICO I. *Interpretação e análise das informações: o uso de matrizes, critérios, indicadores e padrões*. In: Samico A, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, organizadores. *Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: MedBook; 2010. p.89-107.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. **Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, Nov. 2012.

AYRES, J.R.C.M., França Junior, I., CALAZANS, G.J e Saletti Filho, H.C. **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios**. In: Czeresnia,

D. Freitas, C.M (orgs.) *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003, p.117-139.

BARROS, S.G; Silva, L.M.V. **A terapia antirretroviral combinada, a política de controle da Aids e as transformações do Espaço Aids no Brasil dos anos 1990**. Saúde Debate. Rio de Janeiro, V. 41, N. Especial 3, P. 114-128, Set. 2017.

Biehl, J. **Antropologia no campo da saúde global**. Horizontes Antropológicos. 17 (35): 257-296, 2011.

BOURDIEU, Pierre (1983). **A juventude é apenas uma palavra**. In: BOURDIEU, Pierre. *Questão de sociologia*. Rio de Janeiro, Marco Zero, 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Aids e DST**. Secretaria de Vigilância a Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, dezembro de 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Recomendações para a Atenção Integral a Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da**

Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BREILH, Jaime. "Una Perspectiva Emancipadora de la Investigación y Acción, Basada en la Determinación Social de la Salud". In: TALLER LATINOAMERICANO DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD. Disponível em: <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3413/1/Breilh,%20J-CON-119-Una%20perspectiva%20em.pdf>

BRITO, Ana Maria de; CASTILHO, Euclides Ayres de; SZWARCOWALD, Célia Landmann. **AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada**. Rev. Soc. Bras. Med. Trop., Uberaba , v. 34, n. 2, p. 207-217, Abril. 2001.

BRUNELLO, Maria Eugênia Firmino e tal. **O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil(1998-2007)**. Acta paul. enferm., São Paulo ,v.23, n.1, p. 131-135, 2010.

CALAZANS, Gabriela et al . **Plantões jovens: acolhimento e cuidado por meio da educação entre pares para adolescentes e jovens nos Centros de Testagem e Aconselhamento - CTA**. Saude soc., São Paulo , v. 15, n. 1, p. 22-36, Abr. 2006

CDC. **HIV Among Youth**. Disponível em: <https://www.cdc.gov/hiv/group/age/youth/index.html>.

CRUZ, Marly Marques. **Avaliação de Programas de Prevenção de DST/AIDS para Jovens: Estudo de Caso numa Organização Governamental e numa Organização Não-Governamental do Município do Rio de Janeiro/ Marly Marques da Cruz**. – 2006.

CRUZ, Joanderson; Fidelis de Almeida, Patty Fidelis ; Figueredo, Ariádina H.; Maia dos Santos, Adriano. **Avaliação do acesso à Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos usuários no município de Santo Antônio de Jesus-Bahia, Brasil**. Revista de Salud Pública, vol. 19, núm. 5, set-out, 2017, pp. 641-648.

CRUZ, Marly Marques da, Toledo, Luciano Medeiros de, Santos, Elizabeth Moreira dos Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(1):81-89, jan-fev, 2003.

CUNHA, Claudia Carneiro da. **Os muitos reveses de uma "sexualidade soropositiva": o caso dos jovens vivendo com HIV/AIDS**. *Sex., Salud Soc.* (Rio J.), Rio de Janeiro , n. 10, p. 70-99, Abril. 2012 .

DONABEDIAN A. **The assessment of need**. In: Donabedian A, editor. *Aspects of medical care administration*. Cambridge: Harvard University Press; 1973. p. 58-77.

FERRARI, F. C. Biomedicalização da resposta ao HIV/Aids e o caso da emergência da PrEP: um ensaio acerca de temporalidades entrecruzadas. **Equatorial – Revista do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social**, v. 4, n. 7, p. 131-160, 11 maio 2018.

FERRER, Ana Paula Scoleze; GRISI, Sandra Josefina Ferraz Ellero. **Assessment of access to primary health care among children and adolescents hospitalized due to avoidable conditions**. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo , v. 62, n. 6, p. 513-523, Set. 2016.

FORTENBERRY, J Dennis et al. **“Linkage to care for HIV-positive adolescents: a multisite study of the adolescent medicine trials units of the adolescent trials network”** *Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine* vol. 51,6 (2012): 551-6.

GERHARDT, T.SILVEIRA, D.T. 2009. Métodos de pesquisa; coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GOLEGÃ, Alcino Antonio Campos. **Avaliação das etapas do cuidado contínuo de paciente com HIV/Aids, atendido em serviço de atendimento especializado em Aids (SAE), no município de Santos- SP**. 2009 a 2013. 2017. 97 f. Tese (doutorado) - Universidade Católica de Santos, Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Saúde Coletiva, 2017.

GOMES, Márcia Constância Pinto Aderne. PINHEIRO, Roseni. **Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos**. *Revista Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, v. 9, n. 17, p. 287-301, mar./ago. 2005.

GREENE, JC; BENJAMIN, L & GOODYEAR, L. **The Merits of Mixing Methods in Evaluation**. *Evaluation* 2001; 7(1): 25-44

GUERRA, Camila Peixoto Pessôa; SEIDL, Eliane Maria Fleury. **Crianças e adolescentes com HIV/Aids: revisão de estudos sobre revelação do diagnóstico, adesão e estigma**. *Paidéia* (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto , v. 19, n. 42, p. 59-65, Abri. 2009

HEILBORN, Maria Luiza. **O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**: Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz, 2006.

KNAUTH,D.R; GONÇALVES,H. **Juventude na era da Aids: entre o prazer e o risco**.

LAURELL, Asa Cristina. **A saúde-doença como processo social**. (Original: La salud-enfermedad como proceso social"). *Revista Latinoamericana de Salud*, México, 2, 1982, pp. 7-25. Tradução Everardo D. Nunes. Disponível em:

<http://www.residenciamultihucff.xpg.com.br/textos/texto11.pdf>

LEVANDOWSKI, D.C. RITT, G.C. VESCOVI, G. BARTH, B. **Adolescência e HIV/AIDS: Uma análise bibliométrica da produção científica brasileira no período 1980-2013.** *Adolesc. Saude*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 74-83, jan/mar 2016.

MACPHERSON, Peter et al. **“Service delivery interventions to improve adolescents' linkage, retention and adherence to antiretroviral therapy and HIV care”** *Tropical medicine & international health : TM & IH* vol. 20,8 (2015): 1015-32.

MALTA, Mônica; BASTOS, Francisco Inácio. **Aids: prevenção e assistência.** In: GIOVANELLA, Lúgia (org.) *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.* 2ª ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p.1057-1089.

MANN, J; TARANTOLA, D; NETTER, T. (orgs). **A Aids no mundo.** Abia, IMS/UERJ e Relume Dumara, 1993.

MELO, Eduardo Alves, MAKSUD, Ivya e AGOSTINI, Rafael. **Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde?.** *Revista Panamericana de Salud Pública* [online]. 2018, v. 42, e151. Disponível em: <<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.151>>.

MORAES, Ilara Hämmerli Sozzi de; SANTOS, Silvia R. Fontoura Rangel dos. **Informação em Saúde: Os Desafios Continuam.** *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 37-51, Jun,1998.

O’CATHAIN,A;THOMAS,K. **Combinando métodos qualitativos e quantitativos.** POPE, C. & MAYS, N., 2009. *Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde.* Porto Alegre: Artmed, 2ª. Edição.

OLIVEIRA, Lédice Lino de; NEGRA, Marinella Della; NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira Fantini. **Projetos de vida de adultos jovens portadores de HIV por transmissão vertical: estudo exploratório com usuários de um ambulatório de infectologia.** *Saude soc.*, São Paulo , v. 21, n. 4, p. 928-939, Dez. 2012.

POPE, C. & MAYS, N., 2009. **Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde.** Porto Alegre: Artmed, 2ª. Edição.

PARKER R. **Interseções entre Estigma, Preconceito e Discriminação na Saúde Pública Mundial.** In *Estigma e Saúde*, S. Monteiro e W. Villela (orgs). Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2013 pp 25-46.

PENCHANSKY, DBA; THOMAS, JW, 1981. **The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction.** *Med Care*, February, 19(2):127-40

PETERS, D.H., Anu Garg, Gerry Bloom, Damian G. Walker, William R. Brieger, and M. Hafizur Rahman. 2008. **“Poverty and Access to Health Care in Developing Countries.”** *Annals of the New York Academy of Sciences* 1136 (1): 161–171.

PHILBIN MM, Tanner AE, DuVal A, et al. **Factors affecting linkage to care and**

engagement in care for newly diagnosed HIV-positive adolescents within fifteen adolescent medicine clinics in the United States. *AIDS Behav.* 2014;18(8):1501-10.

PHILBIN, Morgan M et al. **“Understanding Care Linkage and Engagement Across 15 Adolescent Clinics: Provider Perspectives and Implications for Newly HIV-Infected Youth”** *AIDS education and prevention : official publication of the International Society for AIDS Education* vol. 29,2 (2017): 93-104.

POPE, C. & MAYS, N., 2009. **Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde.** Porto Alegre: Artmed, 2ª. Edição.

QUITES, H. F. O. **Barreiras do uso da Informação em Saúde na tomada de decisão municipal: uma Revisão de Literatura** *Rev. Gest. Saúde (Brasília)* Vol.07 (Supl. 1), p 1011-22, jul. 2016.

RODRIGUES, Jailson Alberto; SILVA, Luiz Henrique Fernandes da; ALBUQUERQUE, Saemmy Grasiely Estrela de; NOGUEIRA, Jordana de Almeida; ANJOS, Ulisses Umbelino dos; NASCIMENTO, João Agnaldo do. **Fatores contribuintes da vulnerabilidade individual dos jovens ao HIV.** *Rev. bras. ciênc. saúde;* 20(2): 141-148, 2016.

ROTHER, E.T. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta paul. Enferm* 2007.

RUSSO, Kalline; ARREGUY, Marília Etienne. Projeto "Saúde e Prevenção nas Escolas": percepções de professores e alunos sobre a distribuição de preservativos masculinos no ambiente escolar. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 501-523, Jun 2015.

SEFFNER, Fernando; PARKER, Richard. **A Neoliberalização da prevenção do HIV e a resposta brasileira à Aids.** Mito vs Realidade. P-22-32, 2016.

TANNER, E. Morgan M. Philbin, Anna Duval, Jonathan Ellen, Bill Kapogiannis, J. Dennis Fortenberry & The Adolescent Trials Network for HIV/AIDS Interventions (2014) **“Youth friendly” clinics: Considerations for linking and engaging HIV-infected adolescents into care,** *AIDS Care*, 26:2, 199-205.

TAQUETTE SR, Matos HJ, Rodrigues AO, Bortolotti LR, Amorim E. **A epidemia de Aids em adolescentes de 13 a 19 anos no município do Rio de Janeiro: descrição espaço-temporal.** *Rev Soc Bras Med Trop.* 2011;44(4):467-70.

TAQUETTE SR. **Epidemia de HIV/Aids em adolescentes no Brasil e na França: semelhanças e diferenças.** *Saude Soc.* 2013;22(2):618-28.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004.

VICTORA, Ceres Gomes; KNAUTH, Daniela Riva; HASSEN, Maria de Nazareth Agra. **Pesquisa qualitativa em saúde:** uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo editorial, 2000.

UNAIDS, Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. Organização das Nações Unidas. **Global Report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013.** Genebra, Suíça: 2013.

WHO. **Health topics.** HIV/AIDS. Julho de 2019. Disponível em:<<http://www.who.int/hiv/en/>> .

ZAMBENEDETTI, G., Silva, R.A.N. Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 26 [3]: 785-806, 2016.

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.** *Cad. Saúde Pública* 34(7): e00206617, 2018.

ANEXO 1 – QUADRO 1: LISTAGEM DE SELEÇÃO DAS PUBLICAÇÕES

Nº	Autoria (Ano)	Título da produção científica	Local de origem	Idioma	Metodologia	Revista
1	Stein et al (2015)	HIV testing, linkage to HIV medical care, and interviews for partner services among youths — 61 health department jurisdictions, United States, Puerto Rico, and the U.S. Virgin Islands.	EUA	Inglês	Qualitativa	CDC
2	Farmer et al (2015)	Factors associated with retention among non-perinatally HIV-infected youth in the HIV research network	EUA	Inglês	Qualitativo	J Pediatric Infect Dis Soc
3	Kurth et al (2015)	HIV testing and linkage to services for youth	EUA	Inglês	Qualitativo	J Int AIDS Soc
4	Tanner et al (2014)	Youth friendly" clinics: considerations for linking and engaging HIV-infected adolescents into care	EUA	Inglês	Qualitativa	Aids Care
5	Fortenberry et al (2012)	Linkage to care for HIV-positive adolescents: a multisite study of the adolescent medicine trials units of the adolescent trials network	EUA e Porto Rico	Inglês	Qualitativa	J Adolescent Health

6	Andrews et al (2012)	Projecting the benefits of antiretroviral therapy for HIV prevention: the impact of population mobility and linkage to care	África do Sul	Inglês	Qualitativo e Quantitativo	The Journal of Infectious Diseases
7	Cruz (2015)	Crianças e adolescentes vivendo com HIV em acompanhamento em serviços brasileiros: análise dos fatores de vulnerabilidade na adesão ao tratamento antirretroviral	Brasil	Português	Qualitativo	Arca Fiocruz
8	Philbin et al (2014)	Factors affecting linkage to care and engagement in care for newly diagnosed HIV-positive adolescents within fifteen adolescent medicine clinics in the United States	EUA	Inglês	Qualitativa	Aids Care
9	Philbin et al (2014)	Linking HIV-positive adolescents to care in 15 different clinics across the United States: creating solutions to address structural barriers for linkage to care	EUA	Inglês	Qualitativa	Aids Care
11	Denison et al (2015)	The sky is the limit: Adhering to antiretroviral therapy and HIV self-management from the perspectives of adolescents living with HIV and their adult caregivers.	Copperbelt: Zâmbia	Inglês	Qualitativa: Entrevistas	Journal of International AIDS Society
12	Hagey et al (2015)	Barriers and facilitators adolescent females living with HIV face in	Quênia	Inglês	Qualitativa	J Int AIDS Soc

		accessing contraceptive services: A qualitative assessment of providers' perceptions in western Kenya				
13	Logie et al (2017)	Barriers and facilitators to HIV testing among young men who have sex with men and transgender women in Kingston, Jamaica: A qualitative study	Jamaica	Inglês	Qualitativa	J Int AIDS Soc
14	Hussen et al (2017)	Transitioning young adults from paediatric to adult care and the HIV care continuum in Atlanta, Georgia, USA: A retrospective cohort study	EUA	Inglês	Qualitativa	J Int AIDS Soc
15	Tepper, Zaner e Ryscavage (2017)	HIV healthcare transition outcomes among youth in North America and Europe: A review.	Europa e EUA	Inglês	Qualitativa	J Int AIDS Soc
16	McHenry et al (2017)	HIV Stigma: Perspectives from Kenyan Child Caregivers and Adolescents Living with HIV	Quênia	Inglês	Qualitativa	J Int AIDS Soc
17	Miller et al (2017)	Evaluating testing strategies for identifying youths with HIV infection and linking youths to biomedical and other prevention services	EUA	Inglês	Qualitativa	JAMA Pediatr
18	Woollett et al (2017)	Enrolling HIV-positive adolescents in mental health research: A case study reflecting on legal and ethical	África do Sul	Inglês	Qualitativo e Quantitativo	SAMJ

		complexities.				
19	Murray et al (2017)	Improving retention in HIV care among adolescents and adults in low- and middle-income countries: A systematic review of the literature.	EUA	Inglês	Qualitativa: Revisão sistemática	PLoS One
20	Whiteley et al (2018)	A mobile gaming intervention to increase adherence to antiretroviral treatment for youth living with HIV: Development guided by the information, motivation, and behavioral skills model.	EUA	Inglês	Qualitativa	JMIR Mhealth Uhealth
22	MacCarthy et al (2018)	"how am i going to live?": Exploring barriers to ART adherence among adolescents and young adults living with HIV in Uganda.	Uganda	Inglês	Qualitativa: Grupo focal	BMC Public Health
23	Shah et al (2019)	A Pilot Study of "Peer Navigators" to Promote Uptake of HIV Testing, Care and Treatment Among Street-Connected Children and Youth in Eldoret, Kenya.	Quênia	Inglês	Qualitativa	AIDS Behav
24	Marsh e Rothenberger (2019).	A Young Black MSM on PrEP Is Lost to Follow-Up and Acquires HIV Infection: A Case to Call for Improved Strategies to Support Youth Adherence and Engagement in HIV	EUA	Inglês	Qualitativa	J Int Assoc Assistência prestada à AIDS

		Prevention.				
26	Zanoni, Mayer e Kenneth (2014)	The adolescent and young adult HIV cascade of care in the United States: exaggerated health disparities.	EUA	Inglês	Qualitativa: Revisão de literatura	AIDS Patient Care
30	Christie e Pierre (2012)	Eliminating vertically-transmitted HIV/AIDS while improving access to treatment and care for women, children and adolescents in Jamaica	Jamaica	Inglês	Qualitativa	The West Indian medical journal
32	Capili et al (2014)	Barriers and facilitators to engagement in lifestyle interventions among individuals with HIV	EUA	Inglês	Qualitativo: Grupo focal	Journal Assoc Nurses AIDS Care
33	Passerino (2013)	Imaginarios, biomedicina y normatividad: una respuesta a los procesos de estigmatización y discriminación por VIH /	Argentina	Espanhol	Qualitativa	Rev. Cienc. Saúde
34	Lanier e Sutton (2013)	Reframing the context of preventive health care services and prevention of HIV and other sexually transmitted infections for young men: new opportunities to reduce racial/ethnic sexual health disparities.	EUA	Inglês	Qualitativa	J Public Health

36	Oliveira, Negra e Nogueira- Martins (2012)	Projetos de vida de adultos jovens portadores de HIV por transmissão vertical: estudo exploratório com usuários de um ambulatório de infectologia /	Brasil - SP	Português	Qualitativa: Entrevistas	Saúde e Sociedade
----	--	---	-------------	-----------	-----------------------------	----------------------