

UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL
ÁREA DO CONHECIMENTO DE HUMANIDADES
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

LUCIANE SANTIN

HIV/AIDS NA JUVENTUDE: ALGUMAS QUESTÕES PARA DEBATE

CAXIAS DO SUL

2019

LUCIANE SANTIN

HIV/AIDS NA JUVENTUDE: ALGUMAS QUESTÕES PARA DEBATE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial à obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social, do Curso de Serviço Social, da Universidade de Caxias do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Margareth Lucia Paese Capra

CAXIAS DO SUL

2019

**ATA DE ARGUIÇÃO DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE
CURSO SERVIÇO SOCIAL**

Aos quatro dias do mês julho de 2019, no Bloco II, do Campus da Universidade de Caxias do Sul, reuniu-se a Comissão Examinadora, indicada pelo Colegiado do Curso de Serviço Social desta Universidade, integrada pelos seguintes membros: Prof. Dra. Ana Maria Paim Camardelo; Prof. Ms. Rosane Inês Fontana Lorenzini; e Prof. Dra. Margareth Lucia Paese Capra, para realizar a arguição do Trabalho de Conclusão de Curso do/a aluno Luciane Santin intitulado "HIV/AIDS NA JUVENTUDE: ALGUMAS QUESTÕES PARA DEBATE", tendo por palavras-chave "Epidemia HIV/Aids. Juvenilização. Políticas Sociais Públicas", contabilizando um total de cinquenta e três páginas. Este trabalho foi orientado pela professora Margareth Lucia Paese Capra, tendo sido previamente entregue à Comissão Examinadora e avaliado de acordo com os critérios de avaliação do Trabalho de Conclusão de Curso estabelecidos pelo Curso de Serviço Social, recebendo as seguintes notas:

- (a) Nota do Desempenho do aluno no processo de orientação e construção do TCC (peso de 20 pontos): 20

- (b) Nota do Trabalho Escrito (peso de 60 pontos): 60

- (c) Nota da Apresentação Oral e Arguição (peso de 20 pontos): 20

- Nota Final (a) + (b) + (c) = 10,0 transformada no código 4 (quatro), conforme Regimento Interno da UCS.

Comissão Examinadora:

Ana Camardelo
Prof. Dra. Ana Maria Paim Camardelo

Rosane Lorenzini
Prof. Ms. Rosane Inês Fontana Lorenzini

Aluno:

Luciane Santin
Luciane Santin

Orientadora:

Margareth Lucia Paese Capra
Prof. Margareth Lucia Paese Capra

AGRADECIMENTOS

A meu esposo Márcio e minha filha Maria Luíza, pelo incentivo, compreensão, carinho, e por despertar em mim o desejo de ser uma pessoa cada vez melhor.

Aos meus pais, pelos valores e ensinamentos transmitidos ao longo da vida. As minhas irmãs Saionara e Loreci por terem acreditado na minha capacidade, e nos momentos mais difíceis tinham sempre uma palavra de carinho para me ofertar.

A Prof^a Dr^a Margareth Lucia Paese Capra, por sua competência, carinho, e sensibilidade na orientação deste trabalho. A você toda minha admiração e respeito.

As professoras Ana Maria Paim Camardelo, Elizabete Bertele, Heloísa Teles, Rosane Inês Fontana Lorenzini, pelos ensinamentos compartilhados. A vocês toda minha admiração e respeito.

Aos colegas do curso de Serviço Social, que muito contribuíram para minha formação.

À toda equipe do Serviço Municipal de Infectologia de Caxias do Sul, em especial a minha supervisora de campo a Assistente Social Bárbara Letícia Pinheiro, por terem me recebido de braços abertos para que eu pudesse realizar meu estágio obrigatório.

E a Deus, que permitiu que tudo isto se tornasse realidade.

RESUMO

O presente estudo trata da temática da Aids na Juventude, tendo como objetivo identificar como tem incidido a Aids nesse segmento e construir reflexões que possam dimensionar os fatores que têm favorecido o crescente processo de juvenização da epidemia, atentando para a efetividade das políticas públicas de enfrentamento da epidemia na realidade brasileira, e abordando perspectivas para pensar essa problemática diante do atual contexto social e político em que os jovens encontram-se inseridos. O recorte temático norteou-se por duas grandes questões interconectadas: a) como tem acontecido a evolução da epidemia da Aids no Brasil e quais as bases que orientam a política nacional de HIV/Aids?; b) como essa infecção tem atingido a juventude, que estratégias têm sido desenvolvidas no Brasil e que perspectivas podem ser pensadas? Os procedimentos metodológicos adotados foram a pesquisa de alguns documentos normativos e de materiais bibliográficos considerados de referência na área. Como resultados, evidenciou-se que a juvenização da epidemia de HIV/Aids no Brasil, caracteriza-se pelo aumento expressivo de casos notificados em jovens na faixa etária entre 20 a 34 anos de idade, em ambos os sexos, afetando majoritariamente os indivíduos que se encontram em situação de maior vulnerabilidade social, econômica e cultural, fenômeno esse que acompanha os processos de heterossexualização, interiorização e pauperização da epidemia. Com base nos resultados obtidos evidencia-se que as causas do alto índice de jovens contaminados pelo HIV/Aids, estão diretamente relacionadas à forma como a sociedade historicamente se organiza, destacando-se, entre os fatores determinantes, as desigualdades sociais, econômicas, e de gênero. Considerando esses indicativos, pressupõe-se que pensar em estratégias para o enfrentamento da epidemia na atualidade será necessário reconhecer o contexto histórico, cultural e socioeconômico em que os jovens estão inseridos; a forma de representações e práticas da juventude, bem como a incidência das desigualdades sociais e das ações das políticas sociais públicas na vida desse segmento.

Palavras-chave: Epidemia HIV/Aids. Juvenilização. Políticas Sociais Públicas.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABIA** - Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids
- ADT**- Assistência Domiciliar Terapêutica
- AIDS** - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- CTA**- Centros de Testagem e Aconselhamento
- GAPA** - Grupo de Apoio à Prevenção à Aids
- HD** - Hospital-Dia
- HIV**- Vírus da Imunodeficiência Humana
- HSH**- Homens que fazem Sexo com Homens
- IST** - Infecções Sexualmente Transmissíveis
- LNC**- Lista de Notificação Compulsória
- ONG** - Organização Não Governamental
- ONU** - Organização das Nações Unidas
- PEP** - Profilaxia Pós-Exposição
- PrEP** - Profilaxia Pré-Exposição
- PVHA** - Pessoa Vivendo com HIV/Aids
- SAE** - Serviço de Assistência Especializada
- SICLOM** - Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
- SIM** - Sistema de Informações sobre Mortalidade
- SINAN** - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
- SISCEL** - Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
- SUS** - Sistema Único de Saúde
- TARV** - Terapia Antirretroviral
- TTP** - Tratamento para Todas as Pessoas
- UDI** - Usuários de Drogas Injetáveis
- VE** - Vigilância Epidemiológica

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1-** Taxa de detecção de aids (x100 mil hab) e percentual de declínio ou incremento, notificados no Sinan, Siscel/Siclom, SIM.....25
- Figura 2 -** Taxa de detecção de aids (x100 mil hab) por Estado e capital Brasileira, notificados no Sinan e Siscel/Siclom até 30/06/2018; no SIM, de 2000 a 2017.....28

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| Gráfico 1- Número de Casos de Aids por Região do Brasil..... | 21 |
| Gráfico 2- Faixa Etária X Sexo Masculino X Ano do Diagnóstico..... | 23 |
| Gráfico 3- Faixa Etária X Sexo Feminino X Ano do Diagnóstico..... | 23 |
| Gráfico 4- Faixa Etária X Sexo Masculino/Feminino X Ano do Diagnóstico..... | 26 |
| Gráfico 5- Escolaridade X Sexo Masculino/Feminino X Ano do Diagnóstico..... | 27 |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 10 |
| 2. ALGUNS ELEMENTOS INICIAIS PARA COMPREENDER A TEMÁTICA DE HIV/AIDS..... | 13 |
| 2.1 BREVE PANORAMA DA AIDS NA REALIDADE BRASILEIRA E DA POLÍTICA NACIONAL DE HIV/AIDS..... | 20 |
| 3. HIV/AIDS NA JUVENTUDE E AS POLÍTICAS DE ENFRENTAMENTO DA EPIDEMIA..... | 32 |
| 3.1 PERSPECTIVAS PARA PENSAR A PROBLEMÁTICA DE HIV/AIDS NA JUVENTUDE..... | 38 |
| 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 48 |
| REFERÊNCIAS..... | 50 |

1. INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) faz parte das exigências curriculares para obtenção de diploma no curso de graduação em Serviço Social, consiste numa monografia científica, importante para formação acadêmica, pois é um momento de síntese e expressão da totalidade da formação profissional. É um trabalho que consiste na sistematização do conhecimento, resultante de um processo investigativo, delimitado por uma indagação teórica, preferencialmente gerada a partir das vivências de estágio no processo da formação profissional (ABEPSS,1996).

De acordo com o projeto pedagógico do Curso de Serviço Social da UCS, o Trabalho de Conclusão do Curso tem como objetivo evidenciar a apreensão do estudante acerca do projeto ético-político da profissão considerando a realidade social, e os desafios que se interpõem. Trata-se, portanto, de um processo que envolve as aprendizagens na experiência vivenciada nos estágios e também nas diversas disciplinas que compõem a formação (UCS, 2011)

O foco central desse estudo diz respeito à temática de HIV/Aids na juventude, tratando-se de um problema de pesquisa que desdobrou algumas questões norteadoras, a saber: a) como tem acontecido a evolução da epidemia da Aids no Brasil e quais as bases que orientam a política nacional de HIV/Aids?; b) como essa infecção tem atingido a juventude, que estratégias têm sido desenvolvidas no Brasil e que perspectivas podem ser pensadas?

Nesse sentido, essa produção monográfica objetivou identificar como tem incidido a Aids na juventude e construir reflexões que possam dimensionar algumas perspectivas para o enfrentamento desta problemática na realidade brasileira.

O interesse por esse estudo deu-se a partir da inserção da estudante no Estágio Obrigatório em Serviço Social, junto ao Serviço Municipal de Infectologia de Caxias do Sul-RS, no período de março a dezembro de 2018. A vivência no campo de estágio possibilitou identificar a necessidade de desenvolver estudos que pudessem amparar as diversas instigações emergidas no percurso do estágio, com ênfase na temática “Juventude e Aids”, já que despertava-se, desde então, para a preocupação com o crescente aumento de novos casos da infecção entre jovens no município.

Conforme dados do Boletim Epidemiológico (BRASIL, 2018), no que se refere à incidência de HIV/Adis no Brasil, no período de 1980 a junho de 2018, foram notificados no Sinan, declarados no SIM e registrados no Siscel/Siclom um total de 982.129 casos , sendo que

a maior incidência está entre jovens de 20 a 34 anos de idade em ambos os sexos, o que corresponde a um percentual de 52,6%. Esses índices denotam um horizonte de juvenização da epidemia.

Sabe-se que muitos avanços progressivamente foram empreendidos em prevenção e assistência nessa área, entretanto, o número de casos de HIV/aids continua aumentando, atingindo prioritariamente a juventude pauperizada, com baixa escolaridade, exposta a diversas vulnerabilidades sociais, econômicas e culturais. Esta realidade é que incitou o foco desta pesquisa.

Considerando os pressupostos apresentados, o presente estudo almeja trazer algumas questões para debate no que se refere ao crescente processo de juvenização da epidemia de HIV/Aids no Brasil, além de dar visibilidade a quem são esses jovens e de que forma são vistos pela sociedade, à efetividade das políticas públicas de enfrentamento a epidemia, bem como apontar algumas perspectivas que podem ser pensadas diante do atual contexto social em que os jovens encontram-se inseridos. Espera-se, portanto, realizar por meio de pesquisa documental e teórica algumas problematizações sobre o tema, que possam de alguma forma contribuir no adensamento das formulações concernentes à prevenção e controle do HIV/Aids na juventude. Pretende-se uma abordagem crítica para além de formulações que privilegiam abordagens individuais e que remetem a soluções restritas ao autocuidado, discussão essa importante, particularmente quanto se trata de uma análise em Serviço Social.

Para dar conta dos objetivos estabelecidos, o presente trabalho está estruturado em dois grandes capítulos seguidos da Introdução, da seguinte forma: Item 2 intitulado “*Alguns elementos iniciais para compreender a temática HIV/Aids*”. Neste tópico, é trazido o conceito e uma breve abordagem histórica da epidemia de HIV/Aids no contexto brasileiro, suas conquistas no âmbito do tratamento e assistência, ao longo desses quase quarenta anos de descoberta do vírus. No subitem 2.1 denominado *Breve panorama da infecção HIV/Aids na realidade brasileira e da Política Nacional de HIV/Aids*, são descritos de forma sintética os índices de infecção da Aids no Brasil, desde os primeiros casos notificados no início da década de 1980, demonstrados mediante dados dos boletins epidemiológicos, e ilustrados através de gráficos. Além disso, os objetivos que norteiam as diretrizes e estratégias dos três componentes que constituem o Programa Nacional de DST/Aids, (Componente 1 - Promoção, Proteção e Prevenção; Componente 2 - Diagnóstico e Assistência; e Componente 3 - Desenvolvimento Institucional e Gestão), que se constituem como parâmetros para as ações que visam a

assistência integral do sujeito, na garantia dos direitos humanos, considerando a diversidade social e cultural de cada indivíduo.

No seguinte item 3 “*HIV/Aids na Juventude e as Políticas de Enfrentamento da Epidemia*”, aborda-se o entendimento do que é juventude, numa perspectiva que considera os diferentes contextos socioculturais, biológicos e econômicos, bem como uma breve análise sobre as atuais políticas públicas, e sua eficiência no combate ao HIV/Aids entre os jovens. Em seguida, no subitem 3.1 “*Perspectivas para pensar a problemática do HIV Aids na juventude*”, discorre-se sobre o processo de construção da juventude desde meados do século XIX, na Europa, influenciado pelas teorias racistas e eugênicas, e no Brasil pela influência do movimento higienista, durante a década de 1920. E a partir disso, abordar as formas de inserção da juventude nos processos de produção e reprodução do trabalho na sociedade capitalista, como as desigualdades sociais entre classes e gênero, e a pauperização são fatores estruturais que predisõem a vulnerabilidade em contrair HIV/Aids. Na sequência, discute-se de que forma o Estado e a sociedade civil tem respondido às diversas demandas sociais postas nessa área.

E, por último, no item 4 seguem as considerações finais que trazem algumas reflexões acerca do estudo realizado, seguidas das referências que deram sustentação para o referido trabalho.

2. ALGUNS ELEMENTOS INICIAIS PARA COMPREENDER A TEMÁTICA DE HIV/AIDS



HIV é uma sigla em inglês que significa Vírus da Imunodeficiência Humana, causador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). O vírus age no sistema imunológico, destruindo as células de defesa do organismo humano, os chamados glóbulos brancos, que têm como função proteger o corpo dos ataques sofridos por vírus, bactérias, e outros micróbios, garantindo assim, o bom funcionamento do corpo humano, livre de doenças. Entre as células mais afetadas pelo HIV estão os linfócitos T-CD4+, sendo que o vírus penetra nestas células e vai se multiplicando, fazendo com que o organismo perca progressivamente a capacidade de defesa contra as doenças oportunistas. É neste processo que surgem os primeiros sintomas da Aids. (BRASIL, 2019)

A transmissão do HIV ocorre através de relações sexuais desprotegidas (vaginal, anal e oral) com parceiro(a) contaminado, como também por meio do compartilhamento de seringas contaminadas, transfusão de sangue contaminado, instrumentos perfurocortantes contaminados, e transmissão vertical (de mãe para filho durante a gestação, parto e amamentação). O período de incubação do vírus pode variar entre três a seis semanas após o contágio, levando o organismo a produzir anticorpos anti-HIV de 30 a 60 dias após a infecção. Essa fase inicial é caracterizada como aguda, e é manifestada através de sinais e sintomas, como febre e mal-estar. Os primeiros sintomas por serem muito parecidos com uma gripe dificultam e retardam o diagnóstico. (BRASIL, 2019)

O diagnóstico da infecção pelo HIV é realizado a partir da coleta de sangue ou por fluido oral. No Brasil o Sistema Único de Saúde (SUS) garante, de forma gratuita e universal, a realização de exames de laboratório e testes rápidos, que são capazes de detectar o vírus em 30 minutos. Esses testes são realizados em unidades da rede pública de saúde e nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA). Nos centros, além da coleta de sangue, são realizados aconselhamentos pré e pós coleta de exame, com o objetivo de facilitar a interpretação do resultado para o usuário. (BRASIL, 2019)

Durante a década de 1980 surgiram os primeiros Antirretrovirais (ARV). O tratamento age impossibilitando a multiplicação do vírus HIV no organismo humano, e como resultado impede o surgimento de patologias oportunistas causadas pela baixa imunidade, sendo que a evolução na qualidade do TARV proporcionou melhor qualidade de vida para a pessoa vivendo

com HIV (PVH). E partir daí a doença deixa de ser denominada como fatal, e passe a ser classificada como crônica controlável, porém, até o momento, ainda sem cura. (BRASIL, 2019)

Cientistas do mundo todo relatam ter identificado o vírus HIV ainda no século XIX na África Ocidental. Pressupõe-se que a versão do Vírus da Imunodeficiência Símia (SIV) encontrado nos chimpanzés tenha sido transmitida para a espécie humana e se transformou em HIV durante o período em que o homem caçava esses animais para se alimentar. A partir disso, o vírus foi se propagando entre os Países da África até chegar nos Estados Unidos em meados dos anos 1970, e posteriormente se disseminar pelo resto do mundo. (UNAIDS, 2019)

Os primeiros casos de HIV foram detectados em maio de 1981 nas cidades de Los Angeles e San Francisco, nos Estados Unidos. A principal suspeita sobre a nova doença surgiu a partir do aumento significativo de pacientes adultos do sexo masculino, homossexuais que apresentaram diagnósticos de sarcoma de Kaposi¹, pneumonia por *Pneumocystis carinii*² e comprometimento do sistema imunológico. A multiplicação do vírus causou uma pandemia³ da Aids que trouxe mudanças expressivas não apenas na saúde, mas principalmente nas questões relacionados ao comportamento sexual, movimentos sociais, e desafios para área científica na busca pela qualidade do tratamento. (PINTO, et.al, 2007, p.45-47).

Em 1982, logo após os primeiros casos de HIV/Aids serem identificados, a Aids passou a ser denominada temporariamente por Doença dos 5H, representando os homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroínômanos (usuários de heroína injetável) e hookers (denominação em inglês para as profissionais do sexo), em razão de ser reconhecido o contato sexual como possível fator de transmissão, além do uso de drogas ou exposição a sangue e derivados. Neste mesmo ano, tem-se o registro do primeiro caso de HIV em decorrência de transfusão sanguínea. (BRASIL, 2019)

Nesse período, os primeiros casos de HIV/Aids no Brasil foram notificados no estado de São Paulo, com uma maior concentração de pessoas contaminadas nas regiões urbanas e

¹ Sarcoma de Kaposi é um tipo de câncer que acomete as camadas mais internas dos vasos sanguíneos. Além das lesões na pele, podem surgir outras semelhantes nos gânglios, no fígado, nos pulmões e por toda a extensão da mucosa intestinal (provocando sangramentos digestivos) e dos brônquios. Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/doencas-e-sintomas/sarcoma-de-kaposi/>. Acesso em: 18/03/2019

² O *Pneumocystis carinii* foi recentemente reclassificado por análise genômica como um fungo. É uma infecção oportunista em imunocomprometidos, sobretudo naqueles com AIDS[...]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-35862000000300010. Acesso em: 18/03/2019

³ A Pandemia é uma epidemia que atinge grandes proporções, podendo se espalhar por um ou mais continentes ou por todo o mundo, causando inúmeras mortes ou destruindo cidades e regiões inteiras. Disponível em: <https://www.infoescola.com/doencas/endemia-epidemia-e-pandemia/>. Acesso em: 19/03/2019

metropolitanas. As regiões Sul e Sudeste do Brasil foram as mais atingidas pela epidemia durante esse período. (PINTO, et.al, 2007, p.45).

Pereira e Nichiata (2011) informam que a Aids surgiu em pleno processo de redemocratização do País em contraposição ao Estado burocrático-autoritário no contexto da ditadura militar. Com base em Sader (1988) e Dagnino (1994) as autoras destacam o surgimento no período de novos movimentos sociais, em que grupos urbanos e rurais se organizaram na década de 1970 na busca da possibilidade de uma renovação da vida política. Os denominados novos movimentos sociais possuíam em comum a construção de uma nova noção de cidadania como estratégia política.

Segundo informações do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais do Ministério da Saúde (2019), em 1983 acreditava-se que homossexuais, usuários de drogas, e haitianos eram os difusores do vírus. Porém, neste mesmo ano foi notificado o primeiro caso de Aids em Criança, além do primeiro caso diagnosticado no sexo feminino e alguns casos de profissionais da saúde. Diante disto, surgem as primeiras críticas a denominações como “grupos de risco”, que atrelavam a infecção a grupos específicos, assim como retratam Pereira e Nichiata (2011, p. 3) ao abordar os aspectos históricos da epidemia:

[...] chamada popularmente de "peste gay" ou "câncer gay", o que trouxe como consequência um reforço ao preconceito e à discriminação contra esse grupo social. Aos setores conservadores da sociedade, a doença significava o castigo da liberação dos anos 70 e o fim dos ideários da contracultura divulgados pelo lema "Sexo, Drogas e Rock'n Roll". (PEREIRA, NICHATA, p. 3)

Com o crescente aumento de pessoas contaminadas inicia-se um processo de pesquisa em torno da origem viral da Aids. Já em 1985, por meio desses estudos descobre-se que a Aids é a fase final da doença, causada por um retrovírus, agora denominado HIV (Human Immunodeficiency Virus, em inglês), ou vírus da imunodeficiência humana. O primeiro teste anti-HIV é disponibilizado para diagnóstico. No mesmo ano é notificado o primeiro caso de transmissão vertical, e o termo grupo de risco é substituído por comportamentos de risco. Outras importantes estratégias de apoio às pessoas vivendo com HIV ocorreram com a fundação da primeira ONG⁴ do Brasil e da América Latina na luta contra a Aids, chamada Grupo de Apoio

⁴ ONGs são Organizações Não Governamentais. Surgiram em grande parte nas décadas de 70 e 80, apoiando organizações populares, com objetivos de promoção da cidadania, defesa de direitos e luta pela democracia política e social. As primeiras ONGs nasceram em sintonia com as demandas e dinâmicas dos movimentos sociais, com ênfase nos trabalhos de educação popular e de atuação na elaboração e controle social das políticas públicas. Ao longo da década de 1990, com o surgimento de novas organizações privadas sem fins lucrativos trazendo perfis e perspectivas de atuação social muito diversas, o termo ONG acabou sendo utilizado por um conjunto grande de

à Prevenção à Aids (GAPA), além da criação do Programa Federal do Controle da Aids através da Portaria nº236/85. (BRASIL, 2019)

Segundo Pereira e Nichiata (2011, p.5-6), após a fundação da GAPA outras três organizações não governamentais foram criadas, e também tiveram importante inserção política na luta nacional contra Aids, entre elas: Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), criada em 1986, e dirigida pelo sociólogo Betinho, hemofílico e vivendo com HIV; Grupo Pela Valorização, Integração e Dignidade de Aids (Pela Vidda); e o Apoio Religioso Contra Aids/Instituto de Estudos da Religião (ARCA/ISER).

Villarinho et. al (2013, p.7) evidência que ainda em 1985 o Ministério da saúde passa a difundir campanhas de prevenção ao HIV, informando a sociedade sobre a importância do uso de preservativo, o não compartilhamento de seringas e agulhas, e o controle da qualidade do sangue e hemoderivados.

Em 1986 o Ministro da Saúde Roberto Santos cria o Programa Nacional de DST e Aids (PN-DST/AIDS) (BRASIL, 2019), que conforme Villarinho et. al (2013, p.8) a partir daí a Aids passa a ser incluída na relação de doenças de notificação compulsória pela Portaria nº 10100/86 programa este que, sete anos após a sua instituição, torna-se referência mundial no combate ao HIV.

No ano seguinte, 1987, os casos notificados no Brasil chegam a 2.775 pessoas infectadas pelo HIV, sendo fundado em Porto Alegre – RS o primeiro Centro de Orientação Sorológica (COAS). A partir de então, inicia-se a utilização do AZT (idovudina), medicamento para pacientes com câncer e o primeiro que reduz a multiplicação do HIV. Com a alta incidência de pessoas contaminadas, os Ministérios da Saúde e do Trabalho incluem as DST/Aids na Semana Interna de Prevenção de Acidentes no Trabalho e Saúde. Ainda, neste mesmo ano, em Assembleia Mundial de Saúde, com apoio da Organização das Nações Unidas (ONU), é instituído o dia 1º de dezembro como Dia Mundial de Luta contra a Aids, com o objetivo de reforçar a solidariedade, a tolerância, a compaixão e a compreensão em relação às pessoas infectadas pelo HIV. (BRASIL, 2019)

Diante da multiplicação de casos de HIV durante a década de 1980, Grangeiro et. al (2009, p.87) afirmam que o movimento da Reforma Sanitária se intensificou nesse período, e se constituiu como principal alicerce para a política da Aids que se desenvolveu através da esfera governamental, contribuindo para fundamentar seus princípios e diretrizes. Carvalho et.

organizações, que muitas vezes não guardam semelhanças entre si. Como afirma a antropóloga Leilah Landim ‘O nome ONG não é mais revelador, como ele era, de um segmento dentro das organizações da sociedade civil brasileira’. (ABONG, 2010).

al (2001, p.35) destacam, ainda, que a “Reforma Sanitária tinha como característica a formulação do pensamento crítico na política de saúde”, culminando na instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8.080 e 8.142 de dezembro de 1990) que detalhou princípios, diretrizes gerais e condições para organização e funcionamento do SUS como explicam Grangeiro et. al (2009, p.88):

[...] a hegemonia do movimento sanitário na organização do sistema de saúde veio com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, e com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na nova constituição federal promulgada em 1988. Com a nova constituição, consolidaram-se definitivamente a noção de saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e a organização do sistema de saúde fundamentado nos princípios de universalidade, equidade, integralidade e controle social. (GRANGEIRO, et. al, 2009, p.88).

Ainda em 1988, o Ministério da Saúde inicia o fornecimento de medicamentos para tratamento das infecções oportunistas causadas pelo vírus. É identificado o primeiro caso de Aids na população indígena, sendo que naquele ano os casos notificados no Brasil somaram 4.535. (BRASIL, 2019)

Já no ano de 1989 o Brasil chega aos 6.295 casos de Aids, sendo que nesse período a epidemia ganha proporções gigantes, e em contrapartida as ações de tratamento e prevenção ainda eram insuficientes. Ativistas forçam o fabricante do AZT, Burroughs Wellcome, a reduzir em 20% o preço do remédio. Com a morte do ator televisivo Lauro Corona em 1989, e do cantor e compositor Cazuza em 1990, ambos com 32 anos de idade em decorrência do HIV, a doença passa a ter maior visibilidade diante da sociedade e do Estado. (BRASIL, 2019). Grangeiro et.al (2009, p.87) explicita que:

Ao final da década de 1980, os indicadores epidemiológicos da aids no Brasil eram semelhantes aos de muitos países da África Austral, onde, atualmente, a epidemia apresenta contornos alarmantes. À época, análises apontavam para o risco de a epidemia se generalizar na população brasileira e provocar expressivo impacto na economia e na saúde. Esse temor era justificado pela velocidade de crescimento da doença no Brasil, um país marcado pela diversidade social, econômica e cultural, pelo surgimento de um expressivo número de novos casos entre mulheres e homens heterossexuais e pela manutenção de incidências altas em grupos sociais mais vulneráveis. (GRANGEIRO, et. al, 2009, p.87).

Quase uma década após a identificação do primeiro caso de HIV no Brasil, em 1991 o País anunciou o total de 11.805 casos notificados. No mesmo ano a Organização Mundial da Saúde informou que 10 milhões de pessoas estavam infectadas pelo HIV no mundo. A partir disso, inicia-se o processo para a aquisição e distribuição gratuita de antirretrovirais no território nacional e, nesse contexto, a indústria farmacêutica lança um novo tratamento para o HIV o

Videx (didanosina), que como o AZT, faz parte de um grupo de drogas chamadas inibidores de transcriptase reversa. (BRASIL, 2019)

Silva (2007, p.6) aponta que em resposta à crescente demanda assistencial o Ministério da Saúde elaborou o programa *Alternativas Assistenciais*, que fundamentou-se em projetos de introdução de serviços alternativos à assistência convencional que mostrassem conceitos individualizados de níveis de atenção e resolubilidade diagnóstico-terapêutica e que estabelecessem mecanismos de referência e contrarreferência com os serviços da rede pública de saúde. Deste modo, em nível ambulatorial foram implantados serviços como: a hospitalização convencional, onde promoveram-se as alternativas de assistência dos tipos Hospital-Dia (HD); Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT); e Serviço de Assistência Especializada (SAE).

Conforme Abrão et. al (2014, p. 143) o SAE foi implantado no Brasil em 1994 como propósito de ofertar um atendimento integral a Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHIV), nos cuidados de enfermagem, na orientação e apoio psicológico, nos atendimentos em infectologia, ginecologia, pediatria e odontologia. O serviço é responsável também pela distribuição do Tratamento Antirretroviral (TARV) com orientações farmacêuticas, exames laboratoriais para monitoramento do HIV, distribuição gratuita de insumos de prevenção, além de realizar atividades educativas voltadas a fortalecer a adesão ao tratamento, e à prevenção e o controle do HIV e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). O referido autor evidencia a importância da prática do aconselhamento realizada no SAE, que consiste na escuta ativa do usuário com propósito de dar suporte adequado para que ele possa vir a ser partícipe do seu processo terapêutico.

Convém ressaltar que o ano de 1996 representou um marco muito importante na história da luta contra o HIV/Aids no Brasil com introdução da terapia antirretroviral disponibilizada de forma gratuita e universal pelo Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com Villarinho et. al (2013, p.7) a promulgação da Lei 9.313 de 13 de novembro de 1996 dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de Aids, teve um impacto relevante na epidemia no País, com redução de internações hospitalares e óbitos causados pela Aids, além de uma progressiva mudança dos profissionais da saúde e da sociedade no cuidados as PVH/Aids.

Entretanto, mesmo com os avanços progressivamente empreendidos em prevenção e assistência, recorreremos às autoras Almeida e Labrocini (2004, p. 15) para ressaltar que ainda “[...] persevera a triste constatação de que a epidemia ainda é soberana e que a relação do

conviver com o HIV e a AIDS continua cobrando um alto custo em sofrimento humano advindo do estigma⁵, preconceito e discriminação que a doença impõe”.

⁵ Estigma significa, literalmente, uma marca em alguém ou em um grupo de pessoas. As pessoas estigmatizadas são encaradas de forma negativa pelas demais e frequentemente são discriminadas. Por exemplo, pode lhes ser negado o direito ao trabalho, à educação, moradia ou serviços de saúde. As pessoas associadas a indivíduos soropositivos, como família, amigos e quem cuida desses indivíduos também são estigmatizadas. Pessoas pertencentes a grupos associados com o HIV, como migrantes pobres, profissionais do sexo e homens que fazem sexo com homens, podem enfrentar o estigma e a discriminação por pertencerem a esses grupos. As pessoas podem também internalizar o estigma e acreditar que merecem ser discriminadas e maltratadas. Disponível em: Entender e desafiar o estigma e a discriminação são a chave para os esforços de prevenção do HIV e de assistência. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/acao_anti_aids46.pdf. Acesso em: 22/03/2019

2.1 BREVE PANORAMA DA AIDS NA REALIDADE BRASILEIRA E DA POLÍTICA NACIONAL DE HIV/AIDS.

Para introduzir a discussão sobre o panorama da infecção HIV/Aids dentro da realidade brasileira é importante, inicialmente, situar quais são os órgãos que atuam no controle e na notificação das doenças e agravos.

A Vigilância Epidemiológica (VE) das IST, do HIV/Aids e das hepatites virais tem por finalidade a observação e análise constante das informações sobre doenças e agravos registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e em dados quantitativos e qualitativos sobre óbitos ocorridos no Brasil e declarados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). As tendências de HIV/Aids são monitoradas, inclusive, com informações oriundas do Sistema de Controle de Exames Laboratoriais CD4 e CV (SISCEL) e do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM). (BRASIL,2019). A partir dos casos notificados a VE desenvolve ações destinadas à promoção, prevenção e recuperação da saúde, além de subsidiar informações relevantes para formulação, gestão e avaliação das ações realizadas e das políticas públicas. (BRASIL, 2019)

De acordo com o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais do Ministério da Saúde (2019), a notificação compulsória da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) no Brasil, teve início pela promulgação da Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986. Já a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) em Gestantes, Parturientes ou Puérperas e Crianças expostas ao risco de transmissão vertical passou a ser de notificação compulsória por meio da Portaria nº 993, de 4 de setembro de 2000. Somente no ano de 2014 através da Portaria nº 1.271, de 6 de junho, e pela Portaria nº 1.984, de 12 de setembro, é que o HIV passa a integrar a Lista de Notificação Compulsória (LNC).

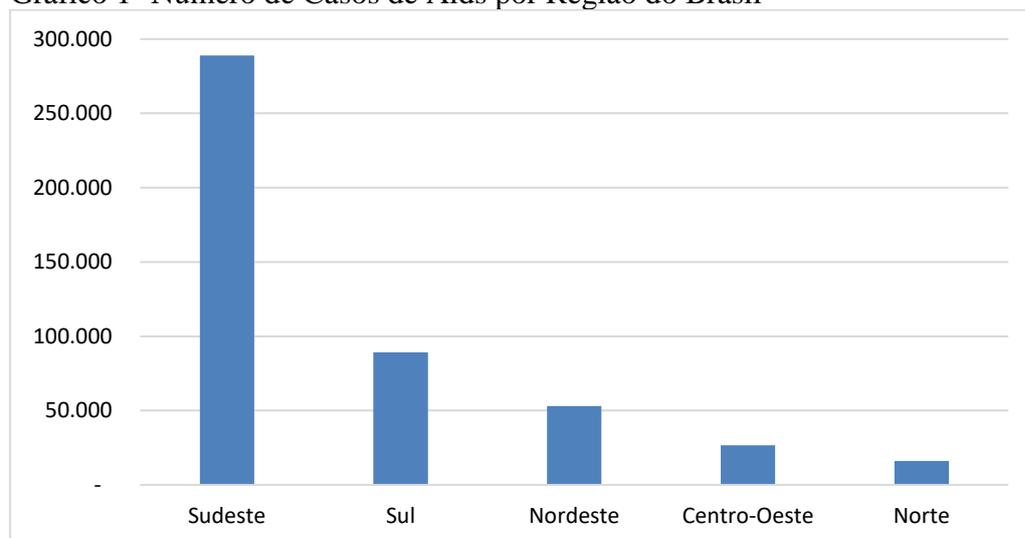
Entre os países da América Latina, o Brasil apresentou o maior índice em epidemia de Aids entre os anos de 1980 até 2004, durante este período o país notificou 371.827 casos da doença o que corresponde a uma taxa de incidência de 17,2 casos por 100.000 habitantes. O autor informa, ainda, que 60% dos casos notificados de Aids ocorreram de relações sexuais desprotegidas, e quase a metade dos casos registrados nos primeiros anos da epidemia 42,9% correspondiam a interações sexuais desprotegidas entre Homens que fazem Sexo com Homens (HSH). Após, a Aids propagou-se entre usuários de drogas injetáveis e através de transfusão de sangue e hemoderivados contaminados. Em meados dos anos de 1990, a epidemia ganha outra

imagem, quando surge um elevado número de notificações da Aids entre heterossexuais. Houve um índice expressivo de mulheres e gestantes contaminadas neste período, e a razão de casos homem/mulher decresceu de 18,9:1, em 1984, para 1,5:1, em 2004, chegando a 0,9:1 na faixa de 13 a 19 anos neste ano. A estimativa de gestantes infectadas era de 16.410 mulheres com idades entre 15-34 anos. (DOURADO, et.al, 2006, p. 11). Quanto ao perfil epidemiológico da infecção pelo HIV, Brito et.al (2001, p. 208) destacam que:

Como resultado das profundas desigualdades da sociedade brasileira, a propagação da infecção pelo HIV no País revela epidemia de múltiplas dimensões que vem, ao longo do tempo, sofrendo transformações significativas em seu perfil epidemiológico. De epidemia inicialmente restrita a alguns círculos cosmopolitas das denominadas metrópoles nacionais — São Paulo e Rio de Janeiro — e marcadamente masculina, que atingia prioritariamente homens com prática sexual homossexual e indivíduos hemofílicos, depara-se, hoje, com quadro marcado pelos processos da heterossexualização, da feminização, da interiorização e da pauperização. O aumento da transmissão por contato heterossexual resulta em crescimento substancial de casos em mulheres, o que vem sendo apontado como o mais importante fenômeno para o atual momento da epidemia. (BRITO, 2001, p. 208)

Segundo dados do Boletim Epidemiológico Aids/ DST (2007) entre os anos de 1980 até 2007 foram identificados 474.273 casos de Aids (notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM) distribuídos nas cinco regiões do Brasil. Em primeiro lugar no ranking está a região Sudeste com 289.074 casos, seguido pela Região Sul com 89.250, Nordeste 53.089, Centro-Oeste 26.757, e Região Norte 16.103 pessoas diagnosticadas soropositivas. Esses dados estão ilustrados no gráfico 1.

Gráfico 1- Número de Casos de Aids por Região do Brasil



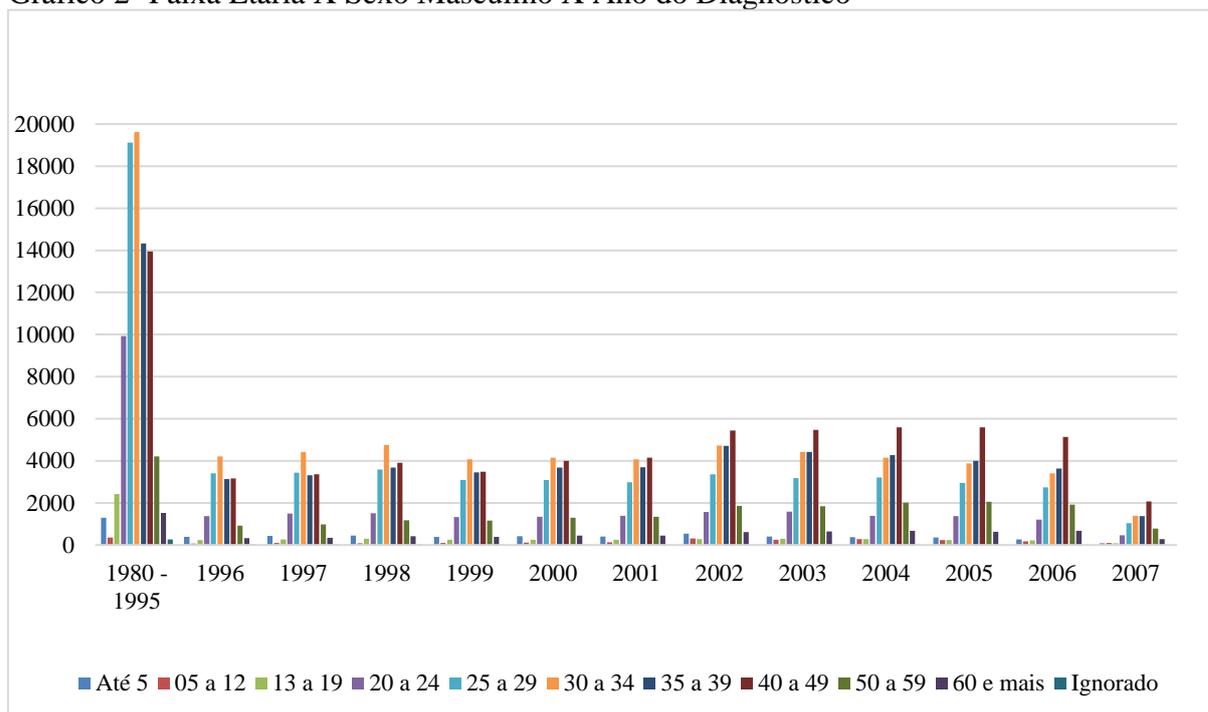
Fonte: BRASIL. Boletim Epidemiológico 2007.

De acordo com Pinto et.al (2007, p.45) a região Sudeste do Brasil apesar de ser a mais atingida pela infecção da Aids desde o início da epidemia, apresenta estabilização dos casos desde 1998. Na região Sul o aumento da taxa de incidência é observado até 2003, indicando uma diminuição dos casos em 2004. Dourado et.al (2006, p. 11) corroboram que a estabilização da epidemia ocorreu no Brasil após a introdução do Tratamento Antirretroviral (TARV) disponibilizado de forma universal. Porém, a diminuição da epidemia não ocorreu de forma homogênea em todas as regiões do país. Enquanto São Paulo apresentava queda nos índices de Aids, o Nordeste mantinha a tendência de crescimento neste período.

A partir de análises realizadas por diversos autores sobre a tendência da epidemia da Aids no território nacional pode-se constatar três direções. A primeira, é que existe uma relativa tendência de expansão de casos nas populações sem nenhuma proteção social, com baixa escolaridade e renda. A segunda, indica um processo de interiorização da epidemia no Brasil, para municípios de médio e pequeno porte. E, a terceira, sinaliza o crescimento de mulheres infectadas pelo HIV, caracterizado como um processo de feminização da epidemia, devido as mulheres serem biológica, epidemiológica e socialmente mais vulneráveis. (PINTO, et.al, 2007, p.45)

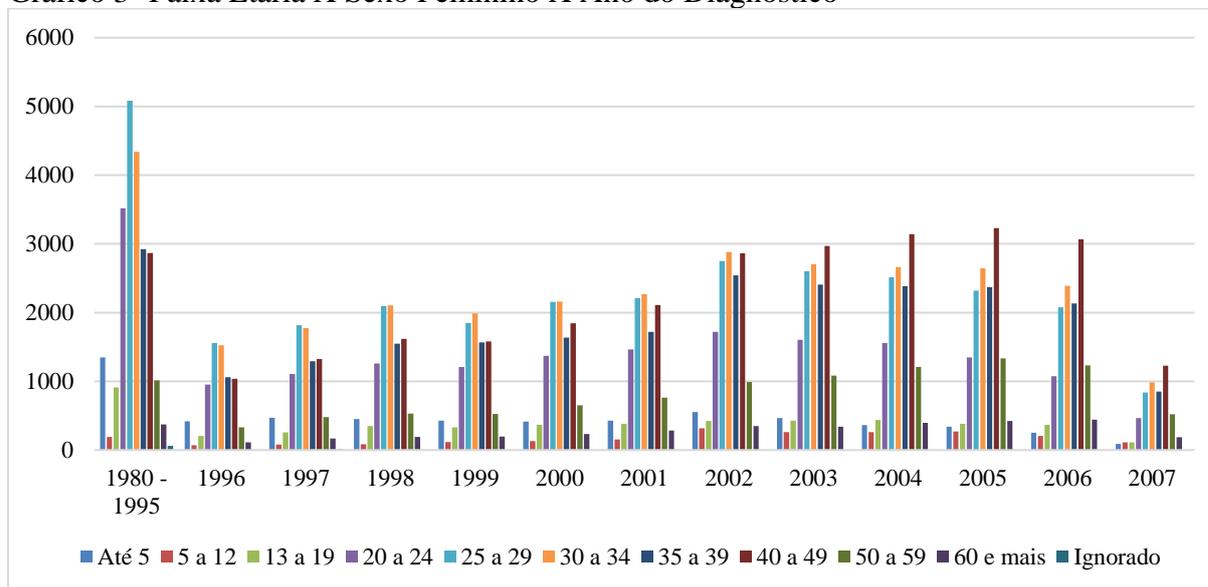
No que se refere à faixa etária e sexo entre 1980 até 2007, foram notificados 314.294 casos de Aids no sexo masculino e 159.973 no sexo feminino. Constata-se a partir dos gráficos 2 e 3 apresentados a seguir que em ambos os sexos o maior índice de infecção de Aids se encontra entre 30 a 49 anos de idade. É possível identificar um acréscimo das taxas de incidência acima dos 50 anos também em ambos os sexos. (BRASIL, 2007)

Gráfico 2- Faixa Etária X Sexo Masculino X Ano do Diagnóstico



Fonte: BRASIL. Boletim Epidemiológico 2007.

Gráfico 3- Faixa Etária X Sexo Feminino X Ano do Diagnóstico



Fonte: BRASIL. Boletim Epidemiológico 2007.

Entre os anos de 2002 a 2008, a relação entre número de casos de Aids em homens e mulheres era correspondente a 15 casos notificados no sexo masculino para cada 10 no feminino. Entretanto, a partir de 2009 houve uma progressiva redução de casos de Aids nas mulheres, e um crescimento entre os homens. A razão de sexos, passou a ser de 22 casos de aids em homens para cada dez casos em mulheres em 2016, razão que se manteve em 2017.

Em 2017, a detecção de aids entre homens foi de 26,0 casos a cada 100.000 habitantes. Entre as mulheres, observou-se tendência de queda dessa taxa nos últimos dez anos, que passou de 15,8 casos/100 mil habitantes em 2007, para 11,1 em 2017, representando uma redução de 30% (BRASIL, 2018)

Segundo informações do Boletim Epidemiológico (2018), no período de 1980 a junho de 2018, foram notificados no Sinan, declarados no SIM e registrados no Siscel/Siclom um total de 982.129 casos de Aids no Brasil. A partir de 2012 a taxa de detecção do vírus passa a apresentar um decréscimo de 21,7/100.000 habitantes (2012) para 18,3/100.000 habitantes em 2017. Essa contração no aumento dos casos de HIV no país foi acentuada desde a recomendação do “tratamento para todos”, implementada em dezembro de 2013. De acordo com informações do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS, 2018, p. 51-52) O Tratamento para Todas as Pessoas (TTP) corresponde:

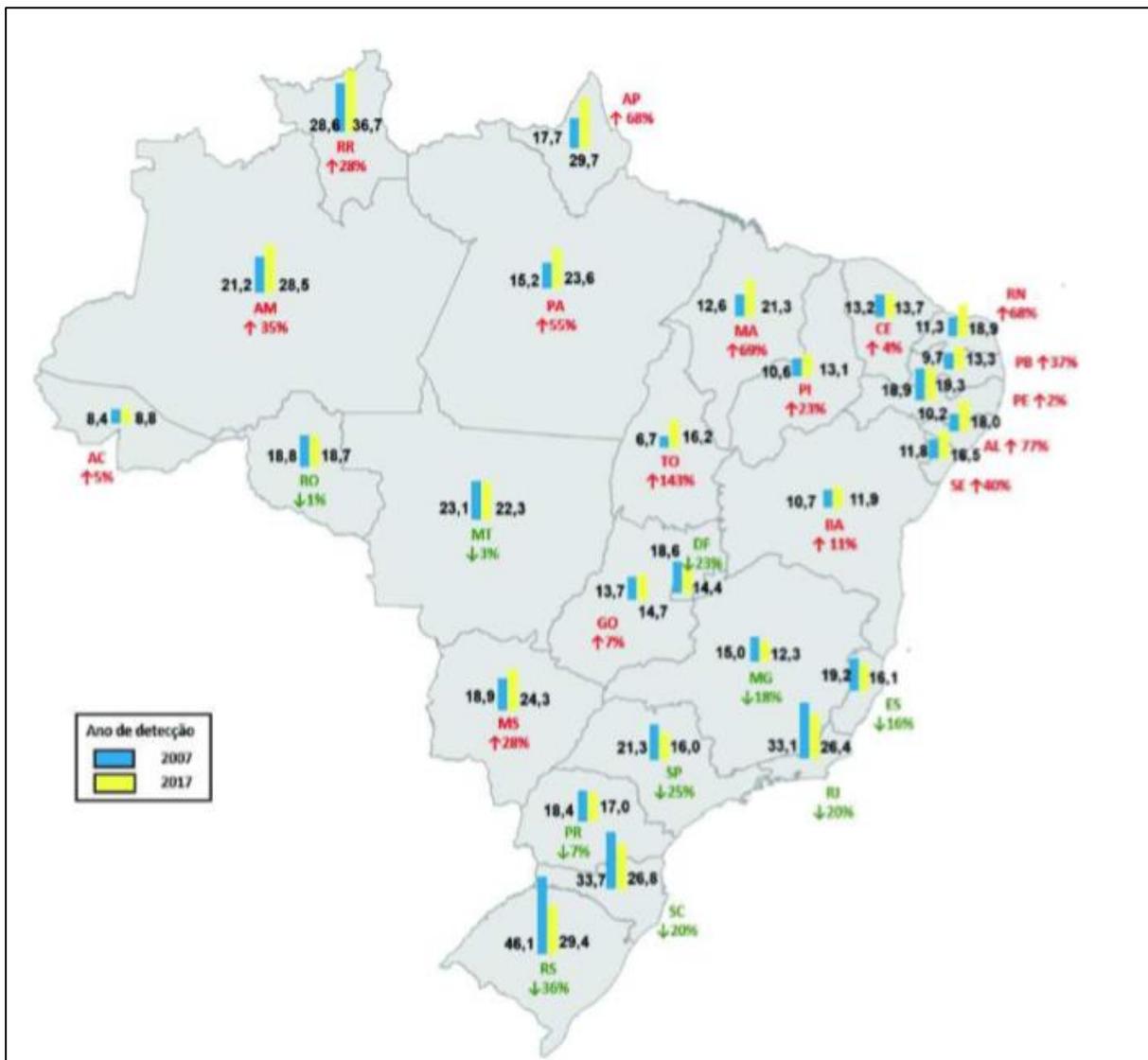
O pressuposto dessa estratégia de prevenção do VIH é o de que as PVVIH em TARV, além de terem uma melhor qualidade de vida, apresentam menor quantidade de vírus em circulação em seus corpos (com carga viral baixa ou mesmo indetectável), o que conduz à redução da transmissão do VIH na comunidade. Essa asserção vem sendo reiteradamente corroborada por evidências científicas.

Tendo como premissa a redução da capacidade de transmissão do vírus por pessoas em TARV e a consequente redução da carga viral comunitária, a estratégia do Tratamento para Todas as Pessoas (TTP) baseia-se na indicação de tratamento para todas as pessoas tão logo diagnosticadas com VIH/sida.

[...] o Ministério da Saúde atuou em duas frentes. Por um lado, reforçou a descentralização da oferta de testagem para o VIH em toda a estrutura do SUS. Por outro, atualizou, ao final de 2013, o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção do HIV/Aids em Adultos”, antecipando o tratamento com antirretrovirais para todas as pessoas diagnosticadas com o vírus, independentemente da manifestação dos sintomas da sida e/ou contagem de CD4+, tendo sido o primeiro país em desenvolvimento a fazê-lo. (UNAIDS, 2018, p. 51-52)

Diante disto, é importante destacar, conforme representado na Figura 1 adiante, que de 2007 a 2017 deu-se um declínio nos casos de HIV/Aids em apenas dez dos Estados Brasileiros, entre eles, Rio Grande do Sul, São Paulo, Distrito Federal, Santa Catarina, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Espírito Santo, Paraná, Mato Grosso, e Rondônia. Em contrapartida as regiões Norte e Nordeste apresentam um crescimento dos índices epidemiológicos, em especial o Estado de Tocantins apresentou um aumento de 142,6% na taxa de detecção, no mesmo período.

Figura 1- Taxa de detecção de aids (x100 mil hab) e percentual de declínio ou incremento, notificados no Sinan, Siscel/Siclom, SIM.

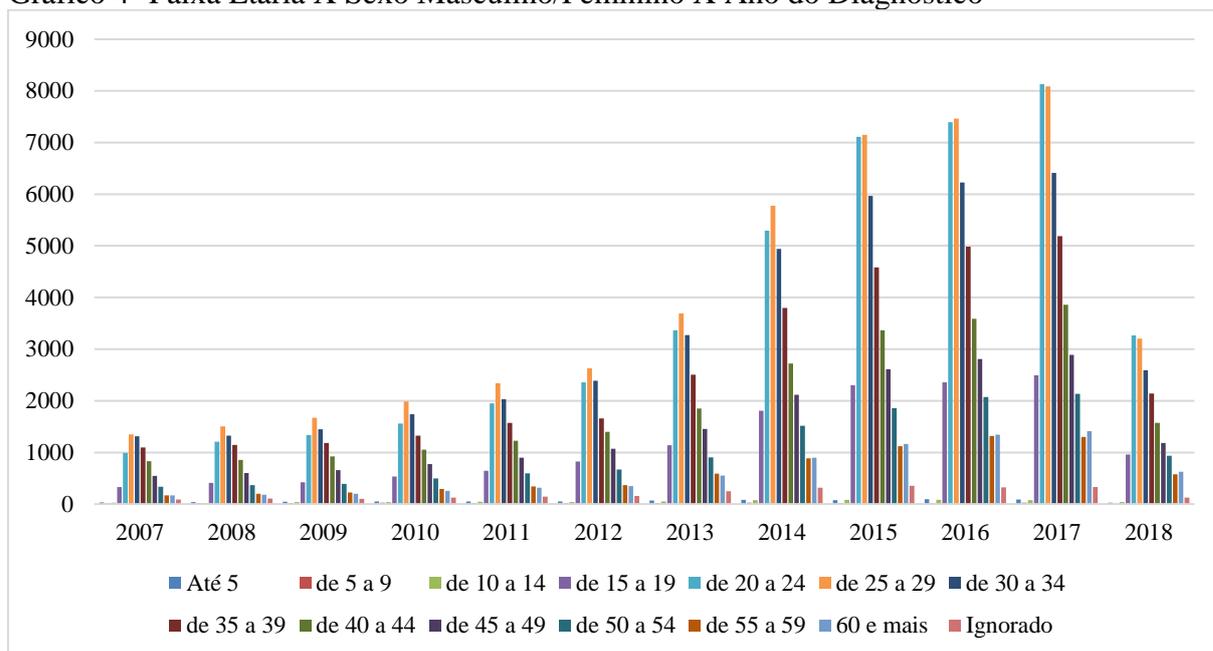


Fonte: BRASIL. Boletim Epidemiológico 2018.

De acordo com Boletim Epidemiológico (2018) entre os anos de 2007 a 2018 foram notificados no Sinan 247.795 casos de HIV no Brasil. Desses 169.932 (68,6%) casos em homens e 77.812 (31,4%) em mulheres, a razão chegou a 26 casos em homens para 10 em mulheres. Prevalendo o maior índice de infecção no sexo masculino.

Conforme dados apresentados no gráfico 4 adiante, em relação à faixa etária, entre 2007 a 2018 constatou-se que a maior incidência de casos de HIV/Aids está entre jovens de 20 a 34 anos de idade em ambos os sexos, o que corresponde a um percentual de 52,6% dos casos. (BRASIL, 2018).

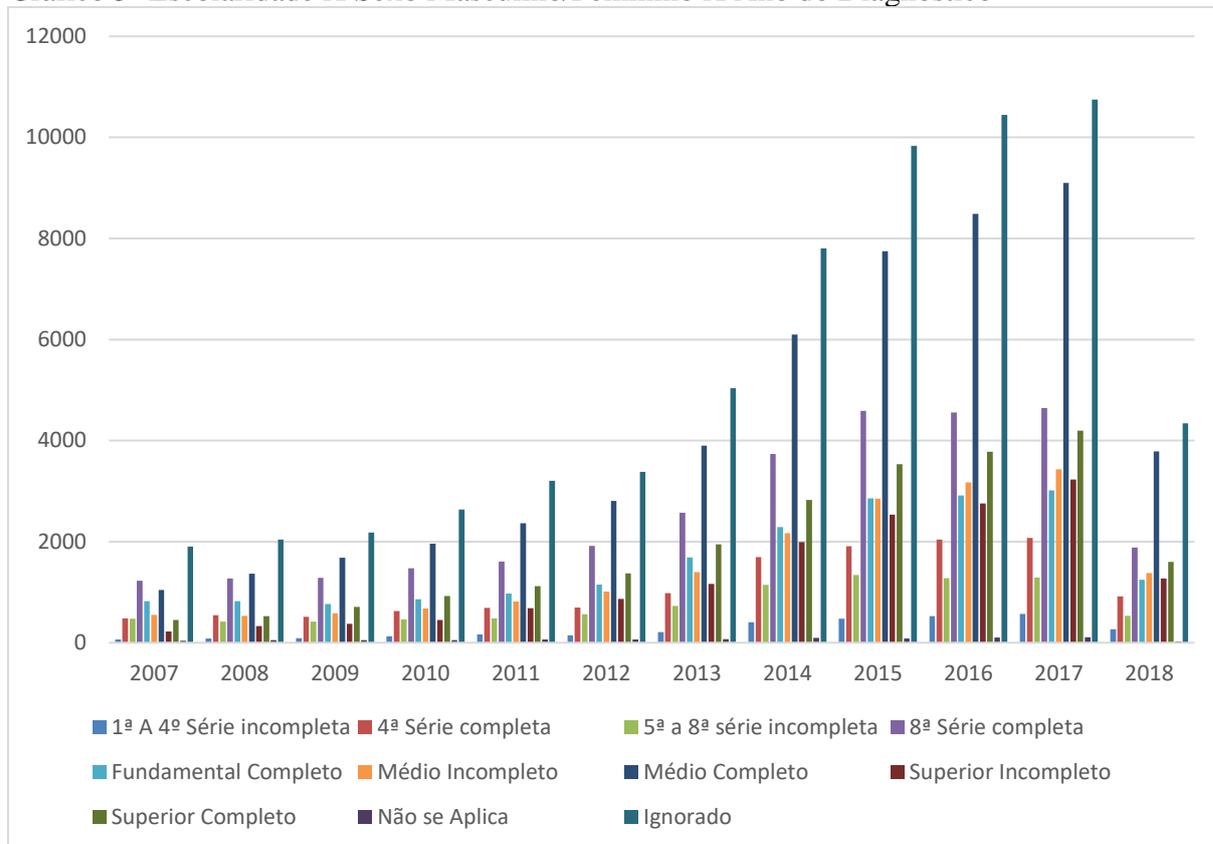
Gráfico 4- Faixa Etária X Sexo Masculino/Feminino X Ano do Diagnóstico



Fonte: BRASIL. Boletim Epidemiológico 2018.

Quanto à escolaridade representada pelo Gráfico 5 a seguir, em ambos os sexos se identificou que 27,5% dos casos possui ensino médio completo, 16,8% de casos com escolaridade entre a 5ª e a 8ª série incompleta. O dado que mais chama a atenção é o elevado percentual de casos ignorados 25,6%, o prejudica uma melhor avaliação do real índice relativos a este item. (BRASIL, 2018)

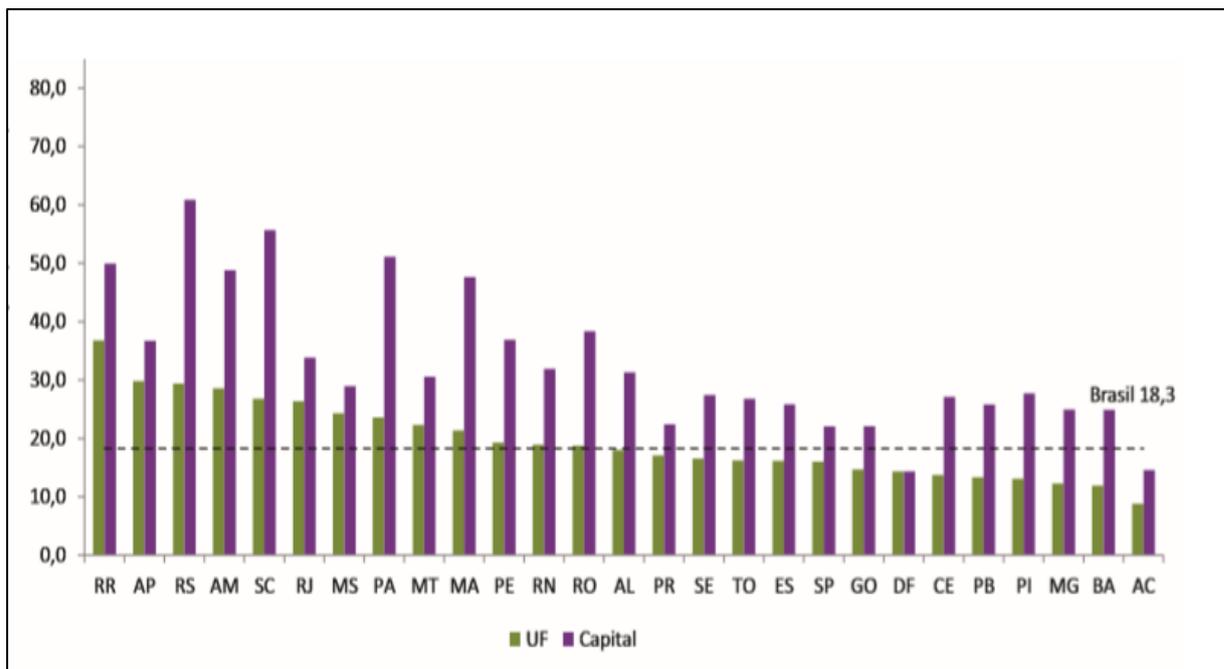
Gráfico 5- Escolaridade X Sexo Masculino/Feminino X Ano do Diagnóstico



Fonte: BRASIL. Boletim Epidemiológico 2018.

A figura 2 abaixo exhibe que em 2017 no ranking do Estados Brasileiros com maior taxa de detecção de Aids estão Roraima com 36,8 casos por 100 mil habitantes, e Amapá com 29,8 casos por 100 mil habitantes. Observou-se também que 14 Estados apresentam taxas inferiores à média nacional de 18,3/100 mil habitantes. O Acre apresenta a menor taxa – 8,8 casos/100 mil habitantes. Entre as capitais Rio Branco e Brasília foram as únicas que apresentaram taxas inferiores às nacionais, 14,6 e 14,3 casos/100 mil habitantes, respectivamente. Porto Alegre é a capital com maior índice de contaminação 60,8 casos/100 mil habitantes, em 2017, valor superior ao dobro da taxa do Rio Grande do Sul e 3,3 vezes maior que a taxa do Brasil. (BRASIL, 2018)

Figura 2- Taxa de detecção de aids (x100 mil hab) por Estado e capital Brasileira, notificados no Sinan e Siscel/Siclom até 30/06/2018; no SIM, de 2000 a 2017.



Fonte: BRASIL. Boletim Epidemiológico 2018.

A partir dos dados epidemiológicos apresentados, é importante evidenciar que a notificação compulsória do HIV teve início em 2014, o que dificulta uma análise mais rigorosa com relação as tendências da epidemia no Brasil. Outro dado relevante é a subnotificação dos casos que interfere na resposta ao HIV/Aids, pois informações relevantes quanto ao número total de casos, comportamentos de risco e vulnerabilidade⁶, entre outros permanecem desconhecidas. (BRASIL, 2018)

De acordo com a Política Nacional de DST/Aids (BRASIL, 1999), pode-se dizer que historicamente, o curso da epidemia no país pode ser dividido em três grandes fases:

1 - uma fase inicial - que restringia o olhar apenas ao infectado, impedindo a adoção de ações mais amplas no campo da saúde -, caracterizada por transmissão, principalmente em homens que fazem

⁶ A vulnerabilidade é aqui entendida como o “conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, social e cultural cuja interação amplia ou reduz o risco ou a proteção de uma pessoa ou população frente a uma determinada doença, condição ou dano. A falta de acesso a ações e serviços de saúde e educação é considerada um fator “programático” de ampliação da vulnerabilidade” (MS/CN–DST/AIDS). A vulnerabilidade pode agregar diversas dimensões: a individual, que se relaciona aos comportamentos adotados pelo indivíduo e que pode favorecer oportunidade de se infectar, como por exemplo o não uso do preservativo; a social, que implica questões econômicas e sociais que influenciam o aumento da violência sexual, prostituição e tráfico de drogas; a institucional, que se relaciona à ausência de políticas públicas que tenham por objetivo controle da epidemia em populações e/ou localidades. BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Prevenir é Sempre Melhor. Brasília 2000. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/157prevenir.pdf>. Acesso em: 30/04/2019.

sexo com homens, e por um nível de escolaridade alto, perpassando um conceito de "grupo de risco";

2 - uma segunda fase - que ampliava o olhar sobre a exposição ao vírus -, caracterizada pelo incremento da transmissão em usuários de drogas injetáveis e por uma maior disseminação entre as pessoas que têm prática heterossexual, perpassando um conceito de "comportamento de risco";

3 - uma terceira fase - que caracteriza a suscetibilidade das pessoas ao vírus-, quando se acentua uma maior disseminação entre os heterossexuais, principalmente mulheres, um aumento percentual entre as pessoas de baixa escolaridade e a interiorização para municípios de médio e pequeno porte, exigindo aqui um conceito de "vulnerabilidade".

A resposta do Brasil diante da epidemia de HIV/Aids está constituída com base nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), e estruturada em quatro pilares: *inovação*, que corresponde ao desenvolvimento de tecnologias voltadas para um melhor diagnóstico, prevenção e tratamento; *evidência científica*, que busca através de estudos e pesquisas a efetividade e eficiência da rede de atenção; *diálogo com todos os atores*, envolvendo comunidade, Estados, Municípios, conselhos de classe, entre outras instancias; *atuação internacional*, atuando na participação e cooperação em fóruns multilaterais a nível mundial. “A promoção da prevenção, do diagnóstico e do tratamento das IST/VIH/sida no Brasil é realizada a partir de intensa mobilização e articulação entre as esferas federal, estadual e municipal da gestão em saúde”. (UNAIDS, 2018, p. 50)

Ainda, segundo informações do UNAIDS (2018, p. 50) no Brasil, a Prevenção Combinada do VIH, é uma estratégia que foi desenvolvida com o objetivo de unir variadas ações na prevenção da infecção, são elas: biomédicas, comportamentais e estruturais. Ressalta-se que a combinação dessas ações deve estar direcionada aos indivíduos, seus grupos sociais, e realidade da sociedade na qual estão inseridos, observando sempre as especificidades de cada pessoa e de seu contexto social, assim como as diferentes formas de transmissão do HIV. A Prevenção Combinada contempla:

- terapia antirretroviral para todas as PVVIH;
- o tratamento das infecções sexualmente transmissíveis (IST) e hepatites virais;
- imunização para as hepatites virais;
- redução de danos para pessoas que usam drogas;
- distribuição de insumos de prevenção;
- testagem regular para o VIH, outras IST e hepatites virais;

- profilaxias pós-exposição⁷ e pré-exposição⁸. (UNAIDS 2018, p. 51)

Com o propósito de sistematizar as diretrizes que norteiam as ações do Programa Nacional de DST/Aids no âmbito da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde. A Política Nacional de DST/Aids Princípios, Diretrizes e Estratégias (1999) define objetivos gerais e específicos:

1. reduzir a incidência de infecção pelo HIV/aids e por outras DST;
2. ampliar o acesso ao diagnóstico, ao tratamento e à assistência - melhorando sua qualidade -, no que se refere ao HIV/aids;
3. fortalecer as instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle das DST e da aids.

Os objetivos específicos que se desdobram são:

1. promover a adoção de práticas seguras em relação as DST;
2. promover a garantia dos direitos fundamentais das pessoas atingidas direta ou indiretamente pelo HIV/aids;
3. aprimorar o sistema de vigilância epidemiológica das DST e do HIV/aids;
4. promover o acesso das pessoas com infecção pelo HIV e portadores de DST à assistência de qualidade;
5. reduzir a morbi-mortalidade decorrente das DST e da infecção pelo HIV;
6. assegurar a qualidade do sistema de diagnóstico laboratorial das DST e da infecção pelo HIV;
7. promover a adoção de práticas seguras relacionadas à transmissão sexual e parenteral do HIV;
8. promover a articulação com outros setores governamentais e da sociedade civil para o estabelecimento e fortalecimento de políticas públicas nas áreas de DST/aids e de prevenção do uso indevido de drogas. (BRASIL, 1999)

Esses objetivos norteiam as diretrizes e estratégias dos três componentes que constituem o Programa Nacional de DST/Aids, (Componente 1 - Promoção, Proteção e Prevenção; Componente 2 - Diagnóstico e Assistência; e Componente 3 - Desenvolvimento Institucional e Gestão), e se constituem como parâmetros para as ações que visam a assistência integral do sujeito, na garantia dos direitos humanos, considerando a diversidade social e cultural de cada indivíduo. (BRASIL, 1999)

⁷ A profilaxia pós-exposição (PEP) é parte dos esforços de Prevenção Combinada e já está implantada no âmbito do SUS. O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de PEP tem por objetivo simplificar a prescrição, visando a expansão da estratégia de Prevenção Combinada, por meio da recomendação de esquema único de antirretrovirais para todas as PEP (ocupacional, sexual consentida e violência sexual). (UNAIDS 2018, p. 51)

⁸ A profilaxia pré-exposição ao VIH (PrEP) consiste no uso de antirretrovirais (ARV) para reduzir o risco de adquirir a infecção pelo VIH. O governo brasileiro introduziu, em dezembro de 2017, a PrEP como uma estratégia adicional ao conjunto de ações preventivas ao VIH para pessoas soronegativas sob maior risco de adquirir o vírus. No Brasil, sua indicação está voltada a pessoas que tenham práticas sexuais de maior risco, pertencentes aos grupos de maior prevalência para o VIH (gays/HSH, pessoas trans e trabalhadores do sexo) ou em parcerias sorodiferentes para o VIH. (UNAIDS 2018, p. 51)

Os desafios atuais postos pela epidemia demandam novas respostas, do governo e da sociedade civil, que vão desde a reconceitualização da epidemia até a modalidade de enfrentamento de sua expansão social (BRASIL, 1999), exigindo ações intersetoriais consistentes, de modo a tratar a Aids como um problema nacional que não se restringe ao setor de saúde.

3. HIV/AIDS NA JUVENTUDE E AS POLÍTICAS DE ENFRENTAMENTO DA EPIDEMIA



Na contemporaneidade, tem-se evidenciado que a epidemia de HIV/Aids, tanto no Brasil como no resto do mundo, tem atingido mais a juventude. Os índices apresentam um crescente processo de “juvenização” da Aids, que mesmo diante das campanhas de prevenção, a taxa permanece em crescimento. (SILVA et. al., 2017, p. 5). Dados do Boletim Epidemiológico (2018), já descritos no item 2.1 deste estudo, apresentam que entre 2007 a 2018 a maior incidência está entre jovens de 20 a 34 anos de idade, um percentual de 52,6% dos casos notificados.

Segundo o Estatuto da Juventude Lei nº 12.852, de 5 de agosto de 2013, que dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude (SINAJUVE), em seu parágrafo primeiro define pessoas jovens aquelas entre 15 e 29 anos de idade. (BRASIL, 2013). Para Waiselfisz (2007, p. 11-12) a juventude se configura como um processo de transição da adolescência para a vida adulta, momento em que mesmo já possuindo a capacidade biológica de produção e reprodução da vida humana, os jovens são vistos pela sociedade como sujeitos que ainda não desenvolveram a maturidade necessária para o desempenho dessas funções. Embora a transição para a fase adulta possa envolver trajetórias juvenis mais ou menos estabelecidas, como: concluir os estudos, se inserir no mercado de trabalho, casar, e a partir daí adquirir o papel de pessoa adulta perante a sociedade, é preciso reconhecer, como assinala Pais (2009), que os ritos de passagem para vida adulta cada vez mais apresentam-se fluídos e descontínuos, em constante transformação.

[...] em sociedades de outrora existiam ritos de passagem que demarcavam, de modo preciso, a transição dos jovens para a idade adulta, como os ritos de circuncisão. Mais recentemente, o casamento e a obtenção de um trabalho constituíam momentos-chave para a aquisição do estatuto de adulto. E até o cumprimento do serviço militar – dizia-se – fazia de um rapaz um «homem». Hoje em dia, são mais fluídos e descontínuos os traços que delimitam as fronteiras entre as diferentes fases de vida. (PAIS, 2009, p. 373)

Silva (2010, p. 89-90) destaca que a transição para a adultez sofre influências da própria estrutura social, quanto a isso, pode-se evidenciar, inclusive, que os interesses de uma sociedade pautada na preparação do jovem para a inserção no mercado de trabalho, não têm levado em

conta a desigualdade de oportunidades entre esse segmento social, realidade essa que contribui para que haja modos diversos de ascensão para a juventude.

Silva (2010, p. 89-90) enfatiza ainda, que a compreensão do que é juventude integra diversos aspectos, tanto da dimensão biológica, como da dimensão psicológica, e que a forma naturalizada como é conceituada a juventude, não considera os processos históricos e temporais de cada indivíduo inserido em distintas sociedades, os quais permitiriam uma melhor compreensão sobre o que é ser jovem. A autora argumenta que o conceito de juventude deve ser explicado a partir do local onde vivem esses jovens, das relações de gênero, do pertencimento as distintas classes sociais que determinam os seus diferentes estilos de vida. Waiselfisz (2007, p. 9) argumenta que:

É importante indagar sobre o significado de “ser jovem” em um mundo como o de hoje, globalizado, culturalmente diversificado, voltado para as novas tecnologias digitais; atravessando diversas crises que vão além do econômico para ingressar no institucional, em uma sociedade cuja democracia encontra-se profundamente afetada por situações de extrema pobreza, exclusão e iniquidade. São essas situações de exclusão, aliadas às desfavoráveis condições socioeconômicas, que constituem cenários significativamente comprometedores para o processo de integração e inclusão social dos jovens. (WAISELFISZ, 2007, p. 9)

Camarano (2006) informa que o processo de reestruturação econômica que originou o desenvolvimento tecnológico, e substituiu mão-de-obra viva por máquinas, tem demandando dos trabalhadores uma melhor qualificação profissional para o mercado de trabalho. Com isso, a inserção dos jovens no mundo do trabalho tem ocorrido através de relações cada vez mais flexíveis, informais, e precarizadas, além do aumento nas taxas de desemprego atingindo toda a população economicamente ativa do Brasil. A autora defende que ao mesmo tempo em que a sociedade exige uma maior qualificação para o trabalho, o espaço da juventude tem se alongado, significando um período maior de preparação para a inserção produtiva, o que explica a continuidade dos estudos após o ingresso ao trabalho. Considera também que uma parcela de jovens, embora menor, mas não menos relevante que atua no mercado de trabalho não teve acesso à escolarização. Também é importante ressaltar no que se refere à juventude, que “no Brasil, a queda nas taxas de fecundidade e mortalidade nas últimas três décadas tem-se refletido em um aumento absoluto no contingente da população jovem, denominado de onda jovem”. (MONTEIRO, 2002, p. 35)

Segundo Monteiro (2002, p. 35) o período histórico, o contexto cultural e socioeconômico em que os jovens estão inseridos encontram-se diretamente ligados à forma de representações e práticas da juventude. Nesse plano, é fundamental reconhecer de que maneira

as relações sexuais, a condição étnica, o ambiente familiar, o acesso à educação, a situação econômica e profissional acontece na vida desses jovens. Esses indicativos são fundamentais para projetar e desenvolver políticas públicas sociais voltadas às necessidades dessa fase da vida. No que diz respeito ao HIV/Aids, é importante refletir que os aspectos socioculturais e econômicos se encontram diretamente ligados à vulnerabilidade para esse tipo de infecção.

Pressupõe-se que todas as pessoas estejam vulneráveis a situações de risco (SILVA. et. al 2017, p. 5), mas no caso dos jovens, particularmente, é preciso reconhecer a amplitude dos desafios na prevenção da contaminação por HIV. A falta de acesso à educação e a informação traduzidos na dificuldade de se adotar práticas seguras de prevenção, por exemplo, são fatores que podem aumentar ou diminuir o risco de infecção. Além disso, é preciso dimensionar que esses desafios envolvem não somente ações pontuais, mas também mudanças na estrutura social, na perspectiva da cidadania e da equidade social.

De acordo com essa visão, compreende-se que os esforços para conter a disseminação da epidemia estão relacionados à busca da superação das desigualdades e injustiças sociais por meio de ações globais integradas. Apenas mudanças na estrutura social, visando à conquista dos direitos básicos de cidadania e da equidade de oportunidade dos variados segmentos sociais e do gênero, podem diminuir a exposição ao HIV. O aumento significativo do número de casos de Aids entre as populações de menor poder aquisitivo demonstra que as políticas de prevenção precisam considerar as conexões entre saúde pública, direitos humanos e transformações na estrutura social. (MONTEIRO, 2002, p. 35)

Nesse sentido, Silva. et. al. (2017, p. 6) afirmam que o processo de juvenização do HIV/Aids no Brasil, tem atraído maior visibilidade no debate público sobre políticas de enfrentamento à epidemia de HIV/Aids na atualidade, demandando ao Estado ações e estratégias mais efetivas voltadas para esse grupo social. A autora acrescenta que estudos anunciam que os jovens têm iniciado a vida sexual cada vez mais precocemente, somando-se a isso, a falta de prevenção adequada, aliada a baixa idade, aos múltiplos parceiros (a), e ao uso de drogas, tem sido apontado como os principais motivos que tornam os jovens mais vulneráveis à exposição das IST's/HIV/Aids.

De acordo com a Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira (PCAP), realizada em 2008, nas cinco regiões do Brasil (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste) envolvendo 8.000 pessoas com idades entre 15 e 64 anos, e destes, 2.485 eram jovens de 15 a 24 anos, dos 2.485 jovens entrevistados, apenas 51,7% tinham informações corretas sobre as formas de transmissão do HIV/Aids. (BRASIL, 2013).

A pesquisa mostrou, ainda, que entre os jovens sexualmente ativos, apenas 30,1% realizaram teste para HIV pelo menos uma vez na vida, sendo 16,1% dos homens e 45,7% das

mulheres, levando a concluir que muitas pessoas que estão vivendo com HIV desconhecem a sua condição sorológica. Portanto, considerando que o diagnóstico precoce diminui o risco de transmissão, além de garantir a melhora da qualidade de vida dos indivíduos, torna-se importante pensar em estratégias eficazes que promovam o acesso dos jovens aos serviços de testagem e aconselhamento, (BRASIL, 2013). Para tanto, também é relevante fazer o reconhecimento das características que envolvem os processos de contaminação.

Em relação a alguns dados da pesquisa sobre as características da população contaminada por HIV, tem-se que a população de Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) apresenta uma particular vulnerabilidade à contaminação. Foi observado um aumento dos casos em jovens na faixa etária de 17 a 22 anos de idade, entre 2002 e 2007, passando de 0,56% para 1,2%, sendo uma média superior àquela observada na população total. (BRASIL, 2013). De outra parte, segundo dados do Boletim Epidemiológico (2018) nos casos de infecção pelo HIV notificados no Sinan, entre o período de 2007 a 2018, identificou-se que 59,4% dos casos foram decorrentes de exposição homossexual ou bissexual e 36,9% heterossexual, e 2,6% se deram entre usuários de drogas injetáveis (UDI). Nos casos em mulheres observa-se que 96,8% são decorrentes de exposição heterossexual e apenas 1,6% na de UDI.

Parker (1997, p.101) informa que a rápida disseminação da infecção pelo HIV tem chamado atenção para as vulnerabilidades da sociedade, sendo que as pesquisas cada vez mais documentam a complexidade e as especificidades socioculturais e comportamentais, tanto de homens como de mulheres.

Talvez a característica mais importante ou mais profundamente enraizada da cultura sexual [...] seja o que se convencionou chamar [...] de a cultura do machismo- o complexo sistema ideológico que organiza as relações de gênero, hierarquicamente, estabelecendo relações de poder e domínio dos homens sobre as mulheres. [...] A sexualidade masculina caracteriza-se como expansiva e quase incontrolável, enquanto a feminina é percebida como objeto de controle masculino. Espera-se que os machos iniciem sua atividade sexual assim que entrem na adolescência, e que tenham múltiplos parceiros sexuais, antes e depois de casados; das mulheres espera-se que se abstenham da atividade sexual antes do casamento, e que não tenham relações sexuais extraconjugais. (PARKER, 1997, p.101)

O autor enfatiza que a mesma relação machista ocorre em contatos sexuais do mesmo sexo, com princípios baseados na hierarquia de gênero.

Portanto, as interações sexuais entre homens são conceitualizadas dentro da estrutura de relações de masculinidade e feminilidade, e o papel dos parceiros como sendo ativo [...] ou passivo [...] é, de certo modo, mais importante que a escolha do objeto sexual (macho ou gêmea) para definir noções de identidade sexual e valor social. Embora o comportamento homossexual seja altamente estigmatizado e discriminado [...], o parceiro ativo e penetrador nas relações entre o mesmo sexo pode, assim, preservar o

sentido de sua identidade fundamentalmente masculina. Assim, interações sexuais eventuais com parceiros do mesmo sexo não necessariamente podem caracterizá-lo como distinto de outros homens machos ou masculinos. Por outro lado, os homens passivos ou afeminados assumem o papel simbólico das mulheres, e estão sujeitos a estigmas dos mais severos presentes nas sociedades [...]. (PARKER, 1997, p.102)

Pesquisas realizadas por diversos estudiosos têm demonstrado um aumento nos índices de infecção pelo HIV/Aids, principalmente em homens jovens, que mantém relações homossexuais. No entanto, vale ressaltar que independente da orientação sexual de cada indivíduo, as relações sexuais desprotegidas, somadas a multiplicidade de parceiros (a), o uso abusivo de álcool e outras drogas, e a baixa escolaridade, são fatores cruciais no aumento da incidência das IST's/ HIV. (PEREIRA et. al 2013, p. 755).

No que se refere ao sexo feminino Pereira et. al (2013, p.754-755) constatou a baixa adesão ao uso do preservativo entre mulheres jovens e com união estável, além de um significativo número de companheiros usuários de droga ou portadores de IST's/HIV. Para os referidos autores, o comportamento sexual feminino pode estar relacionado a diversos fatores entre eles, “questões de gênero e poder, do masculino sobre o feminino, pela condição de submissão, assim como questões morais, preconceitos e tabus, relacionados à sexualidade feminina, as quais são expressões da submissão e falta de autonomia feminina”.

Monteiro (2002, p. 232) chega a dizer que “a dificuldade de determinados grupos sociais aderirem à concepção moderna do conceito de sexo mais seguro está enraizada na própria concepção de mundo que advogam”. Diante desta realidade, é necessário pensar em ações direcionadas aos jovens que apresentam maior vulnerabilidade, com o objetivo de reduzir os danos causados pela infecção, além de mudanças de atitudes frente à exposição ao vírus, pois, sem isso, torna-se muito difícil reduzir o número de contaminações por HIV.

Nesse sentido, Silva. et. al. (2017, p. 8) evidencia que, na atualidade, falar sobre temas como sexualidade ainda representa um tabu para sociedade, entretanto, essas questões precisam ser debatidas e trabalhadas para que haja uma redução dos índices de infecção por IST's e HIV entre os jovens, que hoje representam o maior número. Como enfatizam Pereira et. al (2013, p. 755) “a compreensão da magnitude e transcendência desses aspectos é de fundamental importância para a implementação de políticas e ações intersetoriais de educação, saúde e integração social”.

Com base no quadro epidemiológico, Amaral (2016) destaca a importância de sinalizar algumas atribuições para os gestores de políticas públicas direcionadas à prevenção e tratamento do HIV/Aids, tais como:

- ✓ Interlocução de políticas públicas nas áreas de saúde, educação, criança e adolescência, e juventude, de modo que promovam e/ou fortaleçam ações intersetoriais para a redução das vulnerabilidades às IST/HIV/Aids vivenciadas por adolescentes e jovens [...];
- ✓ Envolvimento de adolescentes e adultos jovens na estratégia de prevenção, de modo que as ações tenham conteúdo significativo para os mesmos;
- ✓ Capacitação e sensibilização de profissionais dos serviços de saúde em IST/HIV/Aids, de modo a qualificar o acolhimento e a assistência de adolescentes e jovens, levando em conta as singularidades desses grupos;
- ✓ Investimento em campanhas educativas com foco nas práticas sexuais seguras, bem como ampliação da oferta de insumos de prevenção, como o preservativo masculino;
- ✓ Investimento em pesquisas multidisciplinares que permitam conhecer o cenário epidemiológico local, bem como fatores de risco para o avanço da infecção entre adolescente e jovens.

Desde a sua criação, a Política Nacional de HIV/Aids representou um grande avanço no tratamento e controle da epidemia no Brasil, porém ainda é alto o índice de jovens que iniciam a vida sexual sem prevenção. Em vista disto, é preciso atentar para a naturalização atribuída ao HIV/Aids na atualidade. (SILVA, et. al. 2017, p. 7).

Com base nos estudos realizados, pode-se concluir com Monteiro (2002) que as políticas públicas de prevenção do HIV/Aids, ainda estão muito restritas ao indivíduo e que a realidade social está por exigir ações que contemplem mudanças na estrutura política e social, de modo a constituir de fato “uma democracia sexual”, condição para ampliar o debate sobre a Aids e as chances de seu enfrentamento:

[...] somente uma ação coletiva cria condições para escolhas individuais. Nesse sentido [...] o conceito de democracia sexual, caracterizado por um processo de dismantelamento da exploração econômica, da opressão racial, da hierarquia de gênero e do autoritarismo moralista; enfim, de uma reformulação das forças políticas. Sendo a luta pela democracia um ideal de enfrentamentos constantes e seculares, as ações no campo da prevenção do HIV/Aids podem contribuir no sentido de não reproduzir algo já estabelecido, mas de questionar as suas razões e interesses e propor mudanças na estrutura política e social. (MONTEIRO, 2002, p. 28)

De qualquer modo, Pereira et. al (2013, p. 756) reforçam a relevância do levantamento de indicadores epidemiológicos que venham a contribuir para a implementação de políticas e práticas de prevenção e controle dos principais fatores que favorecem a exposição de jovens a infecção. Mesmo reconhecendo que haja a necessidade de promover ações no âmbito macroestrutural, sempre será fundamental informar e incentivar os jovens sobre a importância da proteção e do autocuidado. Ou seja, é preciso constituir estratégias macroestruturais, coletivas e, também, que tenham alcance individual.

3.1 PERSPECTIVAS PARA PENSAR A PROBLEMÁTICA DE HIV/AIDS NA JUVENTUDE

Conforme abordado no item anterior, os aspectos socioculturais e econômicos se encontram diretamente ligados à vulnerabilidade em contrair HIV/Aids. A falta de acesso a condições básicas de existência como: trabalho, saúde, educação e a informação traduzidos na dificuldade de se adotar práticas seguras de prevenção, são fatores determinantes para aumentar ou diminuir o risco de infecção na juventude. Portanto, as perspectivas para pensar a problemática de HIV/Aids devem levar em conta o processo de construção dos jovens nas sociedades, as diferentes fronteiras que delimitam esse público ao longo dos anos, bem como as diversas faces que a juventude apresenta na sociedade, e em que contexto social os jovens encontram-se inseridos. (SOUZA, PAIVA, 2012, p.353)

Durante a segunda metade do século XIX, se estendendo até meados do século seguinte, na Europa, a influência de teorias racistas e eugênicas⁹, foram fatores que favoreceram para um caráter tutelar e repressivo em relação à juventude em todo o mundo. A principal preocupação estava ligada à disciplina dos jovens pobres e, para aqueles que apresentassem “comportamentos desviantes”, eram aplicadas medidas violentas e de caráter coercivo, pois eles eram vistos como delinquentes que representavam perigo e ameaça para a sociedade. (SOUZA, PAIVA, 2012, p.354)

No Brasil, essas práticas repressivas e violentas contra a juventude se consolidaram pela forte influência do movimento higienista, durante a década de 1920, em que se expande o mito de que os jovens em situação de pobreza eram bandidos de nascença, e representavam perigo para a sociedade, por conta disso, deveriam ser descartados. A parcela de jovens pobres que conseguia escapar do extermínio era automaticamente excluída, pois não conseguia se inserir no mercado formal de trabalho, justamente por caracterizar-se um “perigo social”, que demandava controle, contexto esse, que fortificava a manutenção de políticas de repressão voltadas para esta categoria social. Infelizmente, “essa vinculação da juventude com a desordem social é uma concepção que contribui fortemente até os dias atuais para reforçar a relação entre vadiagem/ociosidade/pobreza, bem como entre pobreza e periculosidade/violência/criminalidade”. (SOUZA, PAIVA, 2012, p. 355).

⁹ É um termo criado por Francis Galton (1822-1911), que a definiu como o estudo dos agentes sob o controle social que podem melhorar ou empobrecer as qualidades raciais das futuras gerações seja física ou mentalmente. Disponível em: <https://www.dicionarioinformal.com.br/eugenia/>. Acesso em: 02/05/2019.

Souza e Paiva (2012, p. 354-355) informam que com o desenvolvimento do capitalismo liberal no século XX, inicia-se um processo de acúmulo de riqueza concentrada nas mãos da minoria possuidora dos meios de produção. Esse processo de desenvolvimento teve como principais consequências a disseminação da miséria e o aprofundamento da desigualdade social entre as classes. A juventude, assim como toda a população sofreu com a ausência de investimentos na área social, provocando ao longo dos anos graves formas de exclusão, estigmatização e tentativa de destruição das classes pobres, principalmente dos jovens pertencentes a camadas menos privilegiadas da sociedade, por meio da opressão e criminalização. Assim, as ações resultantes desse contexto socioeconômico, acabam condenando a juventude mais pobre ao extermínio e à clausura.

Iamamoto (2007, p.128) explicita que as desigualdades sociais que regem o processo de desenvolvimento do Brasil têm sido uma das suas particularidades históricas. Onde o “moderno” se constrói por meio do “arcaico”, o país no contexto da mundialização do capital se desenvolveu tecnologicamente e modernizou as forças produtivas do trabalho social, em contrapartida mantém a herança colonial e patrimonialista de exploração da mão de obra do trabalhador, gerando graves expressões da questão social¹⁰. A autora acrescenta que:

A noção de *desenvolvimento desigual* é utilizada em sua acepção *clássica*¹¹: a desigualdade entre o desenvolvimento econômico e o desenvolvimento social, entre a expansão das forças produtivas e as relações sociais na formação capitalista. Revela-se como reprodução ampliada da riqueza e das desigualdades sociais, fazendo crescer a pobreza relativa à concentração e centralização do capital, alijando segmentos majoritários da sociedade do usufruto das conquistas do trabalho social. (IAMAMOTO, 2007, p. 129)

De acordo com as autoras Vieira et.al (2014, p. 197) o Brasil é um país marcado por enormes desigualdades sociais de renda, com elevados índices de pessoas em situação de pobreza e extrema pobreza, que sobrevivem em situações nem sempre dignas, aonde a cidadania ainda se encontra em processo de construção. Uma sociedade que vive submetida à hegemonia do capitalismo financeiro, rebatendo-se com as exigências neoliberais de privatização do público, submetidos a desregulamentação dos direitos, e a um Estado mínimo

¹⁰ “As principais manifestações da ‘questão social’ – a pauperização, a exclusão, as desigualdades sociais – são decorrências das contradições inerentes ao sistema capitalista, cujos traços particulares vão depender das características históricas da formação econômica e política de cada país/região. Diferentes estágios capitalistas produzem distintas expressões da ‘questão social’” (PASTORINI, 2010, p. 101) PASTORINI, Alejandra. A categoria questão social em debate. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

¹¹ “A contradição entre as desigualdades históricas fundamentais da sociedade do capital é tratada por Marx na “Lei geral da acumulação capitalista” (Marx, 1985b, t.1, v.II)” Iamamoto (2007, p.129)

para as políticas públicas sociais. Quanto a isso, Parker e Camargo Jr (2000, p.92) assinalam que:

[...] as décadas finais do século XX caracterizam-se por complexos processos de globalização e de reestruturação econômica que começam a acelerar-se, grosso modo, no início da década de 70 [...] observa-se uma substituição dos tradicionais materiais brutos da produção industrial pelo controle sobre o processamento da informação como a característica-chave da produção e acumulação capitalistas globais. Esta substituição conectou-se, por sua vez, a nova ênfase na flexibilidade (acumulação flexível, esquemas flexíveis de produção, trabalho e vínculos empregatícios flexíveis e assim por diante) bem como a formas de organização social e econômica em rede. [...] talvez a consequência central deste conjunto de transformações econômicas tenha sido a extensão com que, aparentemente, as elites ao redor do mundo se conectaram, ao mesmo tempo em que foram criadas novas formas de exclusão social e extremos de desigualdade, diferenciais de renda, pobreza e miséria em todas as sociedades, de Norte a Sul. (PARKER, CAMARGO JR,2000, p.92)

Diante do exposto, Souza e Paiva (2012, p. 356), ao descrever a atual realidade vivida pelos jovens brasileiros apontam que o aprofundamento da crise do desemprego dos anos de 1990 representou uma ameaça à inserção e permanência dos jovens no mercado de trabalho, como consequência, a juventude pobre tende a se submeter a relações de trabalho precárias, e não conseguindo sua independência social e financeira, continuando dependentes de seu núcleo familiar, mesmo que este também não disponha de condições necessárias de sobrevivência. Em contrapartida, os jovens que possuem melhores condições econômicas, privilegiados pela origem social, tendem a tardar a busca pela inserção profissional, prolongando o tempo de estudos e capacitação para o mercado, estes também mantêm dependência familiar. As autoras complementam que:

No contexto atual, com a consolidação do modo de produção capitalista, um dos principais elementos – ou o principal – dessa complexidade é a classe social na qual o jovem está inserido. [...] as desigualdades econômicas e sociais estão cada vez mais acirradas, a sociedade está vivenciando um processo de individualização que se intensifica à medida que o capitalismo impõe a cultura da “liberdade individual” e da meritocracia¹². (SOUZA, PAIVA, 2012, p.356-357)

As mesmas autoras acrescentam que o início prematuro dos jovens pobres no mercado de trabalho informal, ou a sua desocupação prolongada, diferencia sua condição social dos jovens de classes mais ricas, visto que àqueles é associada uma perspectiva negativa dessa condição, enquanto aos de classes mais abastadas encontram-se na liberdade, conforto e tolerância do seio familiar. “Para os jovens pobres, resta o estigma da marginalidade e

¹² **Meritocracia** (do latim mereo, merecer, obter) é a forma de governo baseado no mérito. As posições hierárquicas são conquistadas, em tese, com base no merecimento, e há uma predominância de valores associados à educação e à competência. Dicionário informal. Disponível em: <https://www.dicionarioinformal.com.br/meritocracia/>. Acesso em: 03/05/2019

associação à violência e criminalidade e, para os demais, prevalece a ótica progressista, embasada na ilusória liberdade individual” (SOUZA, PAIVA, 2101, p. 356).

Na mesma linha de pensamento, Villela e Doreto (2006, p. 3) informam que existe um desequilíbrio em relação às classes sociais no Brasil, sendo que apenas 20% dos jovens no país são pertencentes às categorias A e B, e 50% dos adolescentes jovens com idades entre 15 a 20 anos encontram-se em situação de pobreza ou extrema pobreza. Essa mesma população atinge, em média, entre 6 e 8 anos de estudo, considerando que existem importantes diferenças regionais e entre jovens negros e brancos. O índice de analfabetismo entre jovens negros por exemplo é o dobro em relação aos de cor branca, e quatro vezes maior entre crianças e adolescentes na faixa etária de 10 a 14 anos. As referidas autoras apontam que cerca de três quartos dos jovens pertencentes a núcleos familiares de baixa renda se inserem no mercado de trabalho antes de completarem 15 anos de idade, e recebem salários inferiores aos pagos para os demais trabalhadores adultos. Apenas, 23% dos jovens pobres conseguem trabalhar e estudar, 17,1% não estudam nem trabalham. No sexo feminino o índice de meninas que não trabalham e não estudam chega a 26%.

Foram-se os tempos em que era teoricamente permitido o discurso de que as situações de miséria e pobreza eram conseqüências das inevitáveis diferenças sociais, ocasionadas por razões divinas, de ética e moral. Hoje sabemos que as causas da pobreza são estruturais, oriundas da exploração do trabalho social pela classe dominante; do ataque ilícito aos cofres públicos; da violenta corrupção política e administrativa que assola o Brasil; na imposição e na preservação da condição de ignorância da sociedade; da vigilância e limitação sobre o tempo livre da classe trabalhadora; e acima de tudo, a imposição de padrões de consumo que atendam às necessidades do mercado capitalista. (COUTO, 2007). Portanto, o fim da pobreza e da desigualdade social na sociedade contemporânea parece longe de findar.

O mito da “cultura da pobreza” (de que os pobres não saem dessa condição porque não querem) se desfaz nas pesquisas acadêmicas qualitativas; nas duras evidências empíricas e na contextualização histórica da pobreza. “Quem gosta de pobreza é intelectual”. Pobres não gostam de pobreza, não gostam de ser pobres e por isso lutam para sair dela. Pobres não se acostumam ao sofrimento imposto pelas múltiplas faltas sentidas na pobreza cotidiana, a qual os leva e obriga à adoção de estratégias de sobrevivência rejeitáveis, singulares e difíceis de entender para quem vive em inclusão. (COUTO, 2007, p. 73)

Couto (2007, p. 72) diz que para conhecer e sentir verdadeiramente os males da pobreza, teríamos que vivenciar seus efeitos garganta abaixo e adentro todos os dias. Relata ainda, que é preciso desconfiar de notícias divulgadas pela televisão quando anunciam que programas

governamentais têm sido eficientes na redução do índice de pobreza no Brasil. “Desconfie porque a pobreza não é uma só, não é uniforme nem se comporta de forma homogênea; possui significados variados, é relativa e está relacionada ao contexto vivenciado e observado”. A autora acrescenta que as pessoas em situação de pobreza podem ser mais suscetíveis ao HIV/Aids:

Independente de números, pobres e indigentes são o público-alvo da proteção social básica, são os clientes da assistência social e, face à tendência epidemiológica do HIV/Aids, no Brasil, podem ser as pessoas potencialmente afetáveis por essa epidemia. A epidemia não tem predileção pelos pobres, a cadeia de transmissão do vírus apenas segue o curso mais favorável, o caminho onde predomina a sinergia de diferentes vulnerabilidades. (COUTO, 2007, p. 76)

Em sintonia com as ideias de Couto, Vieira et.al (2014, p. 197) problematizam que a expansão da epidemia de HIV/Aids nas sociedades modernas tem seguido o caminho da pauperização. Pesquisas apontam que um dos indicadores das condições socioeconômicas é a baixa escolaridade (Ensino Médio) observada entre os casos notificados no Brasil. As autoras evidenciam que o HIV/Aids é uma epidemia que mostra a exploração resultante do modo de produção capitalista, visto que a prevenção e o tratamento consistem no acesso a serviços de saúde, insumos, informações e medicamentos. Pois, a intensificação da privatização da saúde que vem ocorrendo nas últimas décadas, tem provocado o desmonte da saúde enquanto direito universal e gratuito, fatores que revelam “[...] a manutenção da opressão, decorrente das relações patriarcais, na medida em que a prevenção é associada à normatização e controle da sexualidade, pela igreja, pelo Estado e pelas famílias”.

Em relação aos fatores estruturais que predis põem ao contágio de HIV/Aids Parker e Camargo Jr (2000, p.93) informam que nas últimas décadas estudiosos e pesquisadores têm demonstrado em pesquisas certos fatores que podem favorecer esse contágio podendo ser sintetizados em três categorias distintas, porém interconectadas:

- 1) (sub)desenvolvimento econômico e pobreza;
- 2) mobilidade, incluindo migração, trabalho sazonal, e convulsão social em razão de guerras e de instabilidade política, que interagem frequentemente com a pobreza, condicionando a vulnerabilidade relacionada ao HIV/AIDS;
- 3) desigualdades de gênero, que também interagem com a pobreza (e a contínua feminização da pobreza), colocando as mulheres, bem como homens desviantes com relação ao gênero (por exemplo, travestis), em situações de vulnerabilidade acentuada à infecção pelo HIV.

Por outro lado, conforme Vieira et.al (2014, p. 198), em tempos neoliberais existe uma tendência de desresponsabilização do Estado no atendimento às demandas sociais, transferido

a sua responsabilidade de garantir o acesso aos direitos sociais para que a sociedade civil os concretize. O Brasil o maior país da América do Sul considerado modelo na resposta à epidemia de HIV/Aids, vem apresentando retrocessos no enfrentamento da doença. Mergulhado em crises políticas, econômicas e sociais, o país vem perdendo a capacidade de construir respostas eficazes à epidemia, como declara a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA, 2016, p. 6): “O Brasil deixou de lado a *expertise* para o amplo diálogo intersetorial, a articulação da saúde com os direitos humanos e a capacidade de atenção aos princípios da universalidade, da justiça e da participação social”.

O processo de pauperização da epidemia de HIV/Aids indica a necessidade da implementação de ações que visam a transformação da realidade dos indivíduos que vivem em condições de pobreza, desiguais e excluídos, para condições de não pobres e que possibilitem o acesso aos seus direitos sociais e de cidadania. A redução da vulnerabilidade em pessoas de baixa renda (incluindo adolescentes e jovens) significaria encolher a probabilidade de no futuro surgirem novos diagnósticos positivos para HIV/Aids. (COUTO, 2007, p. 77)

De acordo com Couto (2007, p. 78) os programas assistenciais vigentes estão distantes de garantir a universalidade conforme previsto na Constituição Federal de 1988 enquanto direito social inalienável de cidadania. Os atuais programas sociais pautam-se por critérios de acesso vinculados a renda *per capita* e sujeitos a condicionais, como por exemplo o Programa Bolsa Família (PBF)¹³, e o Benefício de Prestação Continuada (BPC)¹⁴ que por vezes não são incluídos indivíduos que apresentam diferentes vulnerabilidades associadas, como viver com HIV/Aids que é uma patologia crônica considerada não incapacitante e estigmatizante.

No caso das pvha, a incapacidade para o trabalho cada vez mais é temporária devido às novas terapias medicamentosas disponíveis, cujos efeitos colaterais são danosos e por vezes acarretam inclusive mudanças de sua aparência física. Essas pessoas também são frequentemente estigmatizadas e/ou discriminadas devido ao diagnóstico ou por suas escolhas sexuais e afetivas. O acesso restritivo às políticas sociais determina a incapacidade dessas mesmas políticas de retirar do risco social o cidadão que se encontra nessas condições. Ao contrário, quem vive diferentes vulnerabilidades

¹³ “O Programa Bolsa Família (PBF) é um programa governamental de transferência condicionada de renda integrado ao programa governamental Fome Zero, que visa a assegurar o direito humano à alimentação adequada e contribuir para a erradicação da extrema pobreza e conquista da cidadania pela parcela da população mais vulnerável à fome”. (COUTO 2007, p. 92)

¹⁴ “O Benefício de Prestação Continuada (BPC) [...] criado em 1993, a partir da regulamentação da Lei Orgânica da Assistência Social, em substituição à Renda Mensal Vitalícia (RMV), [...] O BPC é concedido à pessoas maiores de 65 anos e portadoras de deficiência. Em ambos os casos o beneficiário deverá possuir renda familiar per capita mensal inferior a ¼ do salário mínimo”. (COUTO 2007, p. 90)

difícilmente sai desta condição mediante ações da proteção social básica. Isso porque a função dessas políticas sociais é compensar, não promover. A promoção social de grupos vulneráveis demanda políticas estruturais, universais e redistributivas. (COUTO, 2007, p. 78)

Vieira et.al (2014, p. 199) enfatizam que no Brasil, fortemente influenciado pela onda neoliberal, as tentativas de ampliação e manutenção dos direitos sociais estão fadadas ao fracasso. Mesmo o país divulgando indicadores que apontam a melhoria na qualidade de vida da população, o acesso a bens e serviços ainda se encontram limitados. Alguns exemplos é a focalização da política de assistência social em famílias e indivíduos que vivem em situações de pobreza e extrema pobreza, a privatização da saúde e a oferta limitada dos serviços também direcionada para as populações mais pobres, o que revela a não universalidade do direito.

Para Couto (2007, p. 87) as pessoas que vivem com HIV/Aids em precárias condições de vida encontram maior dificuldade de conseguir um trabalho, seja ele, formal ou informal, e se manter no emprego devido ao preconceito, estigma e discriminação, e ainda pela necessidade de acompanhamento médico frequente e permanente. “Sobre a expansão da cobertura assistencial e dos programas de transferência condicionada de renda, considere-se a exclusão desse grupo devido aos critérios estabelecidos por esses mesmos programas [...]”.

Em outras palavras, Vieira et.al (2014, p. 204) defendem que no Brasil a principal luta a ser enfrentada para as PVHA é a ausência de programas, políticas e projetos assistenciais que garantam alimentação, habitação, e transporte, para a parcela de pessoas que não conseguem se inserir no mercado formal de trabalho, por conta de diversos fatores atrelados à doença, e do preconceito e estigma a ela associados. É preciso pensar em ações que garantam as necessidades básicas, e não apenas o tratamento medicamentoso com antirretrovirais.

Entretanto, o atual contexto brasileiro tem concentrado-se em respostas biomédicas no enfrentamento do HIV/Aids, sendo que essa ênfase na biomedicalização como estratégia para enfrentar a epidemia, “pode servir como uma cortina de fumaça que esconde uma série de retrocessos”. (ABIA, 2016, p. 6). Sabe-se que os interesses econômicos da sociedade capitalista tiveram grande influência no modelo de assistência à saúde, firmado no consumo de consultas médicas, procedimentos, equipamentos e medicamentos e na oferta de uma atenção especializada e atenção hospitalar. Esse processo provocou uma crescente medicalização da sociedade, e a ideia de que a relação dos profissionais de saúde seja com a doença e não com o indivíduo. (BRASIL, 2006, p.1-2) Com isso, o cuidado distancia-se das reais necessidades dos sujeitos:

O cuidado vai adquirindo outros significados. Ocorre um progressivo distanciamento da história de vida, das emoções, dos sentimentos e das condições sociais das pessoas que traduzem possibilidades distintas de adoecer e de manter a saúde. Os atendimentos tendem a ficar restritos a procedimentos técnicos, à solicitação e análise de exames, à prescrição de medicamentos, etc. (BRASIL, 2016, p. 3)

É preciso ter claro que as respostas biomédicas não substituem as respostas sociais. Além disso, o modelo de atenção em saúde voltado exclusivamente para o biológico, com foco em atendimentos médicos, de procedimentos e medicamentoso, tem se mostrado ineficiente na intervenção dos problemas de saúde. Para que seja realizada uma mudança do atual modelo de atenção em saúde direcionado às necessidades dos usuários, é imprescindível a alteração no cotidiano do trabalho em saúde, nas ações de atenção à saúde, e na atuação dos diferentes profissionais inseridos na política. (BRASIL, 2016, p. 6). Diante dos complexos fatores que influenciam o processo de adoecimento, é preciso considerar a necessidade de articulação entre todas as tecnologias e saberes que podem operar no cuidado, é pensar a saúde na perspectiva do conceito de clínica ampliada, que diz respeito a uma atenção que acolha as reais necessidades dos sujeitos, particularmente quando se trata de jovens:

[...] uma clínica que inclua além da doença, a pessoa e seu contexto e se responsabilize tanto pela cura e reabilitação quanto com a prevenção e proteção individual e coletiva. Uma clínica que consiga compreender de forma ampliada o processo de adoecimento e sofrimento do usuário e elaborar projetos terapêuticos singulares com ações que visem intervir nas diversas dimensões relacionadas ao adoecimento e ao sofrimento. Enfim, uma clínica com compromisso com a produção de saúde, de vida. (BRASIL, 2016, p. 6)

Como alerta Merhy (apud BRASIL, 2016, p. 6) os profissionais não devem ficar restritos apenas aos aspectos biomédicos, centrados nas *tecnologias duras e leve duras*, mas devem valorizar as *tecnologias leves*, que dizem respeito às relações que se estabelecem com os usuários no cuidado, pois só assim, estaria-se abarcando, além da doença, o processo do adoecimento e a concretude das condições e dos modos de vida daqueles que buscam o cuidado¹⁵.

ABIA (2016, p. 7) ressalta que a tendência da biomedicalização como resposta ao enfrentamento da epidemia associada à crescente desmobilização da sociedade civil e do enfraquecimento dos movimentos sociais na luta contra o HIV/Aids tem gerado efeitos danosos

¹⁵ Merhy faz uma metáfora (das “valises”) para discutir o uso de tecnologias na produção da saúde. Há uma valise de mão, onde estão o estetoscópio, o esfigmomanômetro e outros equipamentos, que seriam as tecnologias duras; outra valise que está na cabeça, contendo os saberes estruturados, os conhecimentos técnicos, que seriam as tecnologias leve-duras; uma terceira valise, a das relações, que está entre o trabalhador e o usuário, com as tecnologias leves. O território das tecnologias leves é o local onde se define a produção de cuidado, a construção de vínculos, acolhimentos e responsabilizações. (MERHY apud BRASIL, 2016, p. 5)

para o Brasil. Diante dessa realidade, verifica-se que é preciso recriar o espaço para que as comunidades mais afetadas sejam ouvidas, afim de, de as respostas dadas pela comunidade seja reintroduzida na agenda política. “Para isso, é preciso envidar esforços de governos, agências de cooperação, cientistas e ativistas em escala global”.

Diante da mudança de perfil do HIV/Aids ao longo dos anos, e com o crescente processo de juvenilização, heterossexualização, interiorização, e pauperização da epidemia nos dias atuais, ações restritas a intervenções médicas e medicamentosas não promovem o cuidado integral dos jovens infectados, dos quais se encontram em situação de vulnerabilidade social, econômica e cultural. O desenvolvimento de práticas educativas em saúde são fundamentais, “uma vez que as decisões sobre o comportamento sexual não podem ser isoladas das influências sociais, econômicas e culturais mais amplas que norteiam a vida dos indivíduos e da coletividade” (SILVA, et. al, 2017, p.8-9)

O Brasil ao longo dos anos construiu programas e políticas públicas consideradas exitosas viabilizando o acesso gratuito e universal ao TARV, além de estabelecer parcerias com a sociedade civil no desenvolvimento de ações de enfrentamento a epidemia. No entanto, ainda que existam alguns esforços na prevenção da Aids, em 70% das escolas do Brasil, identifica-se pouco conhecimento sobre o tema Aids entre jovens, principalmente com baixa escolaridade. Esse é um fator importante que reitera a desigualdade social e de acesso às práticas de prevenção nas relações sexuais, “relação que deve ser interpretada também em função do universo de valores e sentidos relacionados ao sexo que informam o cotidiano destes”. Nas palavras de Villela e Doreto (2006), as desigualdades abrangem um espectro ampliado de relações, principalmente quando se trata de jovens:

Jovens de classes sociais mais favorecidas postergam o início de sua vida sexual e usam mais proteção porque têm acesso à informação e aos insumos, e também porque sentem que suas vidas têm valor, têm projetos para o futuro e existem outros suportes para ancoragem da auto-estima que não apenas a realização sexual/amorosa. Usar o preservativo não é fácil. Encontros sexuais muitas vezes ocorrem entre pessoas que mantêm entre si uma relação erótica, mas também uma relação de poder mediada pelo gênero, pela classe social ou pela diferença de idade. Quem detém o poder tem mais chance de "garantir" o uso do preservativo, como também de não aceitar seu uso (VILLELA, DORETO (2006, p. 5).

Como nos advertem Villela e Doreto (2006, p. 5), são diversos os fatores que levam a juventude contemporânea a manter relações sexuais desprotegidas tornando-se vulneráveis ao contágio pelo HIV/Aids. Portanto, são importantes as abordagens sobre sexo seguro, e a produção de estratégias criativas que venham a fazer sentido nos distintos contextos social, econômico e cultural nos quais os jovens experimentam o sexo.

Conclui-se que pensar em desafios e ações para a prevenção e enfrentamento da Aids na juventude, exige, antes de tudo, reconhecer o contexto histórico, cultural e socioeconômico em que os jovens estão inseridos; a forma de representações e práticas da juventude, bem como a incidência das desigualdades sociais e das ações das políticas sociais públicas na vida desse segmento. Esses são indicativos fundamentais e concretos para projetar e desenvolver estratégias voltadas às necessidades da juventude. Sem pensar nesse gradiente de elementos, estaremos longe de compreender a problemática de HIV/Aids na juventude, pois é nas relações sociais, de gênero e de pertencimento das distintas classes sociais que se engendram os modos de viver e sobreviver dos jovens e as próprias vulnerabilidades para esse tipo de infecção.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde o seu surgimento no início da década de 1980 a epidemia de HIV/Aids, foi ao longo desses quase quarenta anos de descoberta, redesenhando o seu perfil. De um vírus que atingia prioritariamente homossexuais, usuários de drogas injetáveis, profissionais do sexo, e haitianos, classificados como “grupo de risco” e fortemente estigmatizados, passando por um período de feminização da epidemia, e atingindo pessoas com mais de 50 anos de idade durante a década de 1990, e nos dias atuais observa-se um crescente processo de juvenilização, heterossexualização, interiorização, e pauperização da epidemia do HIV/Aids no Brasil.

Com a rápida disseminação de casos de Aids, o Brasil passou a desenvolver ações em saúde que pudessem responder as demandas postas no cotidiano. Os movimentos sociais, as ONGs, a consolidação do SUS, e a criação da Política Nacional de DST/Aids, representaram grandes avanços no desenvolvimento de programas e políticas de prevenção, e tratamentos disponíveis de acesso gratuito e universal, sendo o Estado o principal responsável na garantia de saúde a todas as PVHA.

A presente pesquisa foi realizada com o principal objetivo de debater algumas questões no que se refere ao crescente processo de juvenilização da epidemia de HIV/Aids no Brasil, dando visibilidade a quem são esses jovens e de que forma são vistos pela sociedade, à efetividade das políticas públicas de enfrentamento à epidemia, e às perspectivas para pensar a problemática da infecção diante do atual contexto social em que os jovens encontram-se inseridos.

Mediante a pesquisa documental e bibliográfica, foi possível constatar que a alta incidência de jovens contaminados pelo HIV/Aids está diretamente conexas à forma como historicamente a sociedade se relaciona, às desigualdades sociais e econômicas decorrentes do modelo capitalista de produção, e também às relações desiguais de gênero. Uma sociedade que foi capaz de desenvolver tecnologias, e antirretrovirais cada vez mais eficazes no tratamento da infecção, mas que não conseguiu romper com a histórica influência cultural de uma sociedade patriarcal, machista, homofóbica, que não aceita o “diferente”, e que abomina e exclui a pobreza. Conforme afirma Yamamoto (2007, p.128) o “moderno” de se constrói por meio do “arcaico”.

Constatou-se, também, que os aspectos socioeconômicos e culturais são fatores que favorecem e que tornam a juventude mais vulnerável à contaminação pelo HIV/Aids. A falta de acesso a condições básicas de sobrevivência, a baixa escolaridade, o desconhecimento sobre

a doença, as políticas sociais focalizadas, expõem jovens pobres as mais variadas situações de risco e de não acesso a direitos sociais. Além disso, é importante destacar conforme Silva. et. al. (2017, p. 8) que além do impacto no cotidiano causado pelo diagnóstico positivo para HIV/Aids, os jovens ainda precisam enfrentar as mudanças decorrentes da fase de vida. Com isso, surgem sentimentos como medo da não aceitação de seus pares, o medo do desconhecido, o que poderá contribuir para que o jovem se afaste da família e do convívio social, já que o preconceito e o estigma têm provocado o isolamento e até mesmo processos de depressão.

Por fim, evidencia-se que o atual modelo econômico de acumulação de capital tem provocado o desmonte das políticas públicas sociais, causando diferentes formas de exclusão social, e como consequência a fragilização da sociedade e dos movimentos sociais na luta de combate ao HIV/Aids. Conclui-se que, pensar em ações de enfrentamento à epidemia que atinge a juventude brasileira, requer o rompimento com a atual forma de sociabilidade estabelecida, buscando construir estratégias macroestruturais, coletivas, com alcance individual. Nesse sentido, é fundamental reconhecer o contexto histórico, cultural e socioeconômico em que os jovens estão inseridos; a forma de representações e práticas da juventude, bem como a incidência das desigualdades sociais e das ações das políticas sociais públicas na vida desse segmento.

“Mas gostaria de terminar, dizendo o seguinte: creio que podemos transformar a tragédia da AIDS, da enfermidade e da doença num desafio, numa oportunidade, numa possibilidade de recuperar na nossa sociedade, em nós mesmos, em cada um de nós e em todos nós, o sentido da vida e da dignidade. E, com esse sentido da vida e da dignidade, seremos capazes de lutar pela construção de uma sociedade democrática, de uma sociedade justa e fraterna”.

Herbert de Souza, 1987

REFERÊNCIAS

ABONG. PARTE I – ONGs: pluralidades e identidades. Disponível em: <http://www.abong.org.br/>. 2010. _____. Um Novo Marco Legal para as ONGs no Brasil - fortalecendo a cidadania e a participação democrática. Disponível em: <http://www.abong.org.br/publicacoes.php?p=1>.

ABRÃO, Fátima Maria da Silva. et.al. Características Estruturais e Organizacionais de Serviços de Assistência Especializada em HIV/Aids na Cidade de Recife, Brasil. Revista Baiana de Saúde Pública. 38, n.1, p.140-154 jan./mar. 2014.

ALMEIDA, Maria Rita de Cássia Barreto de; LABRONICI, Liliana Maria. A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral. Departamento de Enfermagem da UFPR. 2004.

AMARAL, Regiane da Silva. **Adolescência, Juventude e HIV/Aids**: estudo de fatores associados. Dissertação (Mestrado em Gestão de Programas e Serviços de Saúde) - Programa de Pós-graduação em Gestão de Programas e Serviços de Saúde, Universidade Ceuma, São Luís, MA. Setembro/2016.

Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS). Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social. Rio de Janeiro. Novembro/1996.

Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA). **Mito vs Realidade**: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e aids. Rio de Janeiro. Julho/2016

BERTELE, Elisabete; CAMARDELO, Ana Maria; OLIVEIRA, Mara. Projeto do Curso de Serviço Social. UCS: Caxias do Sul, 2011.

BRASIL. Boletim Epidemiológico. Ministério da Saúde 2007. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/node/81>. Acesso em: 31/03/2019

BRASIL. Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde-Ministério da Saúde 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2018> Acesso em: 02/04/2019

BRASIL. Estatuto da Juventude. Lei nº 12.852, de 5 de agosto de 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12852.htm. Acesso em: 12/04/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites virais. **História da Aids**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/centrais-de-conteudos/historia-aids-linha-do-tempo>. Acesso em: 18/03/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites virais. **O que é HIV**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv>. Acesso em: 15/03/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites virais. **Vigilância Epidemiológica**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/gestores/vigilancia-epidemiologica>. Acesso em: 28/03/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. O Modo Hegemônico de Produção do Cuidado. Texto adaptado do capítulo de mesmo nome do material didático do Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente. Brasília: 2006. p. 53-62.

BRASIL. Política Nacional de DST/Aids Princípios, Diretrizes e Estratégias. Brasília, 1999.

BRASIL. Recomendações para a atenção Integral a adolescentes e Jovens vivendo com HIV/Aids. Brasília-DF. 2013

BRITO. Ana Maria de; et.al. **AIDS e infecção pelo HIV no Brasil**: uma epidemia multifacetada. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 34: 207-217, mar-abr, 2001.

CAMARANO, Ana Amélia. **Considerações Finais**: Transição Para a Vida adulta ou Vida Adulta em Transição? Da Diretoria de Estudos Macroeconômicos do Ipea. 24/11/2006

CARVALHO, Brígida Gimenez; et.al. A organização do Sistema de Saúde no Brasil. Capítulo 2. Bases da Saúde coletiva. 2001.

COUTO, Maria Helena Costa. A Vulnerabilidade da Vida com HIV/Aids. Tese de Doutorado. Instituto de Medicina Social- IMS. Rio de Janeiro. 2007.

DAGNINO E. Os movimentos sociais e a emergência de uma nova noção de cidadania. In: Dagnino E, organizador. Anos 90 - Política e sociedade no Brasil. Brasília: Brasiliense; 1994.

DOURADO, Inês; et.al. Tendências da Epidemia de Aids no Brasil após a Terapia Anti-retroviral. Rev Saúde Pública 2006;40(Supl):9-17.

GRANGEIRO, Alexandre; et.al. **Resposta à aids no Brasil**: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. Panam Salud Publica. 2009;26(1):87-94.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Capital fetiche, questão social e Serviço Social (capítulo II). In: Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2007.

MERHY, Emerson Elias. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2000.

MONTEIRO, S. Aids, juventude e diversidade cultural. In: Qual prevenção? Aids, sexualidade e gênero em uma favela carioca [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

PAIS, José Machado. **A Juventude como Fase de Vida**: dos ritos de passagem aos ritos de impasse. Saúde Soc. São Paulo, v.18, n.3, p.371-381, 2009.

PARKER Richard; CAMARGO J Kenneth Rochel de. **Pobreza e HIV/AIDS:** aspectos antropológicos e sociológicos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16(Sup. 1):89-102, 2000

PARKER, Richard G. Reflexões sobre a sexualidade na sociedade latino-americana: implicações para intervenções em face do HIV/AIDS. Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 1997.

PEREIRA, Bianca de Souza. et. al. Fatores associados à infecção pelo HIV/AIDS entre adolescentes e adultos jovens matriculados em Centro de Testagem e Aconselhamento no Estado da Bahia, Brasil. 2013

PEREIRA, A. Jimenez; NICHATA, L. Yasuko Izumi. **A sociedade civil contra a Aids:** demandas coletivas e políticas pública. Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de São Paulo. Rua Lago, 707. 05598-000 São Paulo SP; 2011.

PINTO, Agnes Caroline S; et, al. Compreensão da Pandemia da Aids nos últimos 25 anos. DST – J bras Doenças Sex Transm 2007; 19(1): 45-50 – ISSN: 0103-4065.

SADER E. **Quando novos personagens entraram em cena:** experiências e luta dos trabalhadores da Grande São Paulo (1970-1980). Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1988.

SILVA, Camila Rachel Lira; et. al. **A Juvenilização do HIV/Aids:** Um desafio na contemporaneidade. II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde (COMBRACICS). 2017.

SILVA, Carla Glenda Souza da. **Serviço de Assistência Especializada (SAE):** uma experiência profissional. Psicol. cienc. prof. v.27 n.1 Brasília mar. 2007.

SILVA, Jandira Miranda da. **Políticas de AIDS e Juventude:** refletindo sobre os programas de Assistência à Saúde de jovens vivendo com HIV/AIDS em Belém (PA). Dissertação de Mestrado em Serviço Social. agosto/2010.

SOUZA, Cândida de; PAIVA, Ilana Lemos de. **Faces da juventude brasileira:** entre o ideal e o real. Estudos de Psicologia, setembro-dezembro/2012, 353-360. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

UNAIDS BRASIL. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. Organização Mundial de Saúde. **Sobre AIDS.** 2019. Disponível em: <https://unaids.org.br/informacoes-basicas/>. Acesso em: 15/03/2019.

UNAIDS. Epidemia de VIH nos Países de Língua Oficial Portuguesa. 4ª Edição 2018.

VIEIRA, Ana Cristina de Souza. A epidemia de HIV/Aids e a ação do Estado. Diferenças entre Brasil, África do Sul e Moçambique. Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 196-206, jul./dez. 2014.

VILLARINHO, Mariana Vieira. et. al. Políticas Públicas de Saúde Face à Epidemia da Aids e a Assistência às Pessoas com a Doença. 271R ev Bras Enferm, Brasília 2013 mar-abr; 66(2): 271-7.

VILLELA, Wilza Vieira; DORETO Daniella Tech. Sobre a experiência sexual dos jovens. Cad. Saúde Pública vol.22 no.11 Rio de Janeiro Nov. 2006

WASELFISZ, Julio Jacobo. Relatório de Desenvolvimento Juvenil. 2007