

UNIVERSIDADE SANTA CECÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO DA SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO DIREITO DA SAÚDE: DIMENSÕES INDIVIDUAIS E
COLETIVAS

DANIELA DA CUNHA SANTOS

HIV/AIDS ENQUANTO DESAFIO PARA A GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE DO
JOVEM NO BRASIL CONTEMPORÂNEO

SANTOS/SP

2022

DANIELA DA CUNHA SANTOS

**HIV/AIDS ENQUANTO DESAFIO PARA A GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE DO
JOVEM NO BRASIL CONTEMPORÂNEO**

Dissertação apresentada à Universidade Santa Cecília Programa de Pós-Graduação em Direito da Saúde. Área de concentração Direito da Saúde: Dimensões Individuais e Coletivas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, sob a orientação da Professora Dra. Amélia Cohn.

SANTOS/SP

2022

DANIELA DA CUNHA SANTOS

**HIV/AIDS ENQUANTO DESAFIO PARA A GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE DO
JOVEM NO BRASIL CONTEMPORÂNEO**

Dissertação apresentada à Universidade Santa Cecília Programa de Mestrado em Direito da Saúde: Dimensões Individuais e Coletivas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, sob a orientação da Professora Dra. Amélia Cohn.

BANCA EXAMINADORA

Professor (a)

Professor (a)

Professor (a)

Dedico ao meu filho, Artur da Cunha Aranha,
exemplo de generosidade, bondade e amor
ao próximo.

Luz da minha vida e existência.

AGRADECIMENTO

A Deus, por estar presente em minha vida, amparando-me em todos os momentos, dando-me a oportunidade de me tornar uma pessoa melhor a cada dia, não permitindo que eu perca a esperança por dias melhores e mais justos.

Ao meu marido, Ednei Aranha, pelo apoio e auxílio nesta minha jornada, me encorajando e me incentivando a prosseguir.

Ao meu filho, Artur, minha inspiração e motivação para alçar novos voos, por sua generosidade e compreensão, por ter abdicado da minha presença em tantos momentos, demonstrando diariamente um orgulho imensurável por mim.

Obrigada por ser, de longe, a pessoa mais generosa que conheço, por partilhar sua vida comigo, pela sua doçura desmedida e por todo o amor que por vezes creio não ser merecedora.

À minha mãe, por ser a pessoa mais resiliente que conheço, me amparando ininterruptamente, cuidando do meu filho quando da minha ausência, desempenhando o papel que muitas vezes não pude desempenhar. Nada que eu disser será capaz de expressar todo o amor e gratidão que tenho por você, que é um exemplo de coragem e fé, mãe.

Ao meu pai, fisicamente distante há muitos anos, mas certamente a pessoa com o maior orgulho desta conquista.

Ao meu irmão, Thiago, confidente e amigo que, durante os momentos mais tormentosos da minha vida, vividos durante este período, me ouviu, apoiou e enxugou as minhas lágrimas. Não fosse seu apoio, eu não estaria aqui.

A todos os Professores, Funcionários da Universidade Santa Cecília e aos amigos que conquistei durante esta breve jornada.

E em especial a uma pessoa iluminada, a inspiradora deste trabalho – a Professora Doutora Amélia Cohn, grande incentivadora e apoiadora de ideias – que com leveza me manteve próxima da dura realidade em que vivemos, sem perder a esperança e a coragem de lutar por um futuro melhor.

Eternamente grata a todos que, de alguma forma, torceram ou torcem por mim.

RESUMO

Os adolescentes vivem uma fase de transição e são únicos em termos de desenvolvimento, com necessidades e desafios específicos que, se não forem abordados, resultarão em intervenções menos bem-sucedidas. Ao compreender a vulnerabilidade às IST/HIV/AIDS na adolescência, bem como a importância de se desenvolverem mecanismos que possam auxiliar os adolescentes em eventos adversos, os resultados deste estudo permitem subsidiar ações de promoção da saúde para adolescentes. Este trabalho tem como objetivo contribuir com novos elementos, incorporando aqueles da área do direito da saúde, para a análise das concepções/percepções de adolescentes sobre a prevenção do HIV e o tratamento daqueles já infectados, bem como, de apresentar subsídios para o aperfeiçoamento de políticas públicas acerca do tema. A metodologia utilizada consiste num estudo exploratório com base em levantamento bibliográfico. Concluindo-se que a prevenção do HIV/AIDS deve ser priorizada em populações jovens com alta incidência e especificamente em populações-chave jovens que são particularmente vulneráveis. Necessário uma nova abordagem que reduza as desigualdades que impulsionam a epidemia de AIDS e coloque a saúde das pessoas no centro das políticas públicas, priorizando os direitos humanos, respeito e a dignidade.

Palavras-chave: HIV. AIDS. Adolescência. Prevenção.

ABSTRACT

The teenagers live in a transitional stage and they are unique in terms of development, with specific needs and challenges that, if they are not addressed, they will result in less successful interventions. Understanding that the vulnerability to STI/HIV/aids in adolescence, as well as the importance of developing ways to enable adolescents in adverse events, the results of this study enable subsidize health promotion actions for adolescents. The aim of this work is to provide more elements, incorporating those ones in the area of health law, for the analysis of the adolescents' conceptions/perceptions of how to prevent HIV/ AIDS infection in order to provide subsidies for the innovation of public policies in this area. The methodology used is an exploratory study based on bibliographical research.

Concluding that the HIV/ AIDS prevention must be prioritized in high incidence young population and specifically in vulnerable young population. It is necessary a new approach that reduces the inequalities that promote the AIDS epidemic and put people's health in the center of the public policies, prioritizing human rights, respect and dignity.

Keywords: HIV. Aids. Adolescence. Prevention.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 DA SOCIEDADE PARA O ESTADO: UMA BREVE RECONSTRUÇÃO DO HIV/AIDS NO BRASIL	16
1.1. A IMPORTÂNCIA DA REDEMOCRATIZAÇÃO COMO CONTEXTO HISTÓRICO DA EPIDEMIA EMERGENTE: A AÇÃO DA SOCIEDADE.....	16
1.2 A EMERGÊNCIA DO ATIVISMO CONTRA A AIDS NO BRASIL.	20
1.3. O ESTADO ATIVISTA (1993-2000): A REAÇÃO DO ESTADO NO CONTEXTO DA CONSOLIDAÇÃO DEMOCRÁTICA.....	25
1.4 A POLÍTICA DE ACESSO AO TRATAMENTO	26
2 A SITUAÇÃO DA HIV/AIDS NO BRASIL NO SÉCULO XXI.....	28
2.1 O “MODELO BRASILEIRO” (2000–2010).....	28
2.1.1 A resposta à AIDS e a política externa brasileira	29
2.1.2 Propriedade Intelectual e Relações Comerciais.....	31
2.1.3 Inovação política e independência	33
2.2 O RETORNO DA CRISE (2011–2021).....	35
2.2.1 O Impacto do Conservadorismo Religioso na Epidemia	35
2.2.2 Desmantelamento da resposta brasileira à AIDS.....	37
3 ESTATÍSTICAS SOBRE HIV/AIDS NO BRASIL	40
3.1 INFECÇÃO PELO HIV/AIDS EM DIFERENTES REGIÕES	40
3.2 INFECÇÃO PELO HIV/AIDS E ETNIA.....	40
3.3 INFECÇÃO PELO HIV/AIDS EM GESTANTES	41
3.4 CASOS DE HIV/AIDS E REGIÃO.....	42
3.5 MORTALIDADE POR HIV/AIDS.....	43
3.6 UM PANORAMA DA INFECÇÃO DE HIV/AIDS ENTRE OS JOVENS NO ESTADO DE SÃO PAULO	44

4 HIV/AIDS ENTRE OS JOVENS DO SEXO MASCULINO NA ATUALIDADE: FAIXA ETÁRIA ENTRE 15 E 19 ANOS	50
4.1 INTERVENÇÕES PARA A PREVENÇÃO DO HIV ENTRE ADOLESCENTES	56
5 A CONSTRUÇÃO DA EXIGÊNCIA DE UM NOVO OLHAR PARA O JOVEM E O DIREITO À SAÚDE	58
5.1 PRINCIPAIS MARCOS LEGAIS DA CONQUISTA DE DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE NO BRASIL	58
5.2 DOCTRINA DA PROTEÇÃO INTEGRAL	60
5.3 ASPECTOS SOCIAIS DA JUVENTUDE NO BRASIL	62
5.4 A POLÊMICA SOBRE A IMPORTANCIA DA EDUCAÇÃO SEXUAL COMO INSTRUMENTO EFICAZ NAS POLÍTICAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA DST/AIDS.	64
5.5 DESIGUALDADE SOCIAL E IMPACTOS NA INCIDÊNCIA DE HIV/AIDS E ACESSO AOS EQUIPAMENTOS DE SAÚDE	68
CONCLUSÕES	71
REFERÊNCIAS.....	74

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é uma condição causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), acompanhada de um importante histórico de estigma social. Desde a sua descoberta, está ligada a comportamentos imorais, à ideia de morte (JODELET, 1998), relações homossexuais e uso de drogas (LEE et al., 2002), e em decorrência a preconceito, discriminação e sofrimento (JESUS et al., 2017). A qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/AIDS, também conhecida pela sigla PLHIV/AIDS, é afetada por diversos fatores individuais, culturais, sociais e emocionais, associados ao impacto devido ao diagnóstico e tratamento, e também pela vivência cotidiana da doença (RUIZ et al., 2005). Além disso, conviver com uma doença crônica pode desencadear uma série de estressores físicos e emocionais, principalmente quando a doença está associada ao estigma social (TAQUETTE et al., 2015).

A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) ainda representa um importante problema de saúde pública, pois envolve questões clínicas, epidemiológicas, sociais, econômicas e políticas. Mais de 900.000 casos de HIV foram notificados no Brasil desde o início da epidemia de HIV/AIDS na década de 1980 e, nesse período, as políticas estaduais de controle do HIV foram construídas em diferentes governos, com diferentes ênfases (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

A epidemia de HIV e AIDS no Brasil é classificada como estável em nível nacional, com prevalência na população geral de 0,5%. No entanto, a prevalência varia geograficamente, com níveis mais elevados no sul e sudeste do país (UNAIDS, 2021).

O Brasil é reconhecido há muito tempo por sua forte resposta à epidemia de HIV/AIDS. Ele desafiou as empresas farmacêuticas na década de 1990 ao produzir versões genéricas de medicamentos antirretrovirais caros, e que reduziram os preços globalmente. O governo do Brasil compra e distribui mais preservativos do que qualquer outro país e, em 2013, começou a fornecer tratamento antirretroviral gratuito a todos os adultos HIV positivos que procuram atendimento, independentemente do estágio do HIV que estão enfrentando (MELO et al., 2018).

A resposta brasileira à epidemia do HIV foi uma das grandes conquistas no contexto do SUS. A crise econômica dos anos mais recentes, porém, produz ameaças que já repercutem nela e que apontam para efeitos ainda mais significativos. Por exemplo, um consenso estabelecido é que as políticas de austeridade têm impactos deletérios sobre as doenças infecciosas, o que amplia seu enfrentamento (KRUGER & STUCKLER, 2019).

Algumas estratégias para atingir as metas diagnósticas são as campanhas públicas para estimular a testagem rápida para DSTs (Infecções Sexualmente Transmissíveis). Assim, os profissionais de saúde precisam ter uma abordagem comunitária para receber o paciente e divulgar o diagnóstico, principalmente na Atenção Primária à Saúde (APS), seguindo assim os princípios de acessibilidade, resolutividade e longitudinalidade no seu processo de trabalho (PORTELA, 2017).

Após duas décadas de regime militar no Brasil, forças e movimentos progressistas da sociedade civil comemoraram a promulgação da Constituição Federal de 1988, a “Constituição Cidadã”, e a volta das eleições diretas para a presidência. Um resultado desse processo bastante relevante foi a conquista, no âmbito da lei, de um sistema de seguridade social a ser incorporado no país.

Os segmentos sociais da infância e da juventude adquiriram relevância na agenda pública das políticas sociais desse período, que culminou na promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990. Entretanto, a juventude permaneceu sem ocupar um lugar claro e definido no novo modelo de proteção social, que se pretendia universalista.

No campo social, o Brasil tem a tradição de focar suas políticas basicamente em dois grupos-alvo – pagantes e não pagantes –, segmentados em grandes populações: crianças, gestantes, pessoas com deficiência ou que necessitam de cuidados especiais e, no período mais recente, os idosos. A juventude, considerada como portadora do futuro, e de um futuro sempre promissor, não se encaixa nesse quadro. Ela é colocada em uma categoria transitória – da infância à maturidade –, sendo o Estado responsável pela garantia de acesso à educação e saúde aos instrumentos necessários para a qualificação de sua força de trabalho quando na idade “adulta” (COHN, 2004).

Segundo o ECA, adolescentes são aqueles entre 12 e até 18 anos de idade. O Estatuto da Juventude, por sua vez, foi promulgado apenas em 2013, definindo juventude como aqueles sujeitos entre 15 e 29 anos. Apesar da suposta universalidade dessa definição, as tentativas de sua operacionalização nas atuais políticas públicas levaram em conta que os limites de idade dos jovens precisam sempre ser contextualizados socialmente. Assim como há muito se afirma nas ciências sociais (PAIS, 1990), “Juventude” é uma construção cultural e social localizada no tempo e nos espaços de cada sociedade, com formas e conteúdos heterogêneos. As transversalidades culturais, de classe, jurídicas, entre outras, são questões comuns aos jovens, porém abordadas de formas distintas. Nesse sentido, em sociedades desiguais, a forma como a juventude é tratada pelas políticas públicas será necessariamente diversa, sendo legítima ter como referência a categoria “Juventude” (BRASIL, 1990).

Já nessa visão, ainda ao longo da década de 1990, foram desenvolvidos diversos programas e ações governamentais pontuais voltados para populações juvenis específicas, com foco na violência e nas situações de risco e vulnerabilidade social. Pode-se dizer que a condição de sujeito dessas ações foi pouco (ou não) presente para os jovens. Nos anos 2000, avançaram iniciativas mais sistemáticas de institucionalização social e política das ações públicas voltadas para a juventude, com a criação de instâncias públicas específicas, como órgãos de assessoria e coordenação e secretarias de juventude (SPOSITO, 2007). Esse processo de institucionalização também implicou o trabalho de organizações não governamentais em políticas de parceria com o Estado (GOHN, 2003).

Implicava também uma mudança em termos de participação juvenil, ainda que direcionando reivindicações e ações para âmbitos mais locais e focalizados, para promover a mudança social em uma escala mais microssocial do que estrutural. De qualquer forma, a participação social e política dos jovens nas ações públicas que os assumem como sujeitos de direitos foi inquestionavelmente uma conquista. Desenvolveu-se na medida em que o próprio Estado foi reconhecendo a necessidade de estabelecer um diálogo entre distintos saberes, valores, práticas, comportamentos, formas e projetos de convivência, assumindo que em um regime democrático esses elementos eram apresentados por diversas pessoas e grupos, gerando tensões, mas também em busca de consensos. Os distintos projetos de

sociedade em disputa tanto na sociedade civil quanto no aparato institucional do Estado se processam por meio de interações entre os sujeitos e suas ações políticas – entre elas, o voto e, igualmente, pela expressão de opiniões e formas de existência de organização de reivindicações, de participação em canais de interface com os governos, etc. (GOHN, 2005).

Para esse diálogo democrático, é preciso considerar a participação dos setores juvenis mais vulneráveis na fruição de um conjunto ampliado de direitos públicos de cidadania a uma vida digna, sendo direitos relacionados ao acesso à educação, trabalho, cultura, lazer, entre outros (CARRANO, 2006).

De um lado, existem programas e ações voltados para determinados perfis de jovens, e que visam ser ampliados de forma mais abrangente com recursos de fundos públicos. Por outro, há um quadro também marcado por restrições orçamentárias que vêm sendo impostas à sociedade brasileira, dificultando ainda mais a efetivação dos direitos sociais.

As políticas públicas operadas pelo Estado na sociedade capitalista, apoiadas no aparato institucional e nas normas de um governo democrático-representativo, são constituídas e efetivadas em uma arena de interesses conflitantes na disputa pelo fundo público advindo fundamentalmente das contribuições do capital e trabalho. Dessa forma, o Estado tem como função gerir a questão social que lhe é intrínseca também com a gestão da disputa por recursos públicos, pois os direitos sociais não são necessariamente garantidos por ele. A pressão exercida pelos distintos setores e grupos da sociedade sobre essa gestão pode favorecer ou não algum equilíbrio – sempre em tensão – de destinação de recursos para as políticas sociais e para a reorganização do capital.

É fato que grande parcela das novas infecções por HIV atualmente ocorre entre os jovens. Mais de várias décadas após o relato do primeiro caso de AIDS no mundo, os jovens continuam desinformados sobre sua própria sexualidade, sem falar nas doenças sexualmente transmissíveis. Embora conheçam ou tenham alguma consciência sobre a AIDS, não acreditam que estejam realmente em risco (COSTA, 2017).

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) e a AIDS em adolescentes são problemas graves e ainda são quase invisíveis na sociedade e em decorrência no

campo da saúde. A população brasileira na faixa etária de 10 a 19 anos é expressiva, cerca de 17,9% do total; quando somada à população jovem, até 24 anos, corresponde a 26,7% do total de brasileiros (IBGE, 2010). Esta contingente populacional é, sem dúvida, um dos grandes desafios da sociedade quando se almeja um futuro melhor para essas gerações. Ressalta-se que, embora a AIDS seja a segunda causa de morte entre adolescentes no mundo, seu impacto geral é muitas vezes invisível (SARAH & WOOD, 2012).

Nos últimos anos, frente ao movimento político conservador no país, tem havido maior resistência à educação sexual e à distribuição de preservativos nas escolas, e os professores têm se mostrado cada vez menos dispostos a participar de debates escolares sobre o tema (LEITE, 2019).

Outra tendência é a crescente resistência (da população em geral mas sobretudo dos jovens) ao uso de preservativos. Em 2018 foram distribuídos no Brasil 100 milhões de preservativos apenas durante a temporada de carnaval. No entanto, uma pesquisa em 2018 mostrou que o uso do preservativo está se tornando cada vez menos comum entre os jovens. Isso era verdade tanto para aqueles em relacionamentos estáveis quanto para aqueles que tinham vários parceiros diferentes (PLUTARCO, 2019).

Diante do crescimento nas taxas de incidência do HIV, novas estratégias de prevenção mostram-se necessárias. O objetivo deste estudo é contribuir com novos elementos, incorporando aqueles da área do direito da saúde, para a análise das concepções/percepções de adolescentes sobre como prevenir a infecção pelo HIV tendo em vista fornecer subsídios para a inovação das políticas públicas da área.

O presente trabalho tem como objetivo geral contribuir com novos elementos, incorporando aqueles da área do direito da saúde, para análise das concepções/percepções dos adolescentes sobre a prevenção do HIV e o tratamento daqueles já infectados. Além de fornecer subsídios para a inovação de políticas públicas da área.

Os objetivos específicos são: analisar historicamente as políticas públicas de combate ao HIV no país; avaliar a situação do HIV/AIDS no Brasil no século XXI; e debater os aspectos legais acerca do jovem e o direito à saúde.

Com relação a metodologia, dada a complexidade do tema, foram examinados detalhadamente dados, informações e análises derivadas de estudos e conhecimentos existentes sobre o assunto. Os procedimentos adotados neste estudo são de caráter descritivo e exploratório.

A pesquisa descritiva visa descrever as características de um determinado fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados e observação sistemática (SILVA & MENEZES, 2000). A pesquisa exploratória corresponde à realização de um estudo para a familiarização do pesquisador com o objeto que está sendo investigado durante a pesquisa (LAKATOS & MARCONI, 2009).

O presente trabalho terá como suporte as pesquisas de caráter:

- Documental: com a coleta de dados pertencentes a órgãos governamentais envolvidos na pesquisa;
- Bibliográfico: Levantamento de material necessário para compreensão do tema, sendo utilizados principalmente as publicações presentes em revistas internacionalmente reconhecidas, livros e artigos científicos.

Para o levantamento bibliográfico foi utilizado como ferramenta a Internet, com consulta a bancos de dados: Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Scielo Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e base de dados do Ministério da Saúde (MS). Os principais termos pesquisados: "HIV", "AIDS", "HIV em adolescentes", "HIV em jovens" e "AIDS na adolescência".

1 DA SOCIEDADE PARA O ESTADO: UMA BREVE RECONSTRUÇÃO DO HIV/AIDS NO BRASIL

A epidemia de HIV/aids surgiu no Brasil no início da década de 1980, em um período de intenso processo de globalização e de significativa reestruturação da economia e do sistema político brasileiro (após quase duas décadas de ditadura civil militar autoritária), no período conhecido como “abertura” política (FERREIRA, 2021).

Uma anistia formal havia sido emitida pelo regime militar, e os exilados políticos estavam retornando ao Brasil à medida que a redemocratização da sociedade e da política brasileira se acelerava. Era uma época em que inclusive movimentos sociais que vinham a público e se engajavam em lutas clandestinas contra a ditadura cada vez mais vinham a público e se engajavam em um debate crescente sobre a reconstrução da vida democrática.

Em alguns casos, esses foram os chamados “antigos” movimentos sociais do capitalismo industrial, incluindo partidos políticos, como o Partido Comunista Brasileiro. Em outras instâncias, eram formulações mais recentes, mais condizentes com o que viria a ser entendido como os “novos” movimentos sociais, como o recém-formado Partido dos Trabalhadores (PT) que buscava modernizar o movimento sindical, bem como colaborar com os demais movimentos sociais de base, como o movimento afro-brasileiro ou negro, o movimento de mulheres e o embrionário movimento de LGBTQIA+ (AGOSTINI et al., 2019).

1.1. A IMPORTÂNCIA DA REDEMOCRATIZAÇÃO COMO CONTEXTO HISTÓRICO DA EPIDEMIA EMERGENTE: A AÇÃO DA SOCIEDADE

Foi no contexto do período de abertura política que diversos movimentos sociais interagiram para construir uma resposta à crise da aids no Brasil. Esses movimentos incluíram inicialmente a teologia da libertação na Igreja Católica brasileira, o movimento de reforma sanitária da saúde pública e os movimentos de gays, lésbicas e feministas então nascentes, que começaram a tomar forma no Brasil na década de 1970 e início de 1980. Foi a interação desses diversos

movimentos sociais durante os primeiros anos da epidemia que levou à articulação de um conjunto de princípios éticos e políticos fundamentais que serviram de base para a mobilização social em resposta à epidemia, bem como uma política relativamente bem-sucedida, ao longo das décadas seguintes (LAVALLE, 2018).

Essa resposta social e política ocorreu em um período em que a medicina ainda oferecia quase nada para mitigar o imenso sofrimento vivenciado pelas pessoas com HIV/AIDS, e foi principalmente por meio da mobilização de base, impulsionada por esses movimentos sociais, que a resposta à crise da AIDS foi construída (RICH, 2021).

Quatro princípios éticos e políticos fundamentais emergiram dessa mobilização que moldaria a resposta brasileira ao HIV/AIDS ao longo de várias décadas: o primeiro foi a importância da solidariedade como chave para enfrentar o que era percebido na época como um problema incurável e inevitável - condição fatal; o segundo foi a articulação do respeito à diversidade que pode ser percebida na gama de populações e comunidades afetadas pela infecção do HIV; o terceiro foi a necessidade de defesa dos direitos básicos de cidadania de todos aqueles que convivem ou são vulneráveis à infecção pelo HIV; e o quarto foi a ideia do direito fundamental à saúde de todos os cidadãos brasileiros que seria formalmente articulada na nova constituição brasileira de 1988, e que viria a servir de base para políticas públicas progressivas de resposta ao HIV/AIDS ao longo das próximas décadas. Juntos, esses princípios ético-políticos fundamentais constituíram uma espécie de arquitetura moral de como a sociedade brasileira responderia à crise da AIDS (RICH, 2021).

Possivelmente, no Brasil ainda mais do que em muitas outras sociedades, a Igreja Católica tradicionalmente abarcou uma ampla gama de perspectivas teológicas, sociais e políticas, como fica evidente no papel desempenhado desde os anos 1960 pelos católicos brasileiros no surgimento do movimento da Teologia da Libertação dentro da Igreja (GALVÃO et al., 1997), e dos Movimentos Eclesiais de Base.

Embora o conservadorismo moral estivesse há muito tempo associado a importantes segmentos da Igreja no Brasil, tendências mais progressistas também estavam presentes e tendentes a se organizar, mesmo dentro da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), em torno da responsabilidade primordial de

ministrar sacramento religioso aos segmentos mais marginalizados da sociedade brasileira. Assim, como a Igreja procurou defender noções de bem moral e virtude, também procurou defender objetivos relacionados à solidariedade e fraternidade social, e segmentos progressistas da Igreja tiveram um papel central no serviço e defesa dos pobres, doentes e desamparados no que era amplamente entendido como uma ordem social profundamente injusta (GALVÃO et al., 1997).

Foi a partir desse compromisso, mais claramente articulado pelos principais porta-vozes do movimento da Teologia da Libertação, que segmentos da Igreja passaram a desempenhar um papel fundamental na resistência aos abusos da ditadura militar autoritária e a participação na luta política pela redemocratização. Importantes bispos progressistas como Dom Paulo Evaristo Arns em São Paulo e Dom Hélder Câmara em Recife estiveram na vanguarda do movimento de direitos humanos durante os piores anos do regime autoritário, e junto com uma ampla gama de outros líderes religiosos, teólogos (como Leonardo Boff), bem como leigos influenciados pela teologia da libertação, estiveram profundamente envolvidos na mobilização social e política que ocorreu durante a abertura (PAIVA et al., 2013).

Entre os aspectos mais poderosos do movimento da Teologia da Libertação estava a organização através do modelo de comunidades de base e seu compromisso com a mobilização social de baixo para cima por praticantes leigos em oposição à hierarquia ortodoxa da Igreja. Igualmente importante foi seu compromisso com uma “opção preferencial pelos pobres” – posicionando a Igreja, ou pelo menos sua ala progressista, em relação à luta por justiça social no Brasil e no mundo. De fato, enquanto a pobreza era central para as preocupações da teologia da libertação, todas as formas de marginalização e opressão eram postas em questão. Embora excluídas da hierarquia da Igreja, as mulheres, por exemplo, desempenharam um papel fundamental nas comunidades de base, e o estigma e a discriminação com base na raça e até, talvez mais surpreendentemente, na homossexualidade foram levados a sério e explorados como parte de um contexto mais amplo (MUSSKOPF, 2005).

De fato, uma das características-chave do movimento da Teologia da Libertação que por vezes vem sendo negligenciada ou desvalorizada foi precisamente seu compromisso com a transformação cultural generalizada – para repensar e reorganizar as estruturas de percepção e pensamento que eram vistas

como sustentadoras de um processo injusto. Foi justamente esse foco que construiu uma ponte entre o movimento da Teologia da Libertação e uma gama mais ampla de movimentos sociais em evolução, como o movimento de educação popular, associado ao trabalho de educadores como Paulo Freire, cuja Pedagogia do Oprimido (FREIRE, 1974) exerceu influência especialmente importante em muitas questões, incluindo o analfabetismo, e Herbert de Souza, cuja trajetória como líder carismático do movimento juvenil católico se estendeu, como a de Freire, por anos de exílio, para emergir como uma das figuras mais importantes da redemocratização, movimento que tomou forma no final dos anos 1970 e início dos anos 1980.

Assim como a Teologia da Libertação, o movimento de reforma sanitária na saúde pública e na medicina social brasileira também foi uma importante fonte de resistência ao regime militar durante os anos da ditadura. Embora o movimento sanitário brasileiro tenha raízes históricas profundas que remontam ao século XIX, um novo movimento de reforma sanitária tomou forma na década de 1970 e ficou evidente na obra de pesquisadores como Sergio Arouca e outros, com foco na necessidade de reforma democrática do sistema de saúde brasileiro, organizando uma série de eventos ao longo da década de 1970 com o objetivo de proporcionar cada vez mais oportunidades de participação popular e o que descrevia como controle social em relação à saúde pública (AROUCA, 2003).

No início dos anos 1980, quando o processo de abertura começou a possibilitar eleições democráticas nos níveis municipal e estadual, as principais figuras do movimento de reforma sanitária começaram a retornar do exílio e a mudar de suas bases em universidades e institutos de pesquisa para os municípios e estados (RODRIGUES & SANTOS, 2011).

Em 1986, quando José Sarney se torna o primeiro presidente civil do Brasil após uma sucessão de presidentes militares, a 8ª Conferência Nacional de Saúde foi convocada em Brasília e deu início ao planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS), que seria formalmente criado na chamada “Constituição Democrática” de 1988, com o objetivo de garantir o acesso à saúde para toda a população brasileira. Anteriormente, a assistência médica era competência do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), e se restringia aos trabalhadores com carteira assinada e seus dependentes e que, por meio de seus

empregadores, contribuíam para a previdência social, excluindo efetivamente grandes segmentos da população brasileira considerados “indigentes” e deixados para serem atendidos por agências filantrópicas e prestadores de serviços de saúde, como os mantidos pela Igreja Católica (LIMA et al., 2005; RODRIGUES & SANTOS, 2011).

No final dos anos 1970 e início dos anos 1980, tanto o emergente movimento feminista brasileiro quanto o movimento gay e lésbico começaram a tomar forma. Ambos os movimentos rapidamente passaram a ver a saúde como uma das principais áreas de intervenção na busca de enfrentar as desigualdades tanto em relação ao gênero quanto à sexualidade. O PAISM, um plano progressivo de um Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher no sistema público de saúde, foi uma das principais plataformas para o movimento de mulheres brasileiras na década de 1980 (OSIS, 1998).

A luta comum por saúde e direitos reprodutivos tornou-se um dos pontos de interseção mais importantes para os movimentos feministas, de reforma sanitária e de comunidades de base. Da mesma forma, o movimento inicial dos direitos dos homossexuais tomou forma política no final dos anos 1970 como parte da resistência social mais ampla à ditadura militar e se engajou na crítica da prática médica e psiquiátrica em relação à regulação das sexualidades “não normativas”, à crise emergente da AIDS; os movimentos de gays, lésbicas e feministas interagiram significativamente ao longo do tempo para forjar o que mais tarde viria a ser conhecido como uma abordagem exclusivamente “brasileira” da epidemia (PARKER, 2020).

1.2 A EMERGÊNCIA DO ATIVISMO CONTRA A AIDS NO BRASIL.

Independentemente de muitas diferenças, o que uniu esses vários movimentos sociais no ativismo em torno do HIV e AIDS foi a preocupação comum com a redemocratização da sociedade brasileira e o compromisso com o combate à marginalização e opressão que percebiam na dinâmica da epidemia. O movimento contra a AIDS foi assim fortemente marcado, sobretudo no início da década de 1980, pelo compromisso com a política de oposição e pela convicção de que a

organização e mobilização da sociedade civil seriam fundamentais para garantir ainda mais o regresso bem sucedido ao regime civil (GALVÃO, 1997). A existência de pressão política ativista foi crucial para fornecer o estímulo para o desenvolvimento inicial de programas governamentais – particularmente em estados como São Paulo, onde a oposição ao regime militar havia sido eleita ao poder como parte da primeira fase da redemocratização (TEIXEIRA, 1997).

Essas tendências foram especialmente evidentes na fundação de organizações como o Grupo de Apoio à Prevenção à Aids em São Paulo (GAPA-SP) e a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA) em meados da década de 1980. Fundado em 1985, quase um ano antes do Programa Nacional de Aids do Ministério da Saúde estar em pleno funcionamento, o GAPA-SP reuniu ativistas gays, profissionais de saúde, assistentes sociais e outros ativistas comunitários, a maioria dos quais, de uma forma ou de outra, foi diretamente afetada pela crescente epidemia. Entre os principais membros do GAPA-SP estavam Paulo César Bonfim, Aurea Abade e Nelson Solano, que estavam entre os líderes mais importantes do emergente movimento ativista da AIDS. Eles se concentraram na luta por melhores condições em relação ao atendimento e tratamento, bem como por campanhas mais agressivas de conscientização da população e desenvolvimento de programas de prevenção. Formado principalmente por voluntários, o GAPA-SP desenvolveu uma relação efetiva com o Programa Estadual de Aids do Estado de São Paulo, ora trabalhando em conjunto em torno de objetivos comuns (como a internação de pacientes rejeitados por hospitais privados e públicos), ora em oposição quando o único caminho parecia ser denunciar a inatividade do governo (GALVÃO, 1997).

A ABIA, que começou a tomar forma no Rio de Janeiro em 1986 e foi formalmente constituída em 1987, estava intimamente associada ao movimento mais amplo de organizações não-governamentais (ONGs) e se concentrava na defesa de políticas governamentais mais eficazes nas esferas local, estadual e municipal. Originalmente composta por uma gama diversificada de profissionais e líderes comunitários, incluindo líderes religiosos progressistas como Dom Mauro Morelli, a ABIA era, no entanto, a concepção de Herbert de Souza, mais conhecido popularmente como Betinho, um hemofílico, ele próprio soropositivo, e cujos dois irmãos tinham sido acometidos de AIDS (PARKER, 1994). Betinho tinha sido um conhecido líder da juventude católica progressista e ativista político antes de ir para

o exílio na década de 1960, e foi uma das principais figuras do movimento de redemocratização após seu retorno no início dos anos 1980. Ele já havia fundado o Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (IBASE), uma das maiores e mais influentes ONGs do país e uma instituição líder na luta pela redemocratização da sociedade brasileira. Ao fundar a ABIA para tratar especificamente da questão da AIDS, Betinho e seus colegas rejeitaram conscientemente assumir qualquer papel direto no cuidado ou tratamento de pessoas com HIV e AIDS, argumentando que essas funções eram uma obrigação do Estado. A ABIA, portanto, concentrou sua atenção em criticar a política governamental – ou a falta dela, principalmente no nível federal. Com acesso incomum à mídia de notícias, a ABIA rapidamente emergiu como a crítica mais vocal e influente do Programa Nacional de Aids durante o final dos anos 1980 e início dos anos 1990 (PARKER, 1994).

Com nuances diferentes, praticamente a mesma gama de preocupações presentes no GAPA-SP (com seu foco na pressão por serviços locais e seu papel na prestação de pelo menos alguns serviços e medicamentos que o Estado deixou de fornecer) e na ABIA (com sua compromisso com a defesa de políticas mais eficazes em todos os níveis e seu apelo por campanhas de prevenção mais inovadoras) caracterizou a grande maioria das outras organizações ativistas da AIDS que começaram a se formar nos principais centros urbanos do país ao longo dos próximos cinco anos. Quando o 1º Encontro Brasileiro de ONGs que trabalhavam com AIDS foi realizado em junho de 1989, por exemplo, contava com trinta participantes de quatorze organizações diferentes. Em outubro do mesmo ano, o 2º Encontro Nacional de ONGs de AIDS reuniu cerca de oitenta e dois participantes de trinta e oito organizações, desde GAPA-SP e ABIA até outros independentes do GAPA de Minas Gerais, Rio de Janeiro, e Bahia, além de distintas organizações como o Grupo de Apoio Religioso Contra a AIDS (ARCA) do Instituto Ecumênico de Estudos da Religião (ISER), grupos de defesa dos homossexuais e associações de profissionais do sexo (GALVÃO, 1997).

No período de 1988 a 1990, o movimento ativista da AIDS no Brasil cresceu rapidamente. Em praticamente todos os grandes centros urbanos do país, pelo menos uma organização de serviços de AIDS estava presente, tanto ONGs quanto organizações comunitárias, que emergiram e rapidamente se tornaram um ponto-chave de referência para informações sobre a epidemia. Em algumas localidades,

particularmente onde os programas governamentais eram mais novos ou menos desenvolvidos, essas ONGs frequentemente serviam como a principal fonte de informação sobre AIDS, não apenas para o público leigo, mas também para públicos mais especializados, como a mídia jornalística. Eles desempenharam papéis fundamentais no fornecimento de medicamentos para infecções oportunistas destas pessoas que, de outra forma, não poderiam comprá-los, no desenvolvimento de programas de atendimento domiciliar e, em alguns casos, no desenvolvimento de programas de prevenção e educação e, talvez acima de tudo, no trabalho de advocacia com o objetivo de aplicar pressão política para uma melhor formulação de políticas (GÓIS, 2003).

Embora os programas governamentais oficiais tenham repetidamente sido incapazes de demonstrar controle adequado sobre o suprimento de sangue, por exemplo, a pressão ativista, liderada em particular por Betinho e ABIA em estreita colaboração com associações de pessoas com hemofilia e outras ONGs de AIDS, foi criticamente importante para trazer aprovar no Congresso a Lei Henfil (em homenagem ao irmão mais novo de Betinho, um cartunista político excepcionalmente popular que havia morrido recentemente de AIDS em 1988), assegurando que a comercialização de suprimentos de sangue seria proibida na Constituição Democrática de 1988. Nos anos 1980 e início dos anos 1990, os ativistas tiveram um sucesso notável ao intervir junto à mídia e à opinião pública para trazer gradualmente mudanças importantes no clima existente de estigma e discriminação. Muito mais do que programas governamentais, as ONGs puderam se valer da noção de solidariedade como conceito político-chave e transformar o discurso dominante de preconceito e exclusão das pessoas com HIV e AIDS em favor de um discurso radicalmente diferente, baseado na solidariedade e na inclusão (GÓIS, 2003).

No desenvolvimento dessa intervenção no nível da opinião pública, a liderança carismática de personalidades como Paulo César Bonfim, do GAPA-SP, e Betinho, da ABIA, foi de fundamental importância, pois conseguiram ocupar espaço significativo no noticiário da mídia e, em certo sentido, personalizar a AIDS – dar à epidemia um rosto humano, não apenas como uma aflição de outros anônimos, mas como uma epidemia que afetava indivíduos de carne e osso, líderes da sociedade civil, cujos rostos humanos entravam cada vez mais nas salas de estar de um

número cada vez maior de famílias brasileiras através do noticiário noturno. Particularmente importante nesse sentido foi o papel de Herbert Daniel, escritor e ex-exilado político que começou a trabalhar com a ABIA logo após sua fundação. Quando Daniel foi diagnosticado com AIDS no final de 1988, tornou-se a figura chave na mobilização das primeiras organizações de pessoas vivendo com HIV e AIDS no Brasil, fundando o Grupo Pela VIDDA-Rio de Janeiro (Pela VIDDA-RJ) no início de 1989, originalmente como projeto da ABIA e depois como organização independente (DANIEL & PARKER, 1993).

Logo após a fundação do Pela VIDDA-RJ, com Daniel como seu primeiro presidente, foram formadas células adicionais do Pela VIDDA em outras grandes cidades como São Paulo, Curitiba e Vitória, e juntas essas organizações passaram a desempenhar um papel central ao focar a atenção no estigma e discriminação relacionados à AIDS, e no desenvolvimento dos direitos humanos e civis como centrais para a luta contra a AIDS. Programas de assistência judiciária estabelecidos por organizações como Pela VIDDA-RJ e GAPA-SP foram especialmente importantes para levar à justiça ações estratégicas em defesa dos direitos civis (relacionados a moradia, benefícios trabalhistas etc.) de pessoas com HIV (DANIEL & PARKER, 1993).

Ao final da década de 1980 e início dos anos 1990, essas atividades de advocacia rapidamente estabeleceram organizações ativistas da AIDS como o que pode ser descrito como a “consciência moral” da epidemia. Ativistas de aids e ONGs tornaram-se os maiores críticos de políticas governamentais inadequadas, principalmente em relação à lentidão da ação do governo federal, tanto no governo Sarney quanto no governo Collor. De 1990 a 1992, durante o governo Collor, enquanto o Programa Nacional de AIDS definhava e demorava a agir, uma polarização quase completa entre o governo federal e o movimento ativista da AIDS tornou-se cada vez mais radical às vésperas de um eventual impeachment de Collor, quando um Programa Nacional de AIDS revitalizado agiu rapidamente para renovar seus contatos com ativistas e ONGs de AIDS e negociar com o Banco Mundial o primeiro de uma série de grandes empréstimos para prevenção e controle da AIDS (PARKER, 1994).

Alguns municípios foram precursores e disponibilizaram tratamento já nesse período. Como exemplo a cidade de Santos, que em 1989 era a cidade com maior

taxa de soroprevalência do país, e investiu no Programa Municipal de DST/AIDS, estruturando serviços como o Centro de Referência em AIDS (CRAIDS), que fornece atendimento especializado em AIDS com uma equipe multiprofissional de saúde; o Hospital-Dia, que disponibiliza leitos para o paciente receber sua medicação, ao invés da internação clássica; o Programa de Internação Domiciliar (PID); Intervenções educativas, etc. Dessa forma, o município conseguiu estabilizar a epidemia em 4 anos após o início do Programa (CAMPOS & HENRIQUES, 1997). E, no ano de 1996, ocorreu, pela primeira vez tendência de queda da soroincidência de AIDS no município, quando comparada aos anos anteriores, o que representou novidade, naquela época não vista no país. A taxa de letalidade anual dos pacientes também sofreu uma queda significativa na cidade, e, Santos deixou de ser o município com maior soroprevalência da síndrome no país.

1.3. O ESTADO ATIVISTA (1993-2000): A REAÇÃO DO ESTADO NO CONTEXTO DA CONSOLIDAÇÃO DEMOCRÁTICA

Os últimos meses do governo Collor e do governo de transição de Itamar Franco, de 29 de dezembro de 1992 até o final de 1994, seguidos pela eleição de Fernando Henrique Cardoso, cujo governo assumiu o poder em 1995, marcaram uma virada fundamental no desenvolvimento da resposta do Brasil à epidemia. Pelo menos em parte, o foco da energia ativista começou a mudar da sociedade civil para o Estado, mais claramente manifestado no Programa Nacional de AIDS (PNA), criando ao longo do tempo o que João Biehl descreveu apropriadamente como “o estado ativista” enquanto principal agente da resposta brasileira à crise da AIDS (BIEHL, 2004).

Isso se manifestaria de diversas formas, mas já era evidente nas ações tomadas pelo PNA no Ministério da Saúde para produzir a proposta do primeiro empréstimo do Banco Mundial para prevenção e controle da AIDS (que viria a ser conhecido como “AIDS I”) a participação ativista foi convocada desde o início na elaboração da proposta do empréstimo, que começou formalmente em 1994, e mais tarde foi seguido por uma série de empréstimos sucessivos do BIRD ao longo de quase duas décadas (BIEHL, 2004).

1.4 A POLÍTICA DE ACESSO AO TRATAMENTO

Nesse período, a “pauperização” da epidemia – seu impacto nos setores mais pobres e marginalizados da sociedade brasileira – tornou-se cada vez mais clara, mas as intervenções clínicas e as opções de tratamento tornaram-se mais eficazes, oferecendo pela primeira vez a possibilidade de intervenções clínicas significativas capazes de transformar a AIDS em uma condição de saúde crônica, mas controlável. Em 1991, o PNA havia dado o passo pioneiro ao aprovar a distribuição gratuita do AZT como um dos principais medicamentos que seriam garantidos a todos que precisassem de acesso a ele, independentemente da sua condição social ou econômica. Havia os que consideraram essa iniciativa imprudente do ponto de vista econômico, especialmente devido à eficácia então considerada como ainda relativamente limitada do tratamento com AZT. Mas foi defendido tanto por ativistas da AIDS quanto por formuladores de políticas de saúde pública brasileiros, que argumentaram que tal medida estava de acordo com o direito à saúde definido na constituição de 1988 (PARKER, 2020).

Esse argumento foi reforçado como parte das negociações para o primeiro empréstimo do BIRD para a prevenção e controle do HIV e AIDS a partir de 1994, precisamente porque o empréstimo cobria o custo de uma ampliação significativa dos serviços de prevenção e para cumprir a meta com base em uma abordagem de saúde “integral” (isto é, que integrasse os serviços de prevenção e tratamento em um único sistema); mas o Ministério da Saúde precisaria encontrar uma forma de cobrir os custos de tratamento e cuidados (que o Banco recusou-se a cobrir com fundos do empréstimo) para complementar a intensificação da prevenção. À medida que as pesquisas em meados da década de 1990 começaram a confirmar a eficácia das terapias antirretrovirais combinadas, cresceu a pressão para que o governo brasileiro garantisse o acesso à nova geração de medicamentos antirretrovirais em desenvolvimento. Na 11ª Conferência Internacional sobre AIDS, realizada em julho de 1996 em Vancouver, Canadá, a apresentação de evidências científicas em relação às terapias antirretrovirais, juntamente com informações sobre seus custos elevados, levou membros da delegação brasileira à conferência para realizar uma demonstração em área de exposição farmacêutica e desenvolver uma estratégia de *advocacy* em relação ao acesso ao tratamento no Brasil. Ao retornar de Vancouver,

uma aliança entre ativistas, administradores e formuladores de políticas foi rapidamente formada e buscou-se construir uma coalizão cruzando as linhas partidárias – desde o PT mais à esquerda até partidos mais de centro e de direita, como a Partido da Frente Liberal (PFL) – com o objetivo de construir uma ampla base de apoio político para uma aprovação de legislação que garantisse o acesso a medicamentos. Em menos de seis meses após a conferência de Vancouver, a Lei Federal 9.313/96 (que ficou conhecida popularmente como Lei Sarney, em homenagem ao relativamente conservador ex-presidente e posteriormente senador José Sarney, que patrocinou a legislação no Congresso) foi aprovada, garantindo o acesso universal às terapias antirretrovirais a todos os cidadãos brasileiros que delas necessitassem (PARKER, 2020).

A Lei Sarney foi aprovada quase exatamente na vigência do primeiro empréstimo do Banco Mundial ao Governo do Brasil para prevenção e controle da AIDS. Acabou tendo um impacto significativo porque ajudou a alavancar um grande aumento no compromisso financeiro do Ministério da Fazenda, do Tesouro Nacional, para custear o tratamento da AIDS: os fundos de contrapartida da ordem de US\$ 90 milhões do Fundo Nacional. O Tesouro já havia sido comprometido como parte da negociação para o empréstimo do BIRD, como contrapartida, e o custo de financiamento de novos medicamentos antirretrovirais criou um ônus adicional. Mas, mais uma vez, foi tomada a decisão de avançar, justificada como uma questão de direitos humanos básicos, pautada na Constituição Democrática de 1988 com foco nos serviços de saúde integral/integrados e na saúde como direito básico de todos os cidadãos. O argumento-chave, defendido por ativistas e formuladores de políticas, era que o acesso ao tratamento era uma decisão política baseada na ética – uma estratégia que se mostrou notavelmente eficaz e, em apenas alguns anos, os recursos financeiros e humanos necessários para o acesso universal ao medicamento e ao tratamento até mesmo nos lugares mais distantes e remotos do país começaram a ser fornecidos (PARKER, 2020).

2 A SITUAÇÃO DA HIV/AIDS NO BRASIL NO SÉCULO XXI

Embora praticamente toda a atenção internacional voltada para a resposta brasileira à epidemia tenha se concentrado fortemente em seu programa pioneiro de acesso ao tratamento, é importante notar que a implementação desse programa, a partir de 1996, também esteve ligada a um segundo grande foco da política: ênfase na pobreza e vulnerabilidade estrutural como principais impulsionadores sociais e econômicos da epidemia. A relação simbiótica desse novo foco com a pobreza, juntamente com o acesso ao tratamento, fazia sentido político justamente porque o perfil sociodemográfico da epidemia em evolução excluía os mais afetados (ou seja, os mais vulneráveis), a menos que o acesso ao tratamento fosse garantido pelo Estado.

Este capítulo aborda os reflexos das políticas públicas acerca do HIV/AIDS no Brasil, bem como, as novas políticas, o retorno da crise e estatísticas sobre o tema.

2.1 O “MODELO BRASILEIRO” (2000–2010)

No final da década de 1990, o Programa Nacional de AIDS do Brasil passou a ser visto como uma espécie de resposta modelo à epidemia, sendo amplamente reconhecido como um exemplo do que as Nações Unidas descreve como “melhores práticas”. De fato, o UNAIDS financiou a publicação de um relatório que se assemelhou a um livro (com versões em inglês, francês, espanhol e português) sobre a resposta à AIDS no Brasil como contribuição para sua série de publicações de Boas Práticas (CAMPOS et al., 2021).

A imprensa internacional também descobriu o “Modelo Brasileiro” de resposta à epidemia e começou a divulgar sua eficácia. Embora o artigo de Tina Rosenberg “Look at Brazil” na New York Times Magazine tenha sido o mais conhecido, foi seguido por ampla cobertura não apenas na imprensa comercial, mas também na mídia televisiva (ROSENBERG, 2001). O Programa Nacional de AIDS do Brasil não só conseguiu produzir versões genéricas de muitos antirretrovirais importantes de primeira geração, mas também implementou políticas de acesso ao tratamento em

todo o país, demonstrando que os sistemas de saúde em países de renda média poderiam fazer uso eficaz de terapias antirretrovirais combinadas.

Na segunda década da epidemia essas conquistas foram alcançadas principalmente por meio de uma estrutura administrativa altamente verticalizada e centralizada, fortemente dependente da liderança do Ministério da Saúde em Brasília. Entrando na terceira década da epidemia, um dos principais desafios foi descentralizar o programa de acesso ao tratamento dentro do sistema de saúde mais amplo, integrando-o ao SUS e criando maior apropriação por parte das Secretarias de Saúde estaduais e municipais. As questões de sustentabilidade e descentralização tornaram-se, assim, cada vez mais críticas para a resposta brasileira à epidemia após 2001, bem como para os sucessivos empréstimos de acompanhamento do Banco Mundial, que canalizou recursos do nível federal para os estaduais e municipais, com níveis mais significativos de contrapartida não só do Tesouro Nacional, mas também dos governos estaduais e municipais (MATTOS, 2001).

Quase todo o financiamento para projetos da sociedade civil também foi transferido do Ministério da Saúde para as Secretarias de Saúde estaduais e municipais – aumentando o compromisso e o controle local, mas também apresentando uma série de novos desafios administrativos e burocráticos (RIZZOTTO & CAMPOS, 2016).

2.1.1 A resposta à AIDS e a política externa brasileira

Além de buscar descentralizar os programas existentes, um dos principais desenvolvimentos durante os anos 2000 foi que o HIV/AIDS tornou-se, cada vez mais, parte importante da agenda de política externa do Brasil. As bases para este desenvolvimento já haviam sido lançadas durante a década de 1990 através da colaboração com outros países latino-americanos. O apoio brasileiro foi essencial para a criação do HORIZONTEC, o Grupo de Cooperação Técnica Horizontal para a América Latina e o Caribe, em 1995, e o Brasil continuou a desempenhar um papel de liderança no apoio à colaboração e cooperação entre programas de HIV/AIDS na região ao longo do Anos 2000 (ROBINE, 2008).

Embora a Secretaria da HORIZONTEC teoricamente tenha rotacionado e, de fato, tenha se mudado várias vezes para outros países, incluindo Cuba, a maioria dos recursos que subscrevem a colaboração regional foram fornecidos pelo governo brasileiro. Em 2005, a Secretaria havia retornado a Brasília, reconhecendo o influente papel de liderança do Brasil em toda a região. O acesso ao tratamento baseado no modelo brasileiro passou a ser adotado por quase todos os demais países da América Latina. O Brasil também desempenhou um papel crescente, principalmente trabalhando por meio da HORIZONTEC, nos esforços de capacitação com outros programas de AIDS na região, auxiliando-os na aquisição e distribuição de medicamentos por meio de seus próprios sistemas nacionais de saúde. Isso incluiu o fornecimento contínuo de genéricos produzidos no Brasil e distribuídos para países menores, como Bolívia e Paraguai, como parte de acordos de cooperação (ROBINE, 2008).

Além de sua extensa cooperação técnica e financeira com outros países latino-americanos, o governo brasileiro buscou uma cooperação ativa com os esforços de outros países da África e até da Ásia como parte da ênfase da política externa do governo Lula. Foram implementados acordos de colaboração com outros países lusófonos (incluindo Angola e Moçambique) para desenvolver cooperação técnica, capacitação e intercâmbio de pessoal (OLIVEIRA, 2005).

A cooperação em torno da produção e aquisição de medicamentos também foi desenvolvida com outros importantes países de renda média, incluindo Índia e África do Sul, e os intercâmbios de missões de cooperação foram uma parte importante das relações em rápida expansão do Brasil com a China. Uma ampla política de alianças com outros países em desenvolvimento foi usada para construir um maior consenso global em relação às iniciativas de saúde e conseguiu, por exemplo, que a Comissão de Direitos Humanos das Nações Unidas declarasse o acesso ao tratamento do HIV como parte do direito humano fundamental à saúde. O Brasil também desempenhou um papel de liderança na construção de um bloco de nações que defendem o direito ao acesso ao tratamento do HIV como parte central da Declaração de Consenso que foi adotada na Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas (UNGASS) de 2001 sobre HIV/AIDS (GRANGEIRO et al., 2006).

2.1.2 Propriedade Intelectual e Relações Comerciais

A capacidade do Brasil de produzir medicamentos no mercado interno foi essencial para fortalecer a posição do governo nas negociações com empresas farmacêuticas internacionais. Tornou possível o licenciamento compulsório, caso as empresas farmacêuticas precificassem seus produtos patenteados a uma taxa fora da faixa de preço que fosse razoável no contexto do mercado brasileiro. Buscando pressionar o governo brasileiro para evitar a possibilidade de licenciamento compulsório se tornar realidade, a “Big Pharma” usou sua influência junto aos Estados Unidos, convencendo o governo americano a usar seu poder na Organização Mundial do Comércio (OMC) para denunciar o Brasil por quebrar patentes que argumentava que deveriam ter sido protegidas sob os termos do Acordo TRIPS (Aspectos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio).

Mais tarde, em abril de 2001, a Comissão de Direitos Humanos das Nações Unidas determinou que, diante da urgência da pandemia global do HIV, o acesso a medicamentos deveria ser considerado um direito humano básico. Essa foi uma grande vitória não só para o Brasil, mas para todos os países em desenvolvimento, pois identificou “emergências de saúde pública” como justificativa legítima para a quebra de patentes por meio de licenciamento compulsório ou importação paralela. Esse resultado foi reforçado em novembro de 2001, quando a OMC emitiu sua Declaração de Doha sobre TRIPS e Saúde Pública, afirmando que “o Acordo TRIPS não impede e não deve impedir que os Membros tomem medidas para proteger a saúde pública”, papel fundamental nas negociações que levaram à Declaração de Doha e, com base nessa Declaração, pôde usar a linguagem dos acordos comerciais para defender o direito de acesso a medicamentos essenciais. Essa tática foi repetida regularmente de 2002 a 2007 para fortalecer a posição do Brasil nas negociações com a indústria farmacêutica, bem como contestar interpretações mais restritivas do TRIPS nas diversas negociações coordenadas pela OMC (JUNIOR & TRINDADE, 2019).

Durante todo esse período, o governo brasileiro teve que agir de forma agressiva para contrariar as pressões internacionais e proteger o Programa Nacional de HIV/AIDS. Usou o espectro da licença compulsória de forma eficaz, sem ter que seguir em frente na quebra de patentes com base na declaração de emergência

nacional de saúde pública em relação à epidemia de HIV/AIDS. Em 4 de maio de 2007, no entanto, após negociações entre os Ministério da Saúde (liderado na época pelo ministro José Gomes Temporão) e Merck Farmacêutica, o presidente brasileiro Luiz Inácio Lula da Silva assinou um decreto para implementar uma licença compulsória para o Efavirenz, um medicamento que estava sendo usado por 38 por cento das pessoas em uso de antirretrovirais no país, afetando significativamente a sustentabilidade da política brasileira de acesso universal e gratuito ao tratamento do HIV. Mas chegar a esse resultado não foi nada fácil. Pelo contrário, exigiu uma ampla defesa por parte dos ativistas na defesa do acesso ao tratamento por um longo período de tempo, construindo uma ampla coalizão que incluiu defensores de diversas áreas, como desenvolvimento sustentável e segurança alimentar, bem como HIV e AIDS trabalhando para pressionar o avanço do governo brasileiro (JUNIOR & TRINDADE, 2019).

A ABIA teve um papel especialmente importante nesse processo ao liderar a criação do GTPI/REBRIP (Grupo de Trabalho sobre Propriedade Intelectual da Rede Brasileira de Integração dos Povos). Fundado em 2003, o GTPI trabalhou em uma Secretaria sediada na ABIA e contratou primeiro um e depois dois advogados especializados em direitos de propriedade intelectual como funcionários em tempo integral para trabalhar na construção do caso jurídico e político para o licenciamento compulsório. Muito antes de o governo finalmente optar por avançar na emissão da licença compulsória do Efavirenz, esses grupos pressionaram uma ampla gama de organizações e movimentos sociais com o objetivo de pressionar o governo federal. Em maio de 2005, com o apoio de 138 organizações (principalmente do Brasil, mas incluindo também uma série de organizações internacionais), o GTPI emitiu sua “Declaração da Sociedade Civil sobre as Negociações Brasileiras para Licença Voluntária de Medicamentos para Aids”, pressionando ao longo dos próximos dois anos até que o governo Lula concordou em buscar avanços (JUNIOR & TRINDADE, 2019).

O caso do licenciamento compulsório do Efavirenz destaca a importância da construção de alianças estratégicas envolvendo governo e ativistas – algo que o sistema público de saúde brasileiro foi especialmente adequado para fazer, tendo em vista a existência de um movimento bastante regular de pesquisadores universitários, bem como, ativistas da sociedade civil em cargos (e fora) de

formulação de políticas no governo. Mas seria incorreto pensar que sem a ampla mobilização popular o licenciamento compulsório teria ocorrido apenas dois anos depois, em maio de 2007. Até a cerimônia em si, transmitida ao vivo pela rede de televisão a cabo patrocinada pelo governo, com José Marcos de Oliveira, o representante HIV positivo da sociedade civil do movimento AIDS no Conselho Nacional de Saúde, encarregado de garantir o “controle social” da política de saúde do governo, falando primeiro, seguido pelo Ministro Temporão e depois pelo Presidente Lula, no que, sob muitos aspectos, pode ser visto como o ponto alto da política de acesso ao tratamento do Brasil (JESUS et al., 2019).

2.1.3 Inovação política e independência

Assim como o Programa Nacional de AIDS teve que resistir à pressão internacional para não alterar o acesso universal ao tratamento, também teve que resistir à pressão para mudar sua abordagem aberta à prevenção da transmissão sexual. Mais uma vez, o PNA procedeu de forma proativa para defender a importância da diversidade sexual e resistir às pressões para restringir os direitos das populações e comunidades vulneráveis. Em 2001, por exemplo, a delegação brasileira esteve profundamente envolvida em debates sobre o papel das organizações de gays e lésbicas entre as agências não governamentais envolvidas na UNGASS sobre HIV/AIDS. Em 2005, o PNA foi ainda mais longe ao recusar cerca de US\$ 40 milhões dos EUA por causa de uma exigência do governo Bush de que as organizações de HIV/AIDS que buscassem financiamento para fornecer serviços em outros países deviam se comprometer a se opor ao trabalho sexual comercial (JUNIOR & TRINDADE, 2019).

Sob a política do governo Bush, mesmo os grupos estrangeiros, cujo trabalho com HIV/AIDS não tinham relação com profissionais do sexo, eram obrigados a se comprometer, por escrito, contra o trabalho sexual comercial, caso contrário, corriam o risco de perder o financiamento federal dos EUA. Além disso, o governo Bush poderia recusar-se a financiar grupos de HIV/AIDS que não aceitassem a sua agenda social em questões como abstinência sexual e uso de drogas (políticas decorrentes de duas leis de 2003, uma envolvendo financiamento de HIV/AIDS e

outra sobre tráfico sexual). Autoridades brasileiras escreveram à USAID para explicar a decisão do governo em recusar o restante de um subsídio de HIV/AIDS de US\$ 48 milhões, que iniciou em 2003 e estava programado para durar até 2008, devido à relutância do governo brasileiro em aceitar as condições políticas impostas. É importante observar que as políticas relacionadas à AIDS são fortemente motivadas por posições ideológicas, muitas vezes usadas estrategicamente para ganhar popularidade política (JESUS et al., 2019).

Assim como as organizações de HIV/AIDS, tal como a ABIA (e muitas outras) desempenharam um papel fundamental no apoio político para as decisões políticas brasileiras relacionadas aos direitos de propriedade intelectual, uma ampla coalizão de organizações seguiu a liderança dos principais defensores de organizações como Davida e a Rede Brasileira de Profissionais do Sexo no apoio político a uma postura política firme por parte do governo brasileiro, apesar do apoio dos Estados Unidos à prevenção do HIV/AIDS ser direcionado quase inteiramente às ONGs (JESUS et al., 2019).

Seja em relação ao tratamento e assistência, à prevenção, a epidemia de HIV/AIDS passou a fazer parte da política externa brasileira, articulada de forma consistente, colocando o Brasil na vanguarda do que era visto como a mais “progressista”, muitas vezes se posicionando em oposição direta a atores internacionais aparentemente mais poderosos e certamente mais conservadores, como os Estados Unidos. Embora as posições do governo brasileiro tenham recebido mais atenção nesse sentido, é importante estar ciente do quanto essas posições foram viabilizadas não de cima, mas de baixo para cima, graças ao ativismo de base e à advocacia estratégica voltada para a construção de coalizões políticas capazes de defender tais políticas em relação a uma visão moral mais ampla do que é certo e justo. Por exemplo, José Serra, então Ministro da Saúde do Brasil (no governo Fernando Henrique Cardoso), fala na UNGASS sobre HIV/AIDS em 2001, destacando a conquista de garantia ao acesso ao tratamento antirretroviral a todos os cidadãos que viviam com HIV/AIDS (MISKOLCI & PEREIRA, 2019).

2.2 O RETORNO DA CRISE (2011–2021)

Após quase duas décadas de sucesso e crescente reconhecimento e influência internacional, à medida que a resposta do Brasil à crise da AIDS caminhava para sua quarta década, as políticas do governo federal começaram a ser questionadas por um crescente movimento conservador na política brasileira. O governo brasileiro tornou-se conhecido por ter articulado uma abordagem de HIV/AIDS baseada em direitos durante o governo FHC, de 1995 a 2002. Essa abordagem foi consolidada e expandida durante o governo Lula, de 2003 a 2010. Mas a partir de 2011, e acentuando ao longo do tempo, a base política mais importante para a resposta brasileira à epidemia parecia ser objeto de um ataque sustentado por parte das forças políticas conservadoras no Congresso brasileiro durante o primeiro mandato de Dilma Rousseff, sucessora de Lula. Politicamente muito menos ágil do que Lula, Dilma foi constantemente criticada por um contingente cada vez maior de conservadores religiosos na Câmara e no Senado, e seu governo rapidamente cedeu à pressão quando a Frente Parlamentar Evangélica, popularmente conhecida como a “bancada evangélica”, exigiu mudanças nas políticas relacionadas à prevenção do HIV/AIDS como “moeda de troca” necessária para garantir seu apoio nas votações relacionadas às políticas econômicas do governo (SEFFNER & PARKER, 2016).

2.2.1 O Impacto do Conservadorismo Religioso na Epidemia

O resultado do novo clima político e da crescente pressão dos conservadores religiosos no Congresso marcou uma série de retrocessos para a resposta brasileira à AIDS. O primeiro data de 2011 quando, sob pressão de conservadores religiosos, o governo optou por abandonar um conjunto de materiais conhecido como “kit gay”. Esse “kit” – na verdade, uma coleção de cartilhas e vídeos educativos para uso em escolas públicas como parte de um programa conhecido como “Escola sem Homofobia” – havia sido desenvolvido inicialmente por um grupo de ONGs, por solicitação do Ministério da Educação e, posteriormente, foi endossado pelo Ministério da Saúde e pelo movimento brasileiro de AIDS de forma mais geral como

um passo importante para abordar a homofobia e o estigma como fatores estruturais que precisavam ser enfrentados para combater a epidemia de AIDS (DEHESA, 2017).

O segundo revés ocorreu no final daquele ano, quando o gabinete da presidência novamente cedeu à pressão da bancada evangélica e vetou a campanha de mídia do Ministério da Saúde, que tinha como público alvo jovens homossexuais e seria exibida como parte do Dia Mundial da AIDS em 1º de dezembro de 2011. Alguns meses depois, no início de 2012, a Presidência da República deu sinais mais preocupantes, desta vez ordenando que o Ministério da Saúde refizesse sua campanha de prevenção ao HIV/AIDS no Carnaval, especificamente para remover imagens que mostravam jovens homossexuais se beijando em uma boate e pensando em preservativos enquanto previam fazer sexo. No início de junho de 2013, outra campanha foi retirada do ar, esta havia sido desenvolvida pelo Ministério da Saúde em conjunto com a Rede Brasileira de Prostitutas e acabava de ser lançada para marcar o Dia Internacional das Trabalhadoras do Sexo. Parte da campanha consistia em um pôster que mostrava o rosto de uma mulher (que na verdade era uma ativista profissional do sexo) com a legenda “Sou feliz sendo uma prostituta” (DEHESA, 2017).

Em resposta, Alexandre Padilla, então ministro da Saúde, ordenou que a campanha fosse interrompida. Apesar de ter laços estreitos com o PT, Dirceu Greco, diretor do Departamento de DST, HIV e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, foi demitido pouco depois por não ter conseguido as autorizações necessárias para uma campanha tão “moralmente polêmica” (DEHESA, 2017).

Ao mesmo tempo em que parecia abandonar amplamente as campanhas de prevenção de alto nível para as principais populações afetadas no início de 2010, o Ministério da Saúde também adotou uma ênfase crescente em novas abordagens biomédicas e comportamentais para a epidemia. Embora o Brasil tenha enfatizado anteriormente as intervenções estruturais, durante grande parte do governo Dilma Rousseff o Ministério da Saúde e sua equipe do Departamento de HIV e AIDS começou a projetar muitas de suas principais atividades usando modelos importados do exterior. Isso já era evidente a partir de 2011, quando os principais documentos do programa para alcançar populações-chave com intervenções de prevenção começaram a ser modelados no programa DEBI (Diffusion of Effective Behavior

Intervention) dos Centros dos EUA para Controle e Prevenção de Doenças (CDC). Pela primeira vez na história em quase trinta anos de resposta do governo brasileiro à epidemia, as diretrizes do Ministério da Saúde para prevenção foram baseadas em modelos desenvolvidos no Norte global, traduzidos e adaptados para aplicação no Brasil com apoio do CDC e o programa PEPFAR (President's Emergency Plan for AIDS Relief) dos EUA (BONI et al., 2019).

Essa ênfase em intervenções comportamentais, em oposição aos modelos de mobilização e empoderamento da comunidade, foi estendida ainda mais a partir de 2013 e 2014, quando o Brasil adotou a abordagem “Testar e tratar” promovida pela UNAIDS como sua principal iniciativa para trazer pessoas soropositivas para o tratamento e usar efetivamente o Tratamento como Prevenção, contando com a ajuda da presidente Dilma Rousseff para enviar mensagens em sua conta no Twitter incentivando o teste de HIV para populações-chave na comemoração do Dia Mundial da AIDS, em 2013. O Ministério da Saúde continuou investindo seus recursos de prevenção primária em abordagens biomédicas, planejando sua tradicional campanha de prevenção do carnaval em 2015 em torno de mensagens que promoviam o teste de HIV divulgadas por meio de aplicativos de celular como Tinder e Hornet (BASTOS, 2021).

Após o impedimento de Dilma Rousseff e sua destituição do cargo em 2016, durante os dois anos de gestão de Michel Temer, essa ênfase nas abordagens biomédicas de prevenção continuou com a adoção da profilaxia pré-exposição (PrEP), especialmente direcionada a membros de grupos considerados de maior risco de infecção. Isso com relativamente pouco sucesso, pois as taxas de infecção começaram a aumentar de forma alarmante pela primeira vez em décadas, especialmente entre os jovens homens homossexuais e mulheres transgêneros (COSTA, 2016).

2.2.2 Desmantelamento da resposta brasileira à AIDS

O declínio gradual na eficácia da resposta do governo brasileiro à epidemia que se desenvolveu durante grande parte da década de 2010 veio à tona após a eleição de Jair Messias Bolsonaro como novo presidente do Brasil, em 28 de

outubro de 2018, com sua carreira de vinte e oito anos como deputado federal do Estado do Rio de Janeiro e sua franca oposição aos direitos dos homossexuais e suas críticas aos programas públicos para pessoas com HIV/AIDS. Ele também já criticava o uso de financiamento público para medicamentos para pessoas vivendo com HIV/AIDS, já que, em sua opinião, a infecção pelo HIV era resultado de comportamentos de risco irresponsáveis, e os programas de prevenção relacionados à AIDS eram pouco mais que uma “cortina de fumaça” para promover comportamentos não normativos nas populações de minorias sexuais e de gênero indesejáveis (JUNIOR, 2021).

Após a posse do novo presidente no início de janeiro de 2019, o governo Bolsonaro agiu rapidamente para começar a desmantelar o Programa Nacional de AIDS. Eles rapidamente demitiram Adele Benzaken, diretora do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle de DSTs, HIV/AIDS e Hepatites Virais durante o governo Temer, que era vista como uma defensora das comunidades afetadas pelo HIV e AIDS. Ostensivamente, o principal motivo da dispensa de Benzaken foi a publicação pelo departamento que dirigia de material informativo sobre promoção da saúde para homens transgêneros, e que foi temporariamente retirado de circulação e retirado do site do Ministério da Saúde para que pudesse ser revisado, excluindo informações sobre procedimentos cirúrgicos relacionados à reconstrução genital (JUNIOR, 2021).

Pouco tempo depois, no momento em que foi anunciada a primeira grande campanha de informação pública sobre AIDS no governo Bolsonaro, as preocupações foram reforçadas quando o Ministério da Saúde evitou qualquer menção aos homossexuais como população prioritária para mensagens de prevenção, concentrando-se em vagas mensagens sobre o uso do preservativo dirigidas a uma população-alvo masculina genérica. O então Ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, argumentou consistentemente que os materiais de prevenção do HIV deviam ser desenvolvidos de forma que não ofendessem os valores familiares, e que a promoção do preservativo devia ser direcionada ao público geral ao invés das chamadas “populações-chave” vulneráveis à infecção pelo HIV (MORAES et al., 2020).

Apenas alguns meses depois, em maio de 2019, o governo Bolsonaro anunciou que o Departamento de DSTs, AIDS e Hepatites Virais sofreria mudança

em seu status dentro do Ministério da Saúde e integrado a programas relacionados a várias outras doenças como parte de um novo Departamento de Condições Crônicas e DSTs. Com coordenação dentro do departamento recém-criado, a nova unidade teria significativamente menos autonomia administrativa e efetivamente teria status igual a outras condições crônicas de saúde (como tuberculose e hanseníase). Amplamente criticado por ativistas e seus aliados do movimento do HIV/AIDS, por remover o nome AIDS do título do novo departamento, o que foi visto como silenciamento do movimento da AIDS e aniquilando o outrora prestigioso modelo brasileiro de resposta ao HIV/AIDS sob um manto de valores conservadores (MORAES et al., 2020).

Essas dúvidas em relação à reorganização administrativa foram validadas apenas um mês depois, em julho de 2019, quando o Ministério da Saúde anunciou o fim de uma série de plataformas sociais com informações sobre HIV e AIDS que haviam sido desenvolvidas ao longo de vários anos para atingir populações-chave, uma decisão que foi entendida como afirmação da convicção Bolsonaro, qual seja, de que durante seu governo a prioridade seria proteger os interesses e necessidades da população majoritária ao invés de grupos minoritários que tinham sido o foco dos governos anteriores do PT (MATOS, 2021).

Menos de um ano após assumir o cargo, o governo Bolsonaro despriorizou a importância da epidemia e das populações afetadas por ela. Essas decisões foram ao encontro com as políticas que Bolsonaro havia defendido enquanto candidato, mas a velocidade com que a resposta brasileira ao HIV/AIDS foi desmantelada foi surpreendente até mesmo para aqueles que anteciparam movimentos nessas direções. Em apenas dez meses de governo, o “modelo brasileiro” tão elogiado internacionalmente tornou-se vítima não apenas dos valores morais conservadores, mas da onda da política populista de direita que invadiu o país nas eleições de 2018.

3 ESTATÍSTICAS SOBRE HIV/AIDS NO BRASIL

A epidemia do HIV/AIDS é uma questão de saúde pública que atinge, de forma heterogênea, diferentes segmentos da população e atinge as diversas regiões do Brasil de acordo com algumas características sociodemográficas, já que um indivíduo é suscetível de exposição à infecção conforme suas condições de vida, tais como: situação empregatícia, nível de organização de sua categoria profissional ou capacidade de resposta à epidemia de HIV/AIDS, entre outros.

Este capítulo apresenta estatísticas referentes à infecção pelo HIV/AIDS por diferentes óticas, como região, fatores sociais, raciais, dentre outros, sem a presunção de esgotá-las, mas com o objetivo de traçar apenas um quadro que permita a verificação e estudo das mesmas.

3.1 INFECÇÃO PELO HIV/AIDS EM DIFERENTES REGIÕES

Com relação às regiões, de 2007 até junho de 2021, 381.793 novos casos de infecção pelo HIV foram notificados no Brasil, sendo 165.247 (43,3%) na região Sudeste, 75.618 (19,8%) na região Nordeste, 75.165 (19,7%) na região Sul, 36.218 (9,5%) na região Norte e 29.545 (7,7%) na região Centro-Oeste.

Observa-se que, embora a população do Nordeste seja de 57.071.564 de habitantes e a do Sul seja de 29.754.036 (IBGE, 2018), o número de infectados por HIV neste período foi praticamente o mesmo, cerca de 75 mil. Tal fato aponta para a importância de se conceber a contaminação como essencialmente associada a fatores sociais, visto que as duas regiões apresentam realidades totalmente adversas.

3.2 INFECÇÃO PELO HIV/AIDS E ETNIA

Quanto à etnia, durante o período de 2007 a junho de 2021, 39,4% dos casos ocorreram entre brancos e 51,7% entre negros (pretos e pardos (BRASIL, 2021).

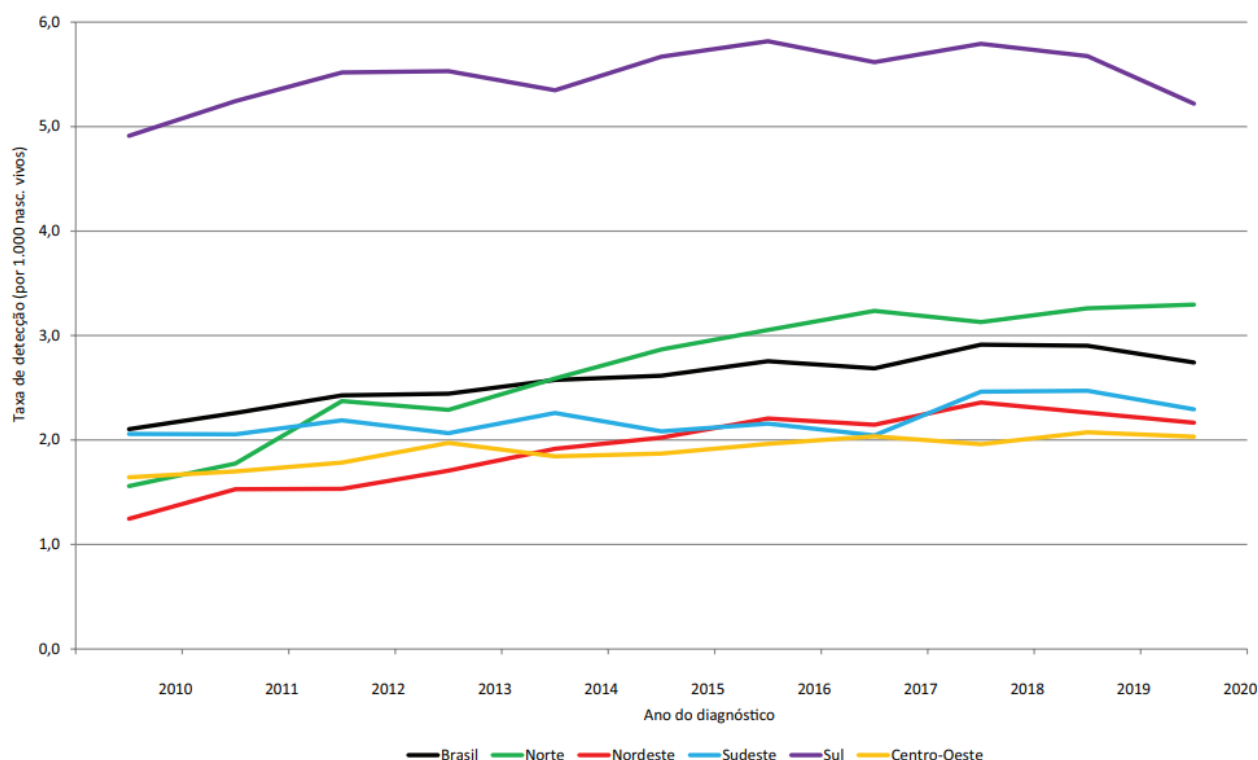
Contudo, na população total, 43,6% se autodeclararam brancos e 46,8% negros, mostrando assim que proporcionalmente os negros sofreram mais contaminação.

3.3 INFECÇÃO PELO HIV/AIDS EM GESTANTES

Entre de 2000 até junho de 2021, 141.025 casos de gestantes infectadas com HIV foram notificadas no Brasil. Observa-se que 37,4% destas eram moradoras da região Sudeste, seguida pelas regiões Sul (29,5%), Nordeste (18,3%), Norte (8,9%) e Centro-Oeste (5,9%). Somente em 2020, 7.814 gestantes infectadas com HIV/AIDS no Brasil (BRASIL, 2021).

Em um intervalo de dez anos, como pode ser visto no Gráfico 1, houve um crescimento de 30,3% na taxa de detecção de HIV em gestantes: em 2010, registraram-se 2,1 casos/mil nascidos vivos e, em 2020, essa taxa aumentou para 2,7/mil nascidos vivos.

Gráfico 1: Taxa de detecção de HIV em gestantes (por 1.000 nascidos vivos), segundo região de residência e ano do parto. Brasil, 2010 a 2020



Fonte: Brasil (2021)

3.4 CASOS DE HIV/AIDS E REGIÃO

Com relação à AIDS, de acordo com o Boletim Epidemiológico de 2021, de 1980 a junho de 2021, 1.045.355 casos de AIDS foram identificados no Brasil. O país tem registrado uma média anual de 36,8 mil novos casos de AIDS, levando-se em conta os últimos cinco anos (BRASIL, 2021).

Conforme a Tabela 1 distribuição proporcional dos casos de AIDS, identificados de 1980 até junho de 2021, apresenta que as regiões Sudeste e Sul, respectivamente, apresentam 50,6% e 19,8% do total de casos; as regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste correspondem, respectivamente, a 16,5%, 6,9% e 6,2% do total dos casos (BRASIL, 2021).

Tabela 1: Casos de AIDS notificados no Sinan, segundo UF e região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2021:

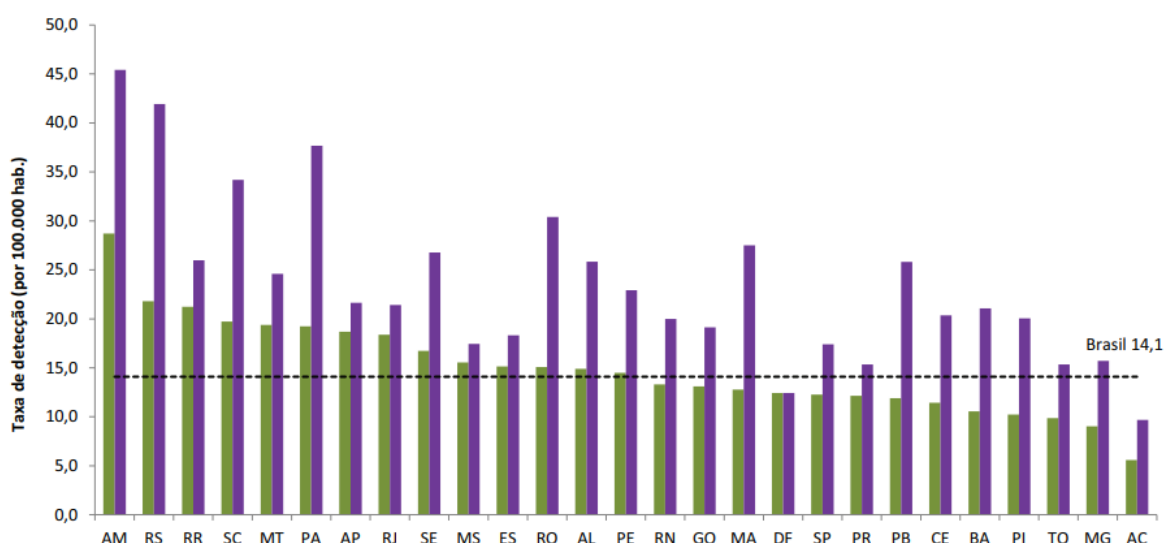
UF de residência	80-09 ^N	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total 80-21
Brasil	594527	40870	42885	42602	43493	42214	41113	39551	38700	38251	37731	29917	13501	1045355
Norte	24537	3467	3454	3576	4421	4565	4376	4509	4218	4632	4861	3653	1954	72223
Roraima	2772	309	376	381	450	420	368	330	376	337	324	271	126	6840
Acre	541	63	75	68	67	72	60	69	72	106	84	50	26	1353
Amazonas	7335	1142	1100	1095	1410	1532	1208	1206	1083	1194	1433	1208	749	21695
Roraima	1072	170	147	137	159	146	160	183	185	237	239	134	61	3030
Pará	10678	1513	1408	1535	1874	1997	2209	2293	2007	2303	2409	1672	823	32721
Amapá	935	123	155	160	207	183	145	226	244	223	197	161	86	3045
Tocantins	1204	147	193	200	254	215	226	202	251	232	175	157	83	3539
Nordeste	73603	7824	8236	8712	9218	9010	9047	8896	9132	9292	9074	7103	2982	172129
Maranhão	8021	1080	1254	1221	1395	1364	1521	1397	1493	1417	1303	909	359	22734
Piauí	3398	384	376	485	493	491	417	425	425	391	439	336	143	8203
Ceará	11811	1121	1213	1380	1305	1318	1373	1344	1270	1363	1389	1050	373	26310
Rio Grande do Norte	3590	384	428	456	551	568	502	521	668	735	606	470	187	9666
Pernambuco	18155	1836	1790	1981	2054	2020	1872	1928	1863	1893	1861	1394	630	39277
Alagoas	3616	392	445	444	451	453	447	514	619	603	564	499	234	9281
Sergipe	2573	281	318	272	327	312	393	374	373	400	375	388	175	6561
Bahia	17842	1904	1966	1977	2150	1959	1954	1936	1865	1925	1930	1576	681	39665
Sudeste	348069	18081	18771	17945	17474	16924	16338	15687	15153	14435	13716	11409	5032	529034
Minas Gerais	41613	2875	3081	3021	2935	2960	2965	2737	2673	2511	2402	1923	894	72590
Espírito Santo	9366	876	824	927	849	886	800	709	662	660	719	615	240	18133
Rio de Janeiro	83590	5388	5526	5227	5254	5034	4800	4554	4448	4194	4043	3192	1414	136664
São Paulo	213500	8942	9340	8770	8436	8044	7773	7687	7370	7070	6552	5679	2484	301647
Sul	115664	8872	9567	9333	9287	8762	8543	7719	7320	7027	6944	5320	2401	206759
Paraná	28470	1970	2157	2167	2173	2147	2178	1906	1981	1936	1868	1400	638	50991
Santa Catarina	29374	2258	2641	2383	2347	2178	2375	2140	1917	1912	1825	1430	696	53476
Rio Grande do Sul	57820	4644	4769	4783	4767	4437	3990	3673	3422	3179	3251	2490	1067	102292
Centro-Oeste	32654	2626	2857	3036	3093	2953	2809	2740	2877	2865	3136	2432	1132	65210
Mato Grosso do Sul	6232	519	490	675	680	583	560	543	660	641	680	437	263	12963
Mato Grosso	7330	660	746	672	693	828	671	707	765	751	876	683	244	15626
Goiás	11368	940	991	1080	1060	987	1052	999	1005	1050	1126	932	437	23027
Distrito Federal	7724	507	630	609	660	555	526	491	447	423	454	380	188	13594

Fonte: Brasil (2021)

Entre 2000 e junho de 2021, foram registrados 835.791 novos casos de AIDS no Brasil. Em 2020, o ranking das UF referente às taxas de detecção de AIDS

mostrou que os estados do Amazonas, Rio Grande do Sul e Roraima apresentaram as maiores taxas, como pode ser visto no Gráfico 2.

Gráfico 2: Taxa de detecção de AIDS (por 100.000 habitantes) segundo UF e capital de residência. Brasil, 2020



Fonte: Brasil (2021)

3.5 MORTALIDADE POR HIV/AIDS

Desde o início da epidemia de HIV/AIDS, de 1980 até o final de 2020, foram informados no país 360 mil óbitos com o HIV/AIDS sendo a causa principal. A maior proporção desses óbitos ocorreu na região Sudeste (57,2%), seguida das regiões Sul (17,8%), Nordeste (14,2%), Centro-Oeste (5,3%) e Norte (5,5%), conforme a Tabela 2.

Verificou-se uma queda de 29,9% no coeficiente de mortalidade padronizado para o Brasil entre 2010 a 2020, que passou de 5,7 para 4,0 óbitos por 100 mil habitantes. Quanto à faixa etária, não houve diferenças expressivas no ano de 2020 entre os coeficientes de mortalidade por sexo em indivíduos de até 19 anos de idade. Em todas as demais faixas etárias, o coeficiente de mortalidade é maior em homens (BRASIL, 2021).

A seguir, exploraremos os índices do Estado de São Paulo, o mais populoso do país, buscando entender o fenômeno de infecção por HIV/AIDS dentro das faixas etárias mais jovens.

Tabela 2: Óbitos por causa básica HIV/AIDS, segundo UF e região de residência por ano do óbito. Brasil, 1980-2020

UF de residência	80-09 ⁹¹	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total 80-21
Brasil	229541	12151	12151	12073	12564	12575	12667	12540	11735	11222	10687	10417	360323
Norte	7242	939	926	904	1135	1165	1177	1276	1240	1228	1199	1194	19625
Rondônia	750	72	69	81	83	80	87	100	120	73	67	64	1646
Acre	151	14	7	10	16	19	11	21	27	30	19	21	346
Amazonas	1840	282	215	218	298	297	299	352	305	303	276	295	4980
Roraima	307	32	34	18	29	31	32	38	25	40	31	36	653
Pará	3709	489	507	514	601	625	664	669	667	687	709	665	10506
Amapá	168	12	37	26	54	51	30	39	43	37	49	58	604
Tocantins	317	38	57	37	54	62	54	57	53	58	48	55	890
Nordeste	24166	2061	2212	2332	2512	2469	2683	2693	2613	2485	2469	2462	51157
Maranhão	2403	289	341	331	423	356	443	433	379	405	431	361	6595
Piauí	912	90	96	137	118	118	125	137	130	129	134	139	2265
Ceará	3437	227	271	326	347	309	398	367	358	326	327	361	7054
Rio Grande do Norte	968	97	100	109	113	94	83	150	149	144	136	121	2264
Paraíba	1371	114	117	121	145	136	161	134	140	129	145	161	2874
Pernambuco	6941	517	498	592	556	619	623	633	608	530	519	483	13119
Alagoas	947	122	121	118	140	151	144	151	143	140	113	135	2425
Sergipe	749	68	81	76	82	94	81	88	100	102	96	113	1730
Bahia	6438	537	587	522	588	592	625	600	606	580	568	588	12831
Sudeste	149412	5788	5727	5540	5540	5648	5437	5314	4729	4584	4226	4194	206139
Minas Gerais	15164	853	833	813	815	857	865	823	745	721	700	668	23857
Espírito Santo	2874	217	258	265	238	263	229	210	216	202	207	221	5400
Rio de Janeiro	37433	1695	1714	1792	1795	1851	1776	1751	1582	1569	1467	1421	55846
São Paulo	93941	3023	2922	2670	2692	2677	2567	2530	2186	2092	1852	1884	121036
Sul	37842	2589	2575	2525	2643	2547	2539	2439	2345	2151	2046	1905	64146
Paraná	8662	562	610	630	648	637	591	570	573	547	472	446	14948
Santa Catarina	8245	569	579	495	573	537	592	526	504	439	439	394	13892
Rio Grande do Sul	20935	1458	1386	1400	1422	1373	1356	1343	1268	1165	1135	1065	35306
Centro-Oeste	10879	774	711	772	734	746	831	818	808	774	747	662	19256
Mato Grosso do Sul	2289	148	139	157	144	157	188	168	192	151	180	142	4055
Mato Grosso	2351	215	170	190	193	206	198	222	211	221	183	164	4524
Goiás	3598	293	285	313	271	255	331	316	297	290	286	257	6792
Distrito Federal	2641	118	117	112	126	128	114	112	108	112	98	99	3885

Fonte: Brasil (2021)

3.6 UM PANORAMA DA INFECÇÃO DE HIV/AIDS ENTRE OS JOVENS NO ESTADO DE SÃO PAULO

O Estado de São Paulo tem sido, desde o início da epidemia, responsável por aproximadamente 50% do total de notificações do país, sendo o Município de São Paulo com maior número absoluto de casos de HIV/AIDS no Brasil. Números estes já esperados, dada a sua densidade populacional e suas demais características de nele estarem situados grandes centros urbanos (SANTOS et al., 2002).

Bastos e Barcelos (1995) avaliaram a distribuição espacial dos casos de HIV/AIDS no Brasil entre 1987 e 1993 e apontaram a força atrativa do estado de São Paulo como região de difusão da epidemia no país, não apenas pela densidade populacional, mas por concentrar atividades de intercâmbio e interação social com o resto do país (CROMLEY & MCLAFFERTY, 2011).

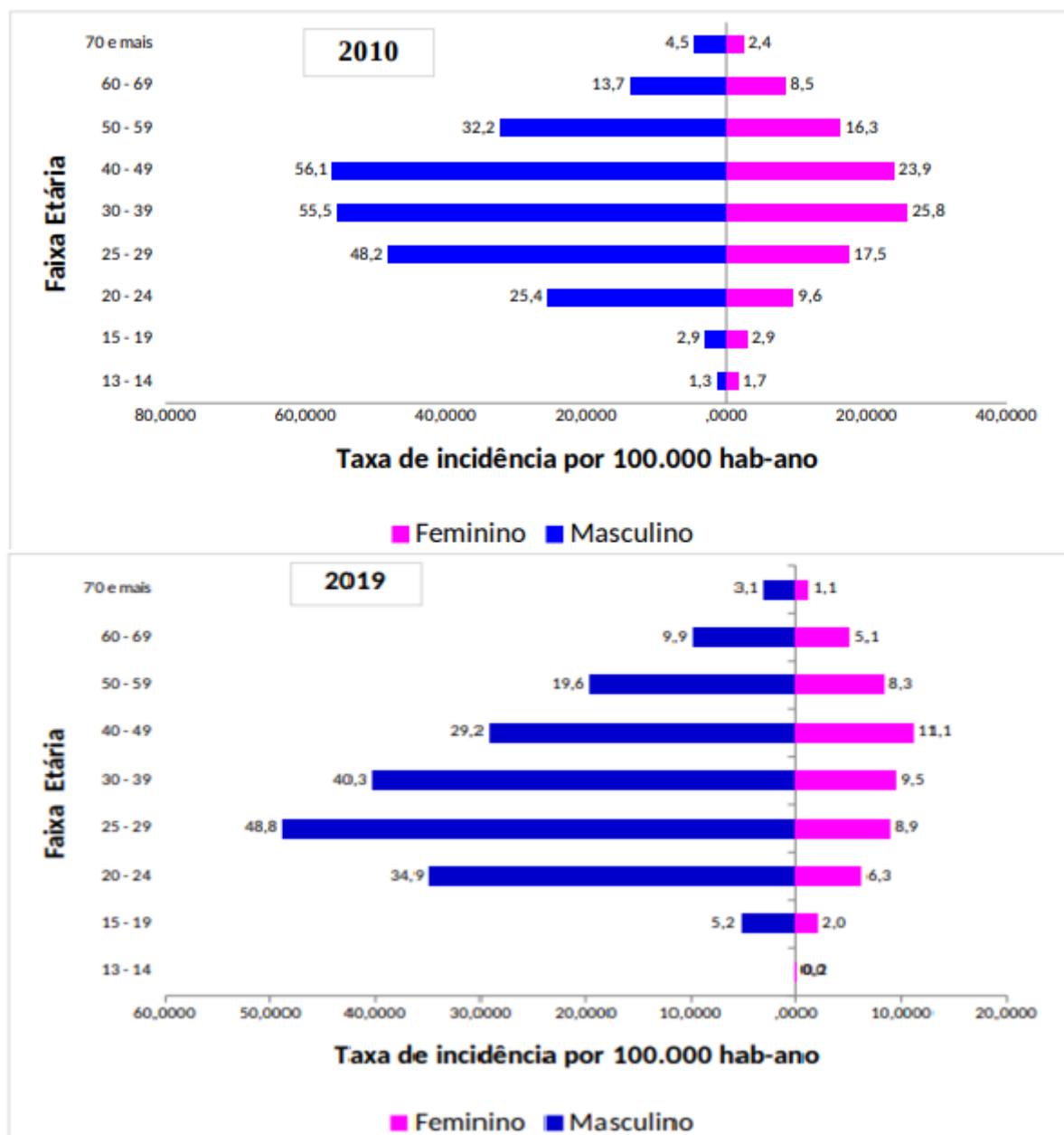
A taxa de incidência (TI) De HIV/AIDS no Estado de São Paulo teve redução de 33,2% nos últimos dez anos, de 20,5 em 2010 para 13,7 casos por 100 mil habitantes-ano em 2019 (21,7 casos para cada 100 mil homens e 6,2 casos para cada 100 mil mulheres). A queda da incidência de HIV/AIDS de 2010 para 2019 entre mulheres foi maior do que entre os homens, 52,3% e 23,9%, respectivamente. A razão de sexo (homem/mulher), que vinha apresentando declínio desde 1986, passou a aumentar a partir de 2013, mantendo a relação de 3 casos em homens para cada caso em mulher no ano de 2019 (SES-SP, 2020).

A taxa de incidência no período de 2010 a 2019 segundo faixa etária para o total de casos de HIV/AIDS revelou expressivo crescimento entre os jovens de 15 a 19 anos e de 20 a 24 anos. Observou-se aumento da incidência numa proporção acima de sete vezes entre os jovens de 20 a 24 anos comparado com os mais jovens, conforme observado no Gráfico 3.

Nestes 10 anos (2010 a 2019) 8.462 jovens de ambos os sexos adoeceram por HIV/AIDS no ESP, mostrando a gravidade do curso da infecção nesta faixa etária. Na faixa de 15 a 19 anos a taxa de incidência de HIV/AIDS elevou-se somente em jovens do sexo masculino em 1,8 vezes passando de 2,9 para 5,2 por 100 mil homens, nos anos de 2010 e 2019, respectivamente (SES-SP, 2020).

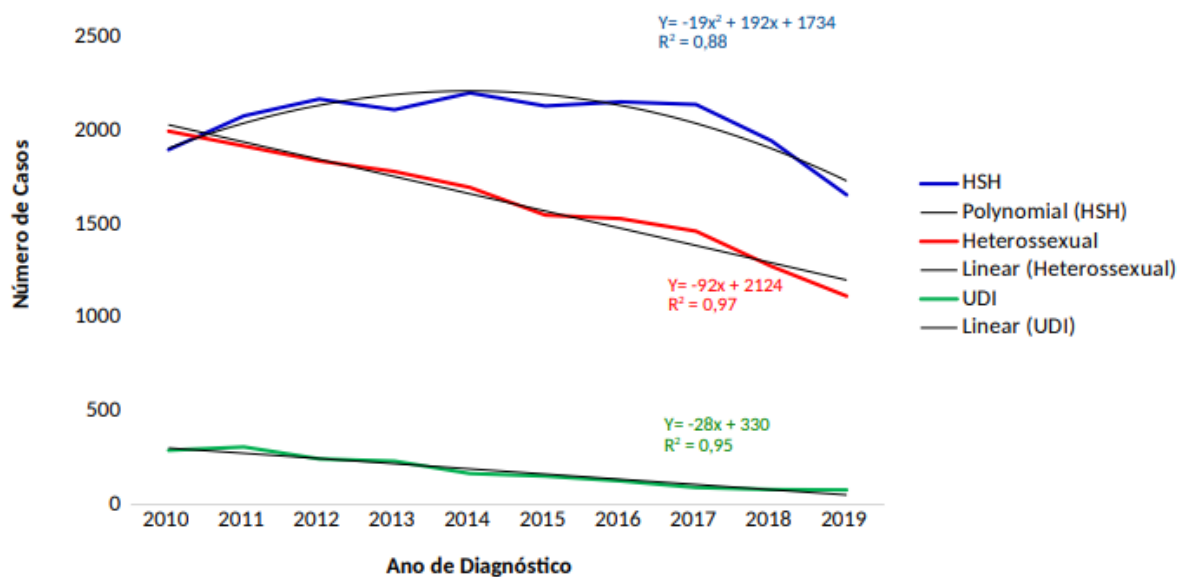
Diante dos casos notificados de HIV/AIDS em homens no período de 2010 a 2019, observa-se a tendência de queda para as categorias heterossexual num ritmo de 92 casos/ano. Entre os homens que fazem sexo com homens (HSH) foi observada uma tendência crescente de 2010 até 2014 e a partir deste ponto ocorreu queda (Gráfico 4). Em relação ao sexo feminino observou-se tendência de queda com velocidade de 130 casos/ano (SES-SP, 2020). Observa-se assim que nos casos de relações homoafetivas, o índice de transmissão também é maior no sexo masculino.

Gráfico 3: Taxa de incidência de HIV/AIDS (TI) por 100.000 habitantes-ano, segundo sexo, faixa etária (anos) e ano de diagnóstico, estado de São Paulo, 2010 e 2019



Fonte: SES-SP (2020)

Gráfico 4: Tendência dos casos de HIV/AIDS em homens segundo ano de diagnóstico e categoria de exposição, estado de São Paulo, 2010 a 2019

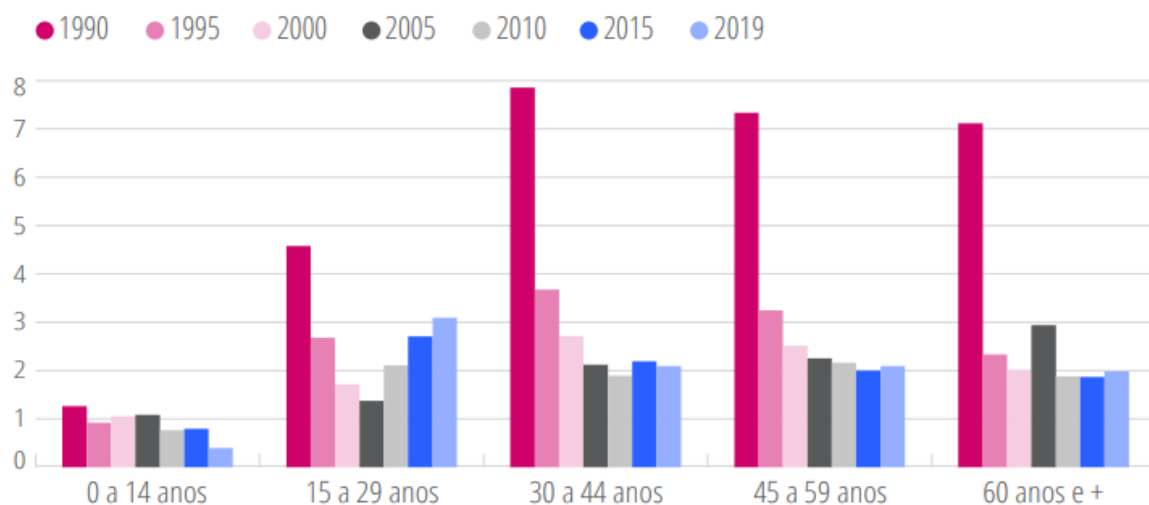


Fonte: SES-SP (2020)

A quarta década da epidemia de HIV/AIDS no Brasil tem evidenciado que os homens estão no principal grupo afetado pela infecção. De acordo com o Boletim Epidemiológico HIV/AIDS de 2020, eles representam mais de 65% dos casos de HIV/AIDS registrados desde o início da epidemia (BRASIL, 2021).

Segundo dados da Fundação Seade (2021), jovens de 15 a 29 anos apresentam uma evolução diversa dos demais grupos etários, visto que a partir de 2010 registram crescimento da razão entre os sexos, superando as demais idades em 2015 e 2019, mostrando-se o único grupo a apresentar a razão de três óbitos masculinos para cada feminino, conforme pode ser visto no Gráfico 5.

Gráfico 5: Razão entre os sexos para os óbitos por HIV/AIDS, por grupos de idade - Estado de São Paulo, 1990-2019



Fonte: SEADE (2021)

Tal comportamento pode ser explicado por aspectos socioculturais que tornam os homens mais vulneráveis, tal como o fato de se sentirem mais fortes, mais imunes a doenças, entre outros (GUERRIERO et al., 2002). Aliado ao fator de gênero, a adolescência aprofunda esta vulnerabilidade, já que é um período em que ocorre a iniciação da vida sexual, num contexto em que a falta de informação vem acompanhada da necessidade de autoafirmação, da sensação de invencibilidade, de problemas de autoestima e da imprudência (TOLEDO et al., 2011). Pode-se então afirmar que a vulnerabilidade ao HIV está diretamente associada ao contexto social, cultural e econômico o qual o indivíduo está inserido, não bastando para combatê-la uma visão estritamente biomédica.

Há uma tendência de redução da taxa de detecção do HIV observada em geral no Brasil nos últimos 10 anos. No entanto, ainda é discreto a alguns locais, principalmente o Nordeste, tem apresentado um aumento substancial de casos detectados no mesmo período, o que sugere a existência de epidemias concentradas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021). Essa heterogeneidade pode levar à hipótese de uma relação entre a determinação social da epidemia e o contexto geográfico. Estudos de diferentes partes do mundo relataram a existência de sub-epidemias regionais e mostraram associações entre o agrupamento espacial da incidência de HIV e casos de mortalidade em áreas com diversas especificidades individuais, socioeconômicas e migratórias (MEDEIROS et al., 2017; MOMENYAN et al., 2018).

Dados do Boletim Epidemiológico HIV/AIDS de 2021 mostraram que, no Brasil, os homens predominam nos casos de infecção em 69,4%, contra 30,6% em mulheres. Observou-se ainda que 51,6% dos casos em homens foram decorrentes de exposição homossexual e bissexual, 31,3% heterossexual e 1,9% se deram entre os usuários de drogas injetáveis. Já entre as mulheres, foi identificado que 86,6% dos casos são resultantes da exposição heterossexual e 1,3% entre usuárias de drogas injetáveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

4 HIV/AIDS ENTRE OS JOVENS DO SEXO MASCULINO NA ATUALIDADE: FAIXA ETÁRIA ENTRE 15 E 19 ANOS

A adolescência é caracterizada por diversas transformações que permeiam os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e emocionais que influenciam a tomada de decisão sobre a vida adulta e a construção da identidade individual, sexual e social (JUCÁ & VORCARO, 2018). As mudanças que ocorrem na vida dos adolescentes os expõem aos mais diversos tipos de vulnerabilidades de exposição ao risco, dentre elas, a infecção pelo HIV/AIDS.

O HIV/AIDS é considerado uma grave questão de saúde pública, e entre os adolescentes torna-se ainda mais preocupante, considerando a incidência de mais de 2.400 adolescentes/jovens infectados diariamente e os mais de 10 milhões de pessoas entre 15 e 24 anos vivendo com HIV/AIDS em todo o mundo. Além disso, a AIDS é considerada a oitava causa de morte entre adolescentes em todo o mundo, e sua prevenção e tratamento são alguns dos desafios mais importantes para a saúde pública (UNICEF, 2017).

A prevenção do HIV/AIDS para adolescentes é particularmente crítica em um mundo onde a população jovem está se expandindo rapidamente. Atualmente, mais da metade da população mundial tem menos de 30 anos e a maioria desses jovens reside em países em desenvolvimento; prevê-se que esta proporção de jovens aumentará acentuadamente nos próximos 20-30 anos. Além do HIV/AIDS, quase 35% da carga global de doenças tem suas raízes na adolescência (WHO, 2022).

O número de casos de AIDS entre jovens de 20 a 24 anos aumentou na última década: a taxa de casos de AIDS entre homens jovens nessa faixa etária passou de 15,6 a 36,2 casos por 100.000 pessoas (20 a 24 anos) - informações dos boletins epidemiológicos sobre infecção pelo HIV/AIDS no ano de 2018 publicados pelo Ministério da Saúde. Já entre as mulheres as taxas apresentaram tendência de queda em quase todas as faixas etárias (UNAIDS, 2018).

O Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA, 2022) afirma que um jovem de 15 a 24 anos é infectado pelo HIV/AIDS a cada 14 segundos. Portanto, é fundamental a implementação e avaliação do impacto de programas de prevenção

voltados para os jovens antes do estabelecimento de práticas comportamentais que possam aumentar, ainda mais, o risco de transmissão do HIV/AIDS.

A adolescência representa uma transição da puberdade para a independência e autossuficiência. Durante a adolescência, ocorrem desenvolvimentos biológicos, psicológicos e comportamentais significativos em paralelo a agendas lotadas e aprendizado exploratório. A maturação do cérebro adolescente visa a satisfação das necessidades imediatas e mitigação de perigos de curto prazo (ARAIN et al., 2013). Como resultado, as decisões em torno da saúde tendem a ser mais reacionárias do que preventivas, como refletido nas taxas de doenças sexualmente transmissíveis (incluindo HIV/AIDS), que são mais altas entre adolescentes de 15 a 24 anos (SATTERWHITE et al., 2013).

A conscientização é o início de todas as intervenções que buscam impedir a propagação do HIV entre os jovens. Os professores e agentes educacionais estão bem posicionados para servir como fontes importantes de informações vitais sobre o HIV para os jovens sob seus cuidados ou liderança. Em muitas comunidades no Brasil, os professores atuam como líderes de opinião de fato. Nesta capacidade, eles poderiam liderar os esforços para a prevenção do HIV (MANSANI & NETTO, 2020). Um alto nível de conscientização sobre HIV/AIDS entre os professores pode levar à mudança em seu comportamento sexual, necessária para impedir a propagação do HIV não apenas entre os próprios professores e trabalhadores educacionais, mas também para outros que estão sob seus cuidados e/ou liderança e vêem professores como modelos na sociedade.

Além da escola, campanhas de educação de HIV/AIDS realizadas por outros jovens são eventos que aumentam a conscientização sobre a importância de envolver os jovens na prevenção e tratamento do HIV/AIDS. Embora os jovens possam ignorar as mensagens de saúde sexual dos adultos em suas vidas, eles prestam muita atenção aos seus pares. As vozes dos jovens e a educação entre pares são armas potentes na luta contra a epidemia da AIDS. Tais campanhas envolvem palestras, workshops e eventos culturais (MANSANI & NETTO, 2020).

A participação da família foi mencionada como importante nas atividades de prevenção. Educar a família contribui para a ampliação do diálogo entre pais e filhos adolescentes e para a ampliação do conhecimento técnico sobre o assunto. Apesar do interesse dos pais em conversar com seus filhos, eles não se sentem preparados

e muitas vezes o fazem de forma superficial (NETY et al., 2015). Ampliar o conhecimento dos pais e padronizar conceitos e linguagem é de grande relevância, pois os adolescentes, por vezes, recebem na escola informações que vão contra comportamentos familiares, como a distribuição de preservativos nas escolas (RUSSO & ARREGUY, 2015).

É importante investir em novas gerações de liderança jovem para garantir a sustentabilidade da resposta ao HIV/AIDS. Isso pode ser feito envolvendo e apoiando os jovens em toda a sua diversidade, particularmente aqueles afetados pelo HIV, para influenciar e liderar a prestação de serviços de HIV, tomada de decisões, monitoramento, prestação de contas, pesquisa e advocacia. Os jovens devem ser capacitados para desempenhar papéis de liderança na formação de novas normas sociais em torno de gênero, sexualidade, identidade e consentimento (UNAIDS, 2021).

O papel central desempenhado pelo gênero nos estudos de vulnerabilidade e prevenção do HIV é atualmente tão amplamente reconhecido que tem sido chamado de “epidemia de gênero” (MANE & AGGLETON, 2001).

Os estudos empíricos e os debates conceituais sobre as masculinidades, a partir de uma perspectiva construtivista, relacional e feminista de gênero, com posterior ingresso desse conteúdo nos estudos no campo da saúde coletiva, revelam dois conceitos importantes: primeiro, não existe 'masculinidade' única e monolítica; segundo, as masculinidades podem mudar (CONNELL, 2014). Esses dois argumentos podem parecer triviais, mas são pontos importantes para entender no campo da sexualidade, pois servem para reconhecer que as normas de gênero desempenham um papel importante na formação do comportamento sexual, contribuindo para a compreensão das práticas masculinas no contexto de um intrincado processo de socialização e formação de identidade (FLEMING et al., 2016).

O reconhecimento dessa pluralidade na população masculina heterossexual é especialmente relevante para o desenvolvimento do conhecimento aplicado. Uma nova agenda de pesquisa no campo da saúde pública, por exemplo, ajudou a deixar de usar uma noção genérica de 'homem' como categoria predominante nos estudos biomédicos, para buscar diferentes maneiras de os homens exercerem sua

masculinidade e como isso se relaciona aos processos de saúde, doença e cuidado (CONNELL, 2012).

O conceito de masculinidade hegemônica, um dos mais debatidos na produção teórica das masculinidades e amplamente utilizado em estudos sociológicos e de saúde pública sobre HIV/AIDS, leva em conta padrões que asseguram a dominação dos homens e a subordinação das mulheres; não se refere necessariamente a pessoas mais poderosas, mas sim a um tipo de masculinidade considerada exemplar. A masculinidade, portanto, como a feminilidade, estará sempre associada a contradições internas e rupturas históricas.

As masculinidades brasileiras, conforme demonstrado na literatura, compõem um conjunto complexo de repertórios que expressam a tensão entre formas conservadoras e progressistas de masculinidade. Diferentes repertórios de masculinidade sobre questões como violência de gênero, parentalidade, sexismo e igualdade de gênero aparecem em estudos nacionais.

No Brasil, assim como internacionalmente, os estudos sobre comportamento sexual masculino e prevenção do HIV muitas vezes aludem a normas de masculinidade predominantes relacionadas à expectativa de que os homens sejam mais bem informados e mais experientes em assuntos sexuais, o que às vezes dificulta que os homens admitam ignorância ou buscar informações (FLEMING et al., 2016).

Essa insegurança masculina, especialmente entre os homens jovens, pode torná-los mais vulneráveis ao HIV/AIDS (GUPTA, 2000). Na tentativa de compreender os padrões de comportamento sexual dos homens, estudos enfatizam a socialização masculina como a causa sociocultural subjacente do senso de autossuficiência dos homens e sua recusa em procurar ajuda quando necessário, criando assim uma sensação de invulnerabilidade. Paradoxalmente, essas atitudes os deixam mais vulneráveis e tendem a levar a comportamentos sexuais que os colocam em risco de HIV e outras doenças (MANE & AGGLETON, 2001).

O aumento de casos entre os jovens no geral é atribuído à falta de experiência na vivência do pior momento da epidemia de HIV/AIDS, às características comportamentais dos jovens no início dos anos 1980 e à banalidade ao estigma relacionados à HIV/AIDS.

Os avanços no tratamento e seu impacto na melhoria da qualidade de vida dos pacientes levaram à representação social do HIV/AIDS como uma doença crônica, juntamente com o diabetes e a hipertensão. Se, por um lado, isso facilita a adesão ao tratamento e ajuda a diminuir o estigma sobre a doença, por outro, subestimar o risco da doença também está associado ao aumento do número de casos.

Estimular os jovens a priorizar a saúde e se envolver com práticas de prevenção é um desafio quando a experiência anterior na interação com a saúde é limitada e o ceticismo em relação aos serviços de saúde confidenciais é alto (WHO, 2012). As mortes relacionadas ao HIV/AIDS estão aumentando entre adolescentes em todo o mundo, apesar de seu declínio em todas as outras faixas etárias (IDELE et al., 2014).

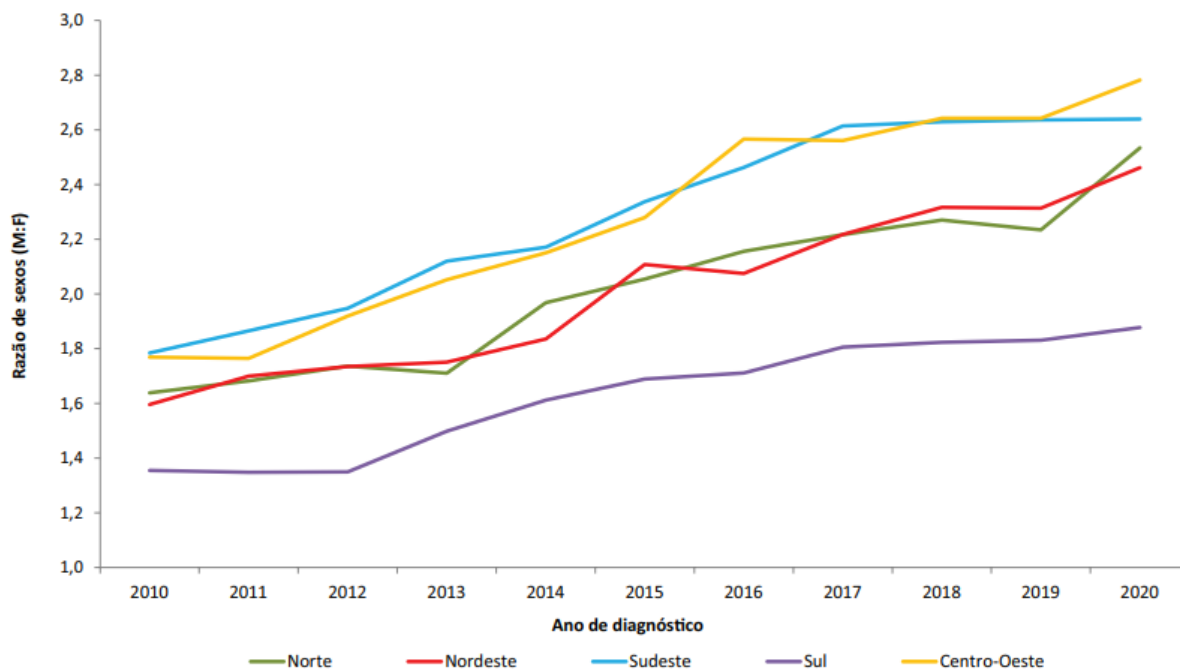
A prevenção do HIV/AIDS é uma parte importante da boa saúde do adolescente e é fundamental para os adolescentes. Embora existam alguns cuidados primários de saúde, comportamentos de risco são menos propensos a serem abordados (BARRETO et al., 2020).

No Brasil, o perfil epidemiológico da infecção pelo HIV mudou significativamente. Segundo dados do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, publicado em 2021, o número de adolescentes e jovens de 15 a 24 anos com HIV/AIDS aumentou consideravelmente nos últimos dez anos (BRASIL, 2021).

Há ainda que se destacar que a razão de sexos apresenta um predomínio de casos em homens em todas as regiões do Brasil, apesar de suas diferenças (Gráfico 3). A razão de sexos também altera com relação à faixa etária. Em 2020, a faixa etária de 50 anos ou mais apresentou a menor razão de sexos (1,8), ou seja, 18 homens para cada 10 mulheres, já entre 20 a 29 anos a razão foi de 4,0. Além disso, há um evidente aumento na contaminação de jovens menores de 19 anos do sexo masculino, como pode ser visto no Gráfico 6 (BRASIL, 2021).

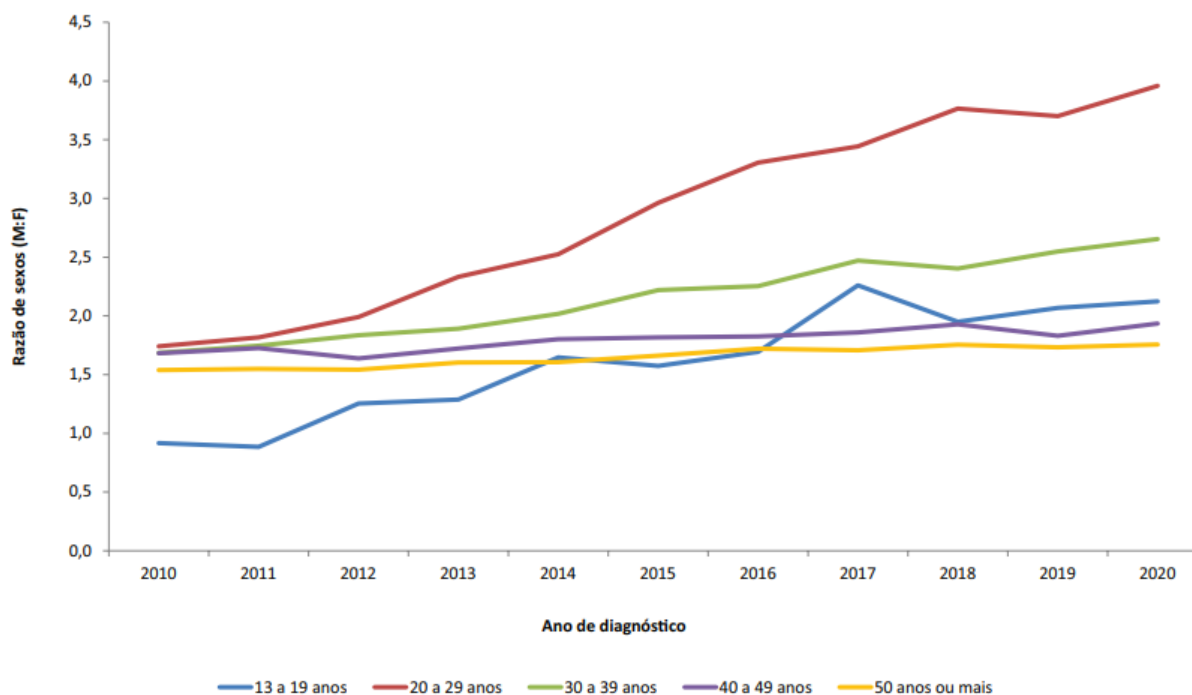
Comparando os anos de 2010 e 2020, evidenciam-se quedas nas taxas de detecção entre os homens, exceto na faixa de idade dos 15 aos 24 anos. Entre os indivíduos do sexo feminino, observam-se reduções nas taxas de detecção em todas as faixas etárias (BRASIL, 2021).

Gráfico 6: Razão de sexos segundo região de residência, por ano de diagnóstico. Brasil, 2010 a 2020



Fonte: Brasil (2021)

Gráfico 7: Razão de sexos segundo faixa etária, por ano de diagnóstico. Brasil, 2010 a 2020



Fonte: Brasil (2021)

Observa-se assim a gravidade da questão de infecção de HIV/AIDS na população masculina entre 15 e 19 anos, visto que é uma faixa etária onde há um aumento na taxa de contaminação por HIV, principalmente neste gênero.

As estratégias e programas nacionais de prevenção devem abordar de forma holística as necessidades dos jovens em toda a sua diversidade, especialmente homens jovens e populações-chave jovens em locais de alta incidência.

4.1 INTERVENÇÕES PARA A PREVENÇÃO DO HIV ENTRE ADOLESCENTES

De acordo com estimativas da UNAIDS, a incidência do HIV/AIDS caiu em muitos dos países mais severamente afetados porque adolescentes e jovens estão adotando práticas sexuais mais seguras e um número maior de pessoas infectadas estão com maior acesso ao tratamento para reduzir sua carga viral. No entanto, em regiões com dados disponíveis, a cobertura de testes recentes permanece abaixo de 20% para adolescentes. Isso significa que muitos adolescentes e jovens que vivem com HIV/AIDS podem não ter conhecimento de sua condição. Além disso, os meninos são consistentemente menos propensos a fazer o teste de HIV/AIDS em comparação com as meninas (UNICEF, 2021).

Em países com epidemias generalizadas, as escolas podem ser um local crítico para alcançar os adolescentes com as informações e habilidades necessárias para evitar a infecção pelo HIV/AIDS. As evidências mostram que a educação sexual na escola pode ser eficaz na mudança de conhecimentos, atitudes e práticas que levam a comportamentos sexuais de risco (PETTIFOR et al., 2018).

A prevenção do HIV/AIDS em países com baixa prevalência ou onde a epidemia está concentrada em populações específicas é especialmente desafiadora, uma vez que a disseminação do vírus é alimentada por comportamentos de alto risco, muitas vezes estigmatizados. As pessoas que se envolvem em tal comportamento tendem a ser jovens e incluem profissionais do sexo, pessoas que usam drogas injetáveis e homens que fazem sexo com homens (PETTIFOR et al., 2018).

Independentemente da epidemia, é imprescindível que os adolescentes possuam conhecimentos abrangentes e corretos sobre a prevenção do HIV/AIDS para se protegerem da infecção. No entanto, as taxas de conhecimento abrangente permanecem abaixo de 50% na maioria dos países com dados disponíveis. Além disso, meninas e meninos podem ter níveis díspares de conhecimento sobre HIV/AIDS dependendo do contexto do país (UNICEF, 2021).

5 A CONSTRUÇÃO DA EXIGÊNCIA DE UM NOVO OLHAR PARA O JOVEM E O DIREITO À SAÚDE

5.1 PRINCIPAIS MARCOS LEGAIS DA CONQUISTA DE DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE NO BRASIL

No contexto de crise econômica, social e política do Brasil, não há dúvidas de que os desafios da luta pelo direito à saúde no país são enormes. Para enfrentá-los, é preciso analisar cuidadosamente a história, o momento presente e as tendências que se anunciam. Esse esforço analítico deve ser empreendido em debates públicos e diversificados que enriqueçam a participação social e a compreensão da realidade para produzir acordos e consensos que contribuam para a mobilização e ação estratégica das forças sociais comprometidas com a defesa do direito humano à saúde e do SUS.

De acordo com Kramer (2007), a forma de análise da situação infanto-juvenil ocorre tanto pelo meio social como historicamente. O papel das crianças e adolescentes na sociedade, bem como a concreta inserção delas no meio social em que vivem, variam com as formas de organização da mesma sociedade onde estão inseridos. Assim, para esse autor, a ideia da infância e da adolescência como a concebemos hoje não foi sempre da mesma forma.

Na Idade Contemporânea, houve um avanço na consolidação das políticas e práticas de proteção social para a criança e adolescente. Por isso, tanto no Brasil, como no contexto internacional, verifica-se um salto na promoção dos direitos infanto-juvenis (SOUZA, 2018).

No Plano Internacional, especialmente em 1899, foi instituído, em Chicago, o primeiro Tribunal Especial para Menores e, em 1905, na Inglaterra, criou-se o Tribunal de Birmingham, dando esteio ao Children Act, de 1908. Em 1911, corte semelhante foi criada em Portugal, pela lei de proteção à infância. E, no ano seguinte, foram criadas outras na Bélgica e na França, sendo que, na Espanha, o mesmo fato somente ocorreu em 1918.

Em termos demográficos, no Brasil, a população dava um salto, passando, entre o final do século XIX e início do século XX, de 10 para 30 milhões, com os menores de 19 anos representando 51% da população. Sofria-se o impacto da industrialização nascente, com todas as suas consequências sociais. A proletarianização operária gerava situações de miséria e exploração (crianças chegavam a trabalhar 12 h/dia). O inchamento das cidades provocava a vivência do abandono, como descrito em 'Capitães de Areia', de Jorge Amado (1937). Ocorre a conscientização quanto à gravidade das precárias condições de sobrevivência das crianças pobres. Havia epidemias, superstição materna e pátrio poder impermeável às orientações quanto às providências básicas de saúde e higiene. Era elevada a taxa de mortalidade infantil e, no caso dos "expostos", entregues às Santas Casas de Misericórdia, o índice chegava a 70% (ARAÚJO & COUTINHO, 2003).

Nesse período, surgiu no Brasil um projeto de lei, de autoria de João Chaves, apresentado à Câmara dos Deputados em 1912, que, consoante Rangel e Cristo (2008), defendia a criação de juízos e tribunais especiais para a apreciação das causas envolvendo menores material e moralmente abandonados; mendigos e vagabundos até a idade de 18 anos, e os que tivessem delinquido, até a idade de 16 anos (RANGEL & CRISTO, 2008).

Posteriormente, surge no Brasil, o Código de Menores, instituído em 1927, obra de José Cândido de Albuquerque Mello Mattos. Trata-se do primeiro Código de Menores do Brasil, e também o pioneiro na América Latina, instituído pelo Decreto nº 17.943-A de 12/10/1927, que pretendeu sistematizar a ação de tutela e da coerção (para reeducação). O Código de Menores veio modificar o entendimento sobre discernimento, culpabilidade e responsabilidade das crianças e adolescentes, assumindo a assistência sob o aspecto educacional (MIRANDA, 2016).

O Código de Menores visava estabelecer diretrizes claras para o trato da infância e juventude excluídas, regulamentando questões como trabalho infantil, tutela e pátrio poder, delinquência e liberdade vigiada. O Código de Menores revestia a figura do juiz de grande poder, sendo que o destino de muitas crianças e adolescentes ficava a mercê do julgamento e da ética do juiz (MIRANDA, 2016).

Em 1979, no Brasil, houve a Revisão do Código de Menores que vigorava desde 1927, que recebeu não somente a inspiração da teoria menorista da situação irregular (que equiparava os menores abandonados, vítimas de maus-tratos,

miseráveis e os infratores), mas também do regime totalitarista e militarista então vigente no País e manteve essas concepções, apesar de elaborado já sob a influência da Declaração dos Direitos da Criança, de 1959. O Código de Menores de 1979 era voltado para a assistência, proteção e vigilância, fazendo com que, no Brasil, vigorasse a doutrina da situação irregular do menor. Da preocupação restrita ao menor delinquente e desassistido, a lei passa a abarcar os menores que se encontravam em situação irregular (BITENCOURT, 2016).

Portanto, esse Código, segundo Bitencourt (2016), foi alvo de muitas críticas, visto que não amparava todas as pessoas menores de idade, além do fato de que era o Juiz de Menores quem decidia as penas e encaminhamentos, vindo a perspectiva de tutela ser assumida em caráter de controle social.

Em 1988, os direitos fundamentais reconhecidos internacionalmente às crianças e aos adolescentes foram assegurados pela Constituição Brasileira promulgada naquele ano, cujo art. 227, caput, estabelece:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988).

O artigo 227 da CF/88 introduz conteúdo e enfoque próprios da Doutrina de Proteção Integral da Organização das Nações Unidas, trazendo os avanços da normativa internacional para a população infanto-juvenil brasileira.

5.2 DOUTRINA DA PROTEÇÃO INTEGRAL

Com base nos ensinamentos de Dias e Liberati (2006), a proteção especial destinada à infância já se faz presente desde a Declaração de Genebra de 1924. Mas a ruptura com os princípios da doutrina da situação irregular começa a ser vislumbrada a partir da Declaração Universal dos Direitos da Criança, aprovada pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas, em 1959.

Ele complementa que no plano internacional a criança e o adolescente começam a ser percebidos de outra forma, ou seja, deixam de ser objeto do direito passando a sujeitos dele. Isto aparece de maneira explícita no princípio 1º da Declaração dos Direitos da Criança:

A criança gozará de todos os direitos enunciados nesta Declaração. Todas as crianças, absolutamente sem qualquer exceção, serão credoras destes direitos, sem distinção ou discriminação por motivo de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento ou qualquer outra condição, quer sua ou de sua família (DIAS & LIBERATI, 2012, p. 52)

A Declaração Universal dos Direitos da Criança afirma os direitos humanos, com base no princípio da dignidade e do valor do ser humano, visando atingir melhores condições de vida para a população infantil, mediante o exercício de direitos e liberdades, protegidos contra qualquer espécie de discriminação, reconhecendo a condição peculiar de pessoa em processo de desenvolvimento, que necessita de cuidados e direitos especiais, antes e depois do nascimento, visando o bem-estar da criança.

No plano internacional, a Doutrina da Proteção Integral passou a ter maior visibilidade a partir da Convenção das Nações Unidas de Direito da Criança em 1989, atualmente ratificada por vários países membros da ONU. No Brasil, porém, apenas com o advento da Constituição de 1988 foi que a Doutrina da Proteção Integral atingiu sua consagração em nosso ordenamento jurídico, consolidando-a em definitivo, com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1990. A Constituição de 1988 revogou a expressão “menor” de todo o ordenamento jurídico brasileiro. E, embora nos textos das declarações e convenções internacionais o termo utilizado seja unicamente “criança”, no Brasil, a opção legislativa foi no sentido de distinguir criança do adolescente, com fulcro no art. 2º do ECA.

Para Pinheiro (2006, p. 81), a doutrina da proteção integral é baseada fundamentalmente em dois princípios: o da igualdade perante a lei e o do respeito à diferença. O princípio da igualdade perante a lei se funda na universalização dos direitos e de seus sujeitos, “garantia de todos os direitos para todas as crianças e adolescentes”; enquanto o princípio do respeito à diferença se propõe ao

reconhecimento dos direitos garantidos a todo e qualquer cidadão brasileiro como também às crianças e aos adolescentes, por serem elas pessoas em desenvolvimento.

A Doutrina da Proteção Integral foi considerada de fundamental importância para a criação, no Brasil, do Direito da Criança e do Adolescente. Neste sentido, Amaral e Silva preleciona que, naquele contexto histórico, era muito mais adequado falar-se em Direito da Criança e do Adolescente, considerado, então, um novo ramo mais científico, mais jurídico, dirigido a todas as crianças e adolescentes, com denominação correspondente ao conteúdo da matéria por ele tratada. Para ele, a nova doutrina evoluiu da situação irregular do menor para a situação irregular da família, da sociedade e do Estado, preconizando novas medidas, também para os responsáveis ativos da situação irregular (NAKAMURA, 2019).

Contudo, as disposições genéricas contidas na Constituição da República não foram suficientes para efetivar o princípio da proteção integral, necessitando de uma normativa voltada exclusivamente à criança e ao adolescente. Foi este o apelo da comunidade nacional e internacional, decorrentes das manifestações sobre os direitos da criança.

Com a implementação do Estatuto da Criança e do Adolescente, os direitos previstos de maneira genérica na Constituição Federal de 1988 vão sendo estabelecidos e regulamentados, com o intuito de proteger os menores de qualquer forma de discriminação, exploração, negligência, violência, crueldade e opressão. O ECA consegue assim efetivar o princípio da proteção integral em concordância com a Convenção das Nações Unidas de Direito da Criança em 1989.

5.3 ASPECTOS SOCIAIS DA JUVENTUDE NO BRASIL

A pobreza é um fenômeno transversal que envolve vários fatores. É considerado um problema multidimensional que vai além das questões econômicas. No contexto da adolescência, a falta de insumos necessários ao seu desenvolvimento pode tornar esses indivíduos mais vulneráveis (MATOS et al., 2018).

No Brasil, 40% dos brasileiros até 14 anos vivem em situação de pobreza, em situação de vulnerabilidade e são suscetíveis a Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). No país, mais de 84% da população vive em áreas urbanas. Em muitas dessas áreas, as crianças e adolescentes ainda não têm seus direitos garantidos à educação de qualidade, à saúde e a um ambiente acolhedor e protetor. Essas deficiências impedem seu pleno desenvolvimento, restringem seu acesso a oportunidades e contribuem para a violência e o ciclo da pobreza (COSTA et al., 2020).

A idade média de início da atividade sexual no Brasil é entre 14 e 15 anos. Nessa faixa etária, 27,5% dos adolescentes que tiveram relação sexual são do sexo masculino e dentre estes apenas 61,2% usaram preservativo na primeira relação sexual. O início precoce da atividade sexual, a multiplicidade de parceiros e o não uso de preservativo são fatores de risco para IST/HIV/AIDS (SILVA et al., 2017).

Na adolescência, a vulnerabilidade está associada à ruptura dos vínculos com os pais, à descoberta de coisas novas, às mudanças biopsicossociais vivenciadas e ao contexto em que o adolescente está inserido. A interação do adolescente com seu entorno pode levar a eventos de risco e afetar a forma como lida com situações estressantes, tornando o indivíduo mais, ou menos, vulnerável. Portanto, é importante desenvolver mecanismos que possam ajudar os adolescentes a superar dificuldades e adversidades (JORGE et al., 2018).

Compreender as mudanças decorrentes de experiências angustiantes pode ser um elemento de proteção e um fator importante no desenvolvimento e compreensão da resiliência e força em situações de vulnerabilidade. A resiliência é definida como uma resposta positiva em situações de conflito e adversidades (NASCIMENTO et al., 2018).

Nessa perspectiva, a resiliência é entendida como a capacidade de enfrentar experiências negativas e manifestar uma resposta positiva, apesar do evento adverso. Relaciona-se também aos processos sociais, psicológicos e ambientais, e é discutido, tanto no plano teórico quanto metodológico, como um fenômeno intrínseco ao desenvolvimento de qualquer ser humano (GUILERA et al., 2015).

5.4 A POLÊMICA SOBRE A IMPORTANCIA DA EDUCAÇÃO SEXUAL COMO INSTRUMENTO EFICAZ NAS POLÍTICAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA DST/AIDS.

Um relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgado em 13 de dezembro de 2018 cita que mais de 1,1 milhão de adolescentes de 10 a 19 anos morreram em 2016 ou mais de 3.000 por dia. A maioria das causas de suas mortes foram acidentes de trânsito, HIV/AIDS, trabalho de parto e a prática do aborto (WIGHT et al., 2012).

Nos países em desenvolvimento, cerca de 16 milhões de meninas de 15 a 19 anos e 2,5 milhões de meninas com menos de 16 anos dão à luz a cada ano. Geralmente, a complicação durante a gravidez e o parto surgem como a principal causa de suas mortes. Anualmente, quase 3,9 milhões de meninas de 15 a 19 anos são submetidas a abortos inseguros que acabam com suas vidas. Uma mãe adolescente (10-19 anos) enfrenta um risco maior de eclâmpsia, endometrite durante o puerpério e de infecção sistêmica, do que aquelas com idade acima de 20 anos. Esse risco maior também impacta nas mortes de adolescentes (OMS, 2018).

A pesquisa de Manzi et al (2018) com alunos selecionados aleatoriamente de duas escolas secundárias para preencher um questionário auto-administrado, encontraram que os fatores subjacentes à alta taxa de gravidez de adolescentes devem-se a falta de cuidado e orientação dos pais (46,7%), falta de autocontrole (36,7%) e falta de educação sexual (13,3%). Aliado a isso, os fatores subjacentes à alta taxa de gravidez entre adolescentes incluem baixo nível socioeconômico, baixo nível de educação, desestruturação familiar e serviços e práticas de saúde sexual precárias.

Vários estudos relacionados aos comportamentos sexuais de adolescentes sugerem que a educação sexual se torna uma alternativa estratégica para reduzir os números que se apresentam. A autoridade legítima para fornecer educação sexual seriam pais e professores. Os pais possuem um poder emocional para estabelecer regras particulares durante o cuidado parental. Portanto, é de sua responsabilidade fornecer educação sexual a seus filhos à medida que crescem. Enquanto isso, um professor é um modelo respeitoso para os adolescentes e, portanto, adequado para

proporcionar educação sexual no ambiente escolar. No entanto, na realidade, muitas escolas ainda não estão preparadas para incluir a educação sexual no currículo escolar. Muitos pais também ainda relutam em dialogar sobre questões relacionadas à educação sexual com seus filhos por serem consideradas um assunto “tabu” no país.

Byers (2003) em sua pesquisa realizada junto a alunos do Ensino Fundamental em Nova Brunswick, Canadá, aponta que 93% dos alunos concordam que a educação sexual deve ser oferecida no currículo escolar e 69% dos quais concordam que tanto a escola quanto os pais são responsáveis por isso. Além disso, eles opinam que a educação sexual deve ser oferecida no ensino médio e precoce. Enquanto isso, de acordo com Jimmy (2013), cerca de 35% dos alunos afirmam que o professor é a fonte de informação mais importante sobre saúde sexual. Isso se deve ao fato de que a maioria deles acredita no que foi ensinado por seus professores em sala de aula. Além de seus pais, os alunos geralmente passam seu tempo consultando informações corretas relacionadas a quaisquer questões de sexualidade e saúde sexual. Ao mesmo tempo, 33% dos alunos acreditam que são os pais que devem assumir a responsabilidade pela educação sexual.

A educação sexual deveria ser implementada nas escolas devido aos seus numerosos benefícios para os adolescentes, o que proporcionaria a eles as informações mais adequadas que os orientassem em suas escolhas. Por outro lado, alguns afirmam que a implementação da educação sexual nas escolas promoveria o risco do sexo e seria ineficaz. No entanto, com base em vários achados de pesquisas, tem-se que a educação sexual seria eficaz pela possibilidade de reduzir a taxa de gravidez na adolescência, fornecimento de informações de qualidade e também diminuiria o número de casos de HIV/AIDS e DSTs entre adolescentes. Assim, a educação sexual incentivaria a sexualidade saudável e auxiliaria na coibição da violência sexual de menores no meio familiar.

Os jovens têm o direito de levar uma vida saudável. Fornecer aos jovens uma educação de saúde sexual honesta e apropriada à idade é parte fundamental para ajudá-los a assumir a responsabilidade pessoal por sua saúde e bem-estar. As crianças e jovens crescem em um mundo em rápida mudança, onde a globalização e os avanços tecnológicos os expõem a uma ampla gama de influências de todo o mundo, sendo necessário que adquiram conhecimentos, habilidades, valores, entre

outros. Enquanto os pais desempenham o papel principal, as escolas têm um papel complementar no fornecimento de educação sexual como parte da educação.

Com conhecimento preciso, atual e adequado à idade, e habilidades sociais e emocionais, nossas crianças e jovens estarão equipados para se proteger de avanços e abusos sexuais e evitar experiências e atividades sexuais que levem a problemas relacionados à gravidez na adolescência e à DST/HIV.

A educação sexual é a instrução de questões relacionadas à sexualidade humana, incluindo relações e responsabilidades emocionais, anatomia sexual humana, atividade sexual, reprodução sexual, idade de consentimento, saúde reprodutiva, direitos reprodutivos, sexo seguro, controle de natalidade e abstinência sexual. A educação sexual que abrange todos esses aspectos é conhecida como educação sexual abrangente. Os caminhos comuns para a educação sexual são os pais ou cuidadores, programas escolares formais e campanhas de saúde pública (RAHMANI et al., 2018).

Tradicionalmente, os adolescentes em muitas culturas não recebiam qualquer informação sobre questões sexuais, sendo a discussão dessas questões considerada um tabu. Tal instrução, como era dada, era tradicionalmente deixada para os pais de uma criança, e muitas vezes isso era adiado até pouco antes do casamento da criança. O movimento educacional progressivo do final do século XIX, no entanto, levou à introdução da “higiene social” nos currículos escolares norte-americanos e ao advento da educação sexual baseada na escola. Apesar das primeiras incursões da educação sexual nas escolas, a maioria das informações sobre questões sexuais em meados do século XX foi obtida informalmente de amigos e da mídia, e muitas dessas informações eram deficientes ou de valor duvidoso, especialmente durante o período após a puberdade, quando a curiosidade sobre assuntos sexuais era mais aguda. Essa deficiência foi agravada pelo aumento da incidência de gravidez na adolescência, particularmente nos países ocidentais após a década de 1960. Como parte dos esforços de cada país para reduzir essas gestações, foram introduzidos programas de educação sexual, enfrentando forte oposição de pais e grupos religiosos (WANG, 2022).

O surto de AIDS deu um novo sentido de urgência à educação sexual. Em muitos países, onde a AIDS está em níveis epidêmicos, a educação sexual é vista pela maioria dos cientistas como uma estratégia vital de saúde pública. Algumas

organizações internacionais, como a *Planned Parenthood*, consideram que programas amplos de educação sexual têm benefícios globais, como o controle do risco de superpopulação e o avanço dos direitos das mulheres. Por outro lado, o uso de campanhas de mídia por vezes vem resultando em altos níveis de “consciência” porém com um conhecimento essencialmente superficial da transmissão do HIV (RAHMANI et al., 2018).

Existem evidências substanciais da eficácia da educação sexual escolar em influenciar positivamente os comportamentos relacionados à prevenção de gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis, incluindo retardar a relação sexual, aumentar a contracepção e o uso de preservativos e reduzir a frequência de sexo e número de parceiros. A evidência científica também fornece ampla garantia de que a educação sexual não tem resultados negativos (DENFORD et al., 2017; LUGO-GIL et al., 2018).

Apesar das comprovações científicas sobre a eficácia da educação sexual, grupos políticos religiosos acenderam as chamas desse debate, insistindo na oposição à educação sexual abrangente. Contrários à essa abordagem, esses grupos desenvolveram uma nova estratégia: desenvolver e comercializar currículos que promovam crenças sectárias, censurem informações sobre contracepção e prevenção de doenças e limitem as opções a uma: abster-se de toda atividade sexual até o casamento. Todavia, tais tentativas de alterar o conteúdo escolar decorrente de crenças religiosas ferem o princípio da laicidade do Estado, previsto na Constituição Federal de 1988.

Apesar de apresentada como uma opção, a educação sexual realizada pelos pais pode não ser uma boa alternativa, visto que as abordagens dos pais à educação sexual variaram de uma maneira tradicional restritiva a abordagens com algum grau de atitudes modernas. Muitos pais estão enfrentando incerteza e confusão em relação à educação sexual. A abstinência é um pressuposto subjacente ao seu estilo de educação sexual. A falta de compreensão da necessidade de educação sexual das crianças em alguns pais pode ameaçar a saúde sexual dos jovens (ROUHPARVAR et al., 2022).

Além disso, em determinadas sociedades com altas taxas de desigualdade social, em que os jovens se encontram expostos à violência no âmbito privado (no

geral praticada por parentes), delegar para as famílias a educação sexual não se revela a alternativa que deva ser priorizada.

5.5 DESIGUALDADE SOCIAL E IMPACTOS NA INCIDÊNCIA DE HIV/AIDS E ACESSO AOS EQUIPAMENTOS DE SAÚDE

O Brasil tem estado na vanguarda do tratamento e prevenção do HIV/AIDS na América Latina. Tornou-se o primeiro país a fornecer terapia antirretroviral gratuita e participou de um estudo que relatou a eficácia da profilaxia pré-exposição (PrEP) para a prevenção do HIV entre homens que fazem sexo com homens (HSH) e mulheres transgênero (MONTEIRO et al., 2019).

Contudo, o cuidado efetivo do adolescente infectado pelo HIV/AIDS requer uma compreensão dos estágios psicossociais e físicos únicos da adolescência. A adolescência pode ser dividida em três estágios de desenvolvimento - intelectual, social e emocional: início, meio e final da adolescência (SALLES et al., 2011).

Parte de um bom e abrangente atendimento ao adolescente para jovens sexualmente ativos e usuários de agulhas deve incluir aconselhamento e teste de HIV. Dados epidemiológicos indicam que apenas uma fração dos jovens infectados pelo HIV/AIDS foi identificada e engajada nos cuidados, em parte devido à falta de aconselhamento e testes (SALLES et al., 2011).

Os profissionais que prestam aconselhamento e testagem de HIV/AIDS devem ter um plano de encaminhamento de tratamento para pacientes que são determinados como infectados pelo HIV/AIDS, além da experiência em cuidar de jovens. Os adolescentes muitas vezes precisam de apoio para vinculá-los aos cuidados e muitas vezes exigem esforços ativos para envolvê-los no momento do aconselhamento pós-teste. Devendo existir programas específicos para adolescentes, com profissionais capacitados em desenvolvimento de adolescentes que possam fornecer o apoio psicossocial necessário (PINTO et al., 2021).

Para os adolescentes já infectados pelo HIV/AIDS, a prevenção é igualmente importante. A infecção por novas cepas de HIV pode levar à progressão acelerada da doença ou maiores problemas de resistência aos medicamentos. A gravidez não

planejada pode ter um impacto potencialmente negativo para a adolescente infectada pelo HIV/AIDS arriscando a infecção do bebê (PINTO et al., 2021).

O fornecimento de aconselhamento de prevenção eficaz para adolescentes infectados pelo HIV pode impedir a propagação da infecção pelo HIV. Os profissionais devem oferecer apoio psicossocial intensivo aos adolescentes infectados pelo HIV para ajudá-los a negociar sexo seguro. O apoio de pares, tanto individualmente quanto em grupos de apoio, pode servir como um veículo importante para fornecer aos adolescentes a capacidade de negociar o uso do preservativo (SANTOS et al., 2021).

O status socioeconômico (SSE) abrange não apenas renda, mas também escolaridade, segurança financeira e percepções subjetivas de status social e classe social. O status socioeconômico pode abranger atributos de qualidade de vida, bem como as oportunidades e privilégios concedidos às pessoas dentro da sociedade. A pobreza, especificamente, não é um fator único, mas é caracterizada por múltiplos estressores físicos e psicossociais. Além disso, o SSE é um preditor consistente e confiável de uma vasta gama de resultados ao longo da vida, incluindo saúde física e psicológica. Assim, SSE é relevante para todos os domínios da ciência comportamental e social, incluindo pesquisa, prática, educação e advocacia.

A falta de recursos socioeconômicos está ligada à prática de comportamentos de saúde mais arriscados, que podem levar à contração do HIV. Esses comportamentos incluem o uso de substâncias, o que reduz a probabilidade de uso de preservativos (PELLOWSKI et al., 2013).

Oportunidades econômicas limitadas e períodos de falta de moradia têm sido associados a práticas sexuais de risco, como troca de sexo por dinheiro, drogas, moradia, alimentação e segurança. Em última análise, essas práticas podem colocar os indivíduos em risco de HIV (RILEY et al., 2007).

Viver na pobreza também pode resultar em insuficiência alimentar, o que pode contribuir para a infecção pelo HIV/AIDS. A falta de comida pode resultar em sexo transacional e diferenças de poder nas relações sexuais, o que pode colocar um indivíduo em risco de infecção. Além disso, os indivíduos podem continuar a enfrentar a fome depois de contrair o HIV (KALICHMAN et al., 2011).

Descobriu-se que áreas urbanas empobrecidas têm taxas de prevalência de HIV equivalentes a muitos países de baixa renda com epidemias generalizadas (BUOT et al., 2014). Estudos de saúde urbana descobriram que fatores como nível de pobreza e desemprego, prédios vazios e altas taxas de criminalidade estão associados ao aumento do risco de infecção pelo HIV. Esses fatores estão todos altamente correlacionados, no entanto, tornando difícil isolar os mecanismos que promovem a infecção pelo HIV (L ATKIN et al., 2013).

Os indicadores de SSE podem afetar diferencialmente o risco de HIV para homens e mulheres. Descobriu-se que a desigualdade de renda está relacionada ao aumento do risco de HIV para os homens, enquanto a pobreza, as condições de saúde e de moradia aumentam o risco para as mulheres (BUOT et al., 2014). No entanto, tanto para homens quanto para mulheres, o aumento dos níveis de pobreza e desemprego e a diminuição da renda familiar média estão relacionados a uma menor probabilidade de sobrevivência após um diagnóstico de HIV (HARRISON et al., 2008).

CONCLUSÕES

Quarenta anos desde que os primeiros casos de AIDS foram diagnosticados, a luta contra o HIV continua. Embora o mundo tenha desenvolvido o conhecimento científico e a experiência médica para manter as pessoas vivendo com HIV vivas e saudáveis e prevenir novas infecções por HIV, não estamos no caminho certo para acabar com a epidemia de AIDS como uma ameaça à saúde pública até 2030 (UNAIDS, 2021).

Em 2019, quase 700.000 pessoas morreram de doenças relacionadas à AIDS. Um assombroso 1,7 milhão de pessoas foram infectadas pelo HIV - mais de três vezes a meta estabelecida em 2016, o que nos colocaria no caminho certo para acabar com a epidemia de AIDS (UNAIDS, 2021).

Os medicamentos, informações e ferramentas de prevenção simplesmente não estão chegando às pessoas que mais precisam. Precisamos de uma nova abordagem que reduza as desigualdades que impulsionam a epidemia de AIDS e coloque as pessoas no centro, priorizando os direitos humanos, o respeito e a dignidade.

Injustiças e desigualdades sociais alimentam epidemias. Por exemplo, a epidemia de AIDS está tendo um impacto devastador em toda uma geração de mulheres e meninas na África Subsaariana. Cerca de 4.500 meninas adolescentes e mulheres jovens de 15 a 24 anos contraem o HIV todas as semanas nesta região e têm duas vezes mais probabilidade de viver com HIV do que seus pares do sexo masculino (UNAIDS, 2021).

Também é profundamente preocupante que mais de 60% das novas infecções por HIV ocorram globalmente entre populações-chave (homens gays e outros homens que fazem sexo com homens, pessoas que usam drogas, profissionais do sexo, pessoas trans, prisioneiros e migrantes) (VILLELA & BARBOSA, 2017). Comunidades inteiras e grupos de pessoas estão sendo excluídos do direito à saúde, ao bem-estar e à dignidade porque são marginalizados e criminalizados.

A violência contra as mulheres e o HIV são problemas persistentes de saúde pública que se cruzam criticamente para afetar negativamente a saúde das

mulheres. A violência tem sido documentada como causa e consequência do HIV. Mulheres em relacionamentos violentos têm quatro vezes o risco de testar positivo para infecções sexualmente transmissíveis (IST), incluindo HIV, e são mais propensas a se envolver em comportamentos conhecidos por aumentar o risco de infecção por HIV (ou seja, uso de drogas e sexo sem preservativo) (CAMPBELL et al., 2008).

O acesso à saúde, ao pré-natal e aos testes para diagnóstico de HIV são influenciados por fatores socioeconômicos e estão distribuídos de forma desigual nas populações. No Brasil, estudos mostram problemas na realização de ações simples de prevenção da transmissão vertical da AIDS, mesmo em mulheres que realizam as consultas de pré-natal (MACEDO et al., 2009). Além disso, a necessidade de incluir a prevenção da transmissão vertical de HIV e o tratamento nos serviços de pré-natal foi sugerido (BALIRA et al., 2015).

Há ainda de se reforçar a importância da educação sexual nas escolas, cuja eficácia foi cientificamente comprovada. Além de conscientizar sobre problemas como ISTs/HIV e gravidez precoce, destina-se a equipar crianças e jovens com conhecimentos, habilidades, atitudes e valores que os capacitarão a realizar sua saúde, bem-estar e dignidade; desenvolver relações sociais e sexuais respeitadas; considerar como suas escolhas afetam seu próprio bem-estar e o dos outros; e compreender e garantir a proteção de seus direitos ao longo de suas vidas.

As intervenções judiciais ou políticas impulsionadas pela ação de ONGs, da rede de pessoas vivendo com AIDS e dos grupos organizados mais vulneráveis à infecção pelo HIV/AIDS no Brasil têm demonstrado significativa capacidade de minimizar o impacto negativo do estigma e da discriminação associados ao HIV/AIDS.

Os adolescentes são desproporcionalmente afetados pelo HIV em todo o mundo e, no entanto, raramente são priorizados especificamente nos planos nacionais de HIV e nos esforços de programas de governo. No Brasil, o HIV tem demonstrado uma crescente incidência na faixa etária de 15 a 19 anos, e este fato tem várias implicações, alcançando não apenas o indivíduo isoladamente, mas a sociedade em geral.

A adolescência é um período crítico de transição para esses jovens, bem como um período crítico para que se invista neles, pois as recompensas dos esforços de prevenção podem ser multiplicadas significativamente nos domínios da saúde e socio estruturais.

O HIV coloca a saúde do adolescente em foco globalmente e oferece uma oportunidade de abordar a saúde e o bem-estar dessa população importante e crescente. A prevenção do HIV deve ser priorizada em populações jovens com alta incidência e especificamente em populações-chave jovens que são particularmente vulneráveis em todo o mundo. Combinações significativas de intervenções de prevenção serão mais eficazes quando forem adaptadas de acordo com as necessidades geográficas e da população adolescente. A implementação precisa ser efetivamente monitorada e o impacto cuidadosamente medido.

Conclui-se que é necessária uma aliança entre diversos profissionais, de educadores à prestadores de saúde, em promover a saúde de forma integral e tangente as diferenças, contextos e de percursos de vida, condições objetivas e subjetividades dos adolescentes, abordá-los individualmente e como sujeito social, aproximá-los do sistema de saúde e conquistar a confiança deles, com objetivo de cuidar de sua saúde em geral e a saúde sexual, levando em conta o atual cenário epidemiológico, para reduzir as vulnerabilidades nas relações sexuais e em face do risco de infecção pelo HIV e outras IST.

Com relação aos princípios éticos e políticos fundamentais que moldariam a resposta brasileira ao HIV/AIDS ao longo de várias décadas, podemos citar a solidariedade; a articulação do respeito à diversidade; a necessidade de defesa dos direitos básicos de cidadania daqueles que vivem com HIV; e o direito fundamental à saúde de todos os brasileiros. Em conjuntos, esses princípios ético-políticos fundamentais presentes na Constituição Federal de 1988 constituíram uma espécie de arquitetura moral de como a sociedade brasileira responderia à crise da AIDS. O enfrentamento da HIV/AIDS é associado com os direitos humanos. O processo de reconhecimento do direito ao acesso universal à prevenção, diagnóstico e tratamento tem sido uma importante bandeira dos direitos humanos desde o início da epidemia.

Garantir a dignidade do ser humano assegura, por exemplo, a discussão sobre a função social da propriedade intelectual e sua relação com o direito à saúde.

Além de permitir a disponibilização de preservativos e medicamentos anti-retrovirais. Pode-se entender tais princípios também como uma luta constante contra as desigualdades sociais.

REFERÊNCIAS

ACHEMA, G.; EMMANUEL, A.; MOSES, A. O. Factors responsible for teenage pregnancy and its implication on adolescent health and education: Perception of secondary school students in Nigeria. **International Journal of Medical and Health Research**. 2015.

AGOSTINI, Rafael et al. A resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS em tempos de crise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 4599-4604, 2019.

ARAIN, Mariam et al. Maturation of the adolescent brain. **Neuropsychiatric disease and treatment**, v. 9, p. 449, 2013.

AROUCA, Sergio. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. Unesp, 2003.

BALIRA, Rebecca et al. The need for further integration of services to prevent mother-to-child transmission of HIV and syphilis in Mwanza City, Tanzania. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 130, p. S51-S57, 2015.

BARRETO, Vanessa Pinheiro et al. Estratégia de educação por pares na prevenção de hiv/aids entre adolescentes. **Saúde e Pesquisa**, v. 13, n. 2, 2020.

BASTOS, Gustavo Grandini. Os sujeitos-gays e os aplicativos de relacionamento: sentidos sobre as doenças sexualmente transmissíveis no jornalismo brasileiro. **Revista Linguagem**, v. 37, n. 1, p. 36-51, 2021.

BASTOS, Francisco Inácio; BARCELLOS, Christovam. Geografia social da AIDS no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 29, p. 52-62, 1995.

BIEHL, João Guilherme. The activist state: Global pharmaceuticals, AIDS, and citizenship in Brazil. **Social Text**, v. 22, n. 3, p. 105-132, 2004.

BONI, Raquel Brandini et al. An internet-based HIV self-testing program to increase HIV testing uptake among men who have sex with men in Brazil: Descriptive cross-sectional analysis. **Journal of medical Internet research**, v. 21, n. 8, p. e14145, 2019.

HARRISON, Kathleen McDavid et al. County-level socioeconomic status and survival after HIV diagnosis, United States. **Annals of epidemiology**, v. 18, n. 12, p. 919-927, 2008.

BRASIL. **Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990 (1990)**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 15 de Setembro de 2021.

BYERS, E. Sandra et al. An adolescent perspective on sexual health education at school and at home: I. High school students. **Canadian Journal of Human Sexuality**, v. 12, n. 1, 2003.

CAMPOS, Florianita Coelho Braga; HENRIQUES, Cláudio Maierovitch Pessanha. **Contra a maré à beira-mar: a experiência do SUS em Santos**. 2ª edição. HUCITEC, 1997.

CAMPOS, Jefferson Rummenigge Nascimento et al. Políticas públicas para o enfrentamento do HIV/AIDS em países com sistema universal e gratuito de saúde: uma análise segundo a UNAIDS. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 2, p. e37310212574-e37310212574, 2021.

CARRANO, Paulo. **Juventude e participação no Brasil: interdições e possibilidades**. Democracia Viva, n. 30, Jan./Mar. 2006, p. 2-5.

COHN, Amélia. O modelo de proteção social no Brasil: qual o espaço da juventude? In: NOVAES, Regina; VANNUCHI, Paulo. (Orgs.). **Juventude e sociedade: trabalho, educação, cultura e participação**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004. p. 160-179.

CONNELL, Raewyn. Gender, health and theory: conceptualizing the issue, in local and world perspective. **Social science & medicine**, v. 74, n. 11, p. 1675-1683, 2012.

CONNELL, Raewyn. The study of masculinities. **Qualitative Research Journal**, 2014.

COSTA, Maria Isabelly Fernandes da et al. Adolescentes em situação de pobreza: resiliência e vulnerabilidades às infecções sexualmente transmissíveis. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.

COSTA, Mércia Cristine Magalhães Pinheiro. **Educação entre pares na orientação sexual de adolescentes e jovens: possibilidades e limitações**. 2017. Tese de Doutorado. Instituto Politecnico de Santarem (Portugal).

COSTA, C. Como homens gays voltaram a ser os mais vulneráveis ao HIV no Brasil, contrariando tendência mundial. **BBC Brasil**, v. 1, 2016.

CROMLEY, Ellen K.; MCLAFFERTY, Sara L. **GIS and public health**. Guilford Press, 2011.

DANIEL, Herbert; PARKER, Richard Guy. **Sexuality, politics, and AIDS in Brazil: In another world?**. Psychology Press, 1993.

DEHESA, Rafael. NGOs, Governmentality, and the Brazilian Response to AIDS: A Multistranded Genealogy of the Current Crisis. **Feminist Studies**, v. 43, n. 2, p. 262-290, 2017.

DENFORD, Sarah et al. A comprehensive review of reviews of school-based interventions to improve sexual-health. **Health psychology review**, v. 11, n. 1, p. 33-52, 2017.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Prenatal testing and prevalence of HIV infection during pregnancy: data from the “Birth in Brazil” study, a national hospital-based study. **BMC infectious diseases**, v. 15, n. 1, p. 1-11, 2015.

FERREIRA, Renato Gonçalves. Pôde-se cantar o hiv/aids? A trajetória do vírus e da síndrome no pop rock brasileiro nas décadas de 1980 e 1990. **Artcultura: Revista de História, Cultura e Arte**, v. 23, n. 43, p. 124-142, 2021.

FERREIRA, Vitor Sérgio. Um olhar sobre os jovens como sujeitos de políticas e sociologias públicas. In: LARANJEIRA, Denise Helena P.; BARONE, Rosa Elisa M. (Eds.). **Juventude e trabalho: desafios no Mundo Contemporâneo**, Salvador: Edufba, p. 385-388, 2017.

FLEMING, Paul J.; DICLEMENTE, Ralph J.; BARRINGTON, Clare. Masculinity and HIV: Dimensions of masculine norms that contribute to men’s HIV-related sexual behaviors. **AIDS and Behavior**, v. 20, n. 4, p. 788-798, 2016.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. São Paulo: Paz e Terra, 1974.

GALVÃO, Jane et al. As respostas religiosas frente à epidemia de HIV/aids no Brasil. In: **Políticas, instituições e aids: enfrentando a epidemia no Brasil**. 1997. p. 109-134.

GARCIA-SUBIRATS, Irene et al. Inequities in access to health care in different health systems: a study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. **International journal for equity in health**, v. 13, n. 1, p. 1-15, 2014.

GOHN, Maria da G. **Teoria dos movimentos sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos**. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

GOHN, Maria da G. **O protagonismo da sociedade civil: movimentos sociais, ONGs e redes solidárias**. São Paulo: Cortez, 2005

GÓIS, João Bôsko Hora. A mudança no discurso educacional das ongs/aids no Brasil: concepções e desdobramentos práticos (1985-1998). **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 7, p. 27-44, 2003.

GRANGEIRO, Alexandre et al. UNGASS-HIV/AIDS: a review of the Brazilian response, 2001-2005. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, p. 5-8, 2006.

GUERRIERO, Iara; AYRES, José Ricardo; HEARST, Norman. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo, SP. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, p. 50-60, 2002.

GUILERA, Georgina et al. Assessing resilience in adolescence: The Spanish adaptation of the Adolescent Resilience Questionnaire. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 13, n. 1, p. 1-9, 2015.

GUPTA, Geeta Rao. Gender, sexuality, and HIV/AIDS: The what, the why, and the how. **Can HIV AIDS Policy Law Rev**, v. 5, n. 4, p. 86-93, 2000.

HARRISON, Kathleen McDavid et al. County-level socioeconomic status and survival after HIV diagnosis, United States. **Annals of epidemiology**, v. 18, n. 12, p. 919-927, 2008.

IBGE. **Censo 2010: resultados**. Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados_do_censo2010.php. Acesso em: 10 de Fevereiro de 2022.

IDELE, Priscilla et al. Epidemiology of HIV and AIDS among adolescents: current status, inequities, and data gaps. **JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 66, p. S144-S153, 2014.

JESUS, Adria Valesca Paiva dos Santos et al. Direito à saúde e aos medicamentos de alto custo: análise da licença compulsória" quebra de patente". **Direito-Tubarão**, 2019.

JESUS, Giselle Juliana de et al. Dificuldades do viver com HIV/Aids: Entraves na qualidade de vida. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 3, p. 301-307, 2017.

JIMMY, E. et al. Perception of Students' Teachers' and Parents' towards Sexuality Education in Calabar South Local Government Area of Cross River State, Nigeria. **Perception**, v. 4, n. 2, 2013.

JODELET, Denise. Representações do contágio e a Aids. Jodelet D, Madeira M.(organizadoras). **Aids e representações sociais: a busca de sentidos**. Natal (RN): EDUFRN, p. 17-45, 1998.

JORGE, Kelly Oliva et al. Influência do grupo de pares e uso de drogas ilícitas entre adolescentes brasileiros: um estudo transversal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, 2018.

JUCÁ, Vlândia dos Santos; VORCARO, Angela Maria Resende. Adolescence and adolescents in acts in the psychoanalytic clinic. **Psicologia USP**, v. 29, p. 246-252, 2018.

JUNIOR, Atilio Buturi. A soropositividade e o perigo homossexual: a economia biopolítica do discurso de jair bolsonaro. **Caderno de Letras**, n. 41, p. 51-67, 2021.

JUNIOR, Ademar Pozzatti; TRINDADE, Igor Pascual. O Direito Internacional entre a saúde e o comércio: estudo de caso do acesso ao medicamento Truvada como profilaxia anti-HIV/AIDS no Brasil. **Revista InterAção**, v. 10, n. 1, p. 26-50, 2019.

KALICHMAN, Seth C. et al. Food insufficiency and medication adherence among people living with HIV/AIDS in urban and peri-urban settings. **Prevention Science**, v. 12, n. 3, p. 324-332, 2011.

KRUGER, Tânia Regina; STUCKLER D, Basu S. A economia desumana: porque mata a austeridade. Lisboa: Bizâncio; 2014. 2019.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia do trabalho científico**. Ed. 07, São Paulo, Atlas, 2009.

LATKIN, Carl A. et al. Neighborhoods and HIV: a social ecological approach to prevention and care. **American Psychologist**, v. 68, n. 4, p. 210, 2013.

LAVALLE, Adrian Gurza et al. **Movimentos sociais e institucionalização: políticas sociais, raça e gênero no Brasil pós-transição**. EdUERJ, 2018.

LEITE, Vanessa. “Em defesa das crianças e da família”: Refletindo sobre discursos acionados por atores religiosos “conservadores” em controvérsias públicas envolvendo gênero e sexualidade. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, p. 119-142, 2019.

LIMA, Nísia Trindade et al. **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2005.

LOPES, Jacqueline Paulino; FERREIRA, Larissa Monforte. Breve histórico dos direitos das crianças e dos adolescentes e as inovações do Estatuto da Criança e do Adolescente—lei 12.010/09. **Revista do Curso de Direito**, v. 7, n. 7, p. 70-86, 2019.

LUGO-GIL, Julieta et al. Updated findings from the HHS teen pregnancy prevention evidence review: August 2015 through October 2016. **US Department of Health and Human Services**, 2018.

MACEDO, Vilma Costa de et al. Evaluation of measures to prevent vertical transmission of HIV and syphilis in public maternity hospitals in four municipalities in Northeast Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 1679-1692, 2009.

MANE, Purnima; AGGLETON, Peter. Gender and HIV/AIDS: What Do Men have to Do with it?. **Current Sociology**, v. 49, n. 6, p. 23-37, 2001.

MANSANI, Fabiana Postiglione; NETTO, Felício. Avaliação do conhecimento acerca de hiv/aids em jovens de duas escolas do ensino médio em uma cidade do sul do Brasil/Evaluation of knowledge about hiv/aids in young people from two high schools in a southern city of Brazil. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 2, p. 1806-1817, 2020.

MANZI, Fred et al. Factors associated with teenage pregnancy and its effects in Kibuku Town Council, Kibuku District, Eastern Uganda: A cross sectional study. **Primary Health Care: Open Access**, v. 8, n. 2, p. 1-6, 2018.

MATOS, Maurílio Castro. O neofascismo da política de saúde de Bolsonaro em tempos perigosos da pandemia da COVID-19. **Humanidades & Inovação**, v. 8, n. 35, p. 25-35, 2021.

MATOS, Larissa Araújo et al. Resiliência Familiar: o olhar de professores sobre famílias pobres. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 22, p. 493-501, 2018.

MATTOS, Ruben Araújo. As estratégias do Banco Mundial e a resposta à AIDS no Brasil. In: **As estratégias do Banco Mundial e a resposta à AIDS no Brasil**. 2001. p. 32-32.

MEDEIROS, Rafaela Catherine da Silva Cunha de et al. Qualidade de vida, fatores socioeconômicos e clínicos e prática de exercício físico em pessoas vivendo com HIV/aids. **Revista de saúde pública**, v. 51, 2017.

MELO, Eduardo Alves; MAKSDUD, Ivia; AGOSTINI, Rafael. Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde?. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. e151, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2021**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-epidemiologico-hivaids-2021>. Acesso em: 11 de Fevereiro de 2022.

MISKOLCI, Richard; PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. Educação e Saúde em disputa: movimentos anti-igualitários e políticas públicas. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e180353, 2019.

MOMENYAN, Somayeh et al. Spatial inequalities and predictors of HIV/AIDS mortality risk in Hamadan, Iran: a retrospective cohort study. **Epidemiology and health**, v. 40, 2018.

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

MORAES, Carlos Antonio; SANTOS, Cristiane Medeiros; BOTELHO, Thaynara Moreira. Elementos para análise do d esfinanciamento do SUS em Temer e Bolsonaro. **Anais do Encontro Internacional e Nacional de Política Social**, v. 1, n. 1, 2020.

MORIN, Edgar. **A via para o futuro da humanidade**. Tradução de Edgard de Assis Carvalho e Mariza Perassi Bosco. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 2013.

MUSSKOPF, André Sidnei. À meia luz: a emergência de uma teologia gay. **Seus dilemas e possibilidades. Cadernos IHU em formação. Ano**, v. 2. 2005.

NASCIMENTO, Marcia da Silva do; LIPPI, Umberto Gazi; SANTOS, Alvaro da Silva. Vulnerabilidade social e individual e a gravidez na adolescência. **Rev. enferm. atenção saúde**, p. 15-29, 2018.

NERY, Inez Sampaio et al. Abordagem da sexualidade no diálogo entre pais e adolescentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, p. 287-292, 2015.

OLIVEIRA, Marcelo Fernandes de. Alianças e coalizões internacionais do governo Lula: o Ibas e o G-20. **Revista brasileira de política internacional**, v. 48, p. 55-69, 2005.

OMS. **Adolescent and young adult health**. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>. Acesso em: 05 de Maio de 2022.

OSIS, Maria José Martins Duarte. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, p. S25-S32, 1998.

PARKER, Richard. Brazil and the AIDS crisis. In: **Oxford Research Encyclopedia of Latin American History**. 2020.

PAIVA, Vera Silvia Facciolla et al. Religious Coping and Politics: Lessons from the Response to AIDS. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 3, p. 883-902, 2013.

PAIS, José Machado. **A construção sociológica da juventude: alguns contributos**. *Análise Social*, v. XXV (105-106), p.139-165, 1990.

PAPRI, Fahmida Shirin et al. Adolescent pregnancy: risk factors, outcome and prevention. **Chattagram Maa-O-Shishu Hospital Medical College Journal**, v. 15, n. 1, p. 53-56, 2016.

PARKER, Richard G. A construção da solidariedade: AIDS, sexualidade e política no Brasil. In: **A construção da solidariedade: AIDS, sexualidade e política no Brasil**. 1994. p. 141-141.

PELLOWSKI, J. A. et al. HIV/AIDS: social determinants and health disparities. **Am Psychol**, v. 68, n. 4, p. 197-209, 2013.

PINTO, Lauro Ferreira da Silva et al. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecção pelo HIV em adolescentes e adultos. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, 2021.

PLUTARCO, Lia Wagner et al. A influência da confiança no parceiro na decisão do uso da camisinha. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 20, n. 1, p. 220-233, 2019.

PORTELA, Gustavo Zoio. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis: Revista de saúde coletiva**, v. 27, p. 255-276, 2017.

RAHMANI, Azam; MERGHATI-KHOEI, Effat; FALLAHI, Arezoo. Perceived advantages and disadvantages of sex education in young women: a qualitative study. **Int J High Risk Behav Addict**, v. 7, n. 2, p. 57-61, 2018.

RASELLA, Davide et al. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide microsimulation study. **PLoS medicine**, v. 15, n. 5, p. e1002570, 2018.

RICH, Jessica AJ. **Ativismo patrocinado pelo Estado: burocratas e movimentos sociais no Brasil democrático**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2021.

RILEY, Elise D. et al. Poverty, unstable housing, and HIV infection among women living in the United States. **Current HIV/AIDS Reports**, v. 4, n. 4, p. 181-186, 2007.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. **Saúde e Sociedade**, v. 25, p. 263-276, 2016.

ROBINE, Amélie. 5. Technology transfer agreements and access to HIV/AIDS drugs: the Brazilian case. **The Political Economy of HIV/AIDS in Developing Countries: TRIPS, Public Health Systems and Free Access**, p. 120, 2008.

RODGER, Alison J. et al. Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. **The Lancet**, v. 393, n. 10189, p. 2428-2438, 2019.

RODRIGUES, Paulo Henrique; SANTOS, Isabela Soares. Saúde e cidadania: uma visão história e comparada do SUS. In: **Saúde e cidadania: uma visão história e comparada do SUS**. 2011. p. 210-210.

ROSENBERG, Tina. **Look at Brazil**, New York Times, 2001, Section 6, p. 26. Disponível em: <https://www.nytimes.com/2001/01/28/magazine/look-at-brazil.html>. Acesso em: 05 de Março de 2022.

ROUHPARVAR, Zahra; JAVADNOORI, Mojgan; SHAHALI, Shadab. Parents' approaches to sexuality education of their adolescent boys: a qualitative study in Ahvaz, Iran. **Reproductive Health**, v. 19, n. 1, p. 1-10, 2022.

RUIZ, I. Perez et al. Health-related quality of life of patients with HIV: impact of sociodemographic, clinical and psychosocial factors. **Quality of Life Research**, v. 14, n. 5, p. 1301-1310, 2005.

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

SANTOS, Naila Janilde Seabra et al. A aids no Estado de São Paulo: as mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 5, p. 286-310, 2002.

SALLES, Caroline Mota Branco; FERREIRA, Eleonora Arnaud Pereira; SEIDL, Eliane Maria Fleury. Adesão ao tratamento por cuidadores de crianças e adolescentes soropositivos para o HIV. **Psicologia: teoria e Pesquisa**, v. 27, n. 4, p. 499-506, 2011.

SANTOS, Fernanda Nahara Carvalho et al. Educação por pares para prevenção de HIV/aids entre adolescentes. **HU Revista**, v. 47, p. 1-7, 2021.

SARAH, M.; WOOD, M. D. Time to Improve the Global Human Immunodeficiency Virus/AIDS Care Continuum for Adolescents A Generation at Stake. **Morb Mortal Wkly Rep**, v. 61, n. 47, p. 971-976, 2012.

SATTERWHITE, Catherine Lindsey et al. Sexually transmitted infections among US women and men. **Sexually transmitted diseases**, v. 40, n. 3, p. 187-193, 2013.

SEFFNER, F.; PARKER, R. The neoliberalization of HIV prevention in Brazil. **Myth vs. reality: Evaluating the Brazilian response to HIV in**, p. 22-30, 2016.

SES-SP – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids. Programa Estadual de IST/Aids de São Paulo. **Boletim Epidemiológico de HIV-AIDS-IST**. 2020;36(1):1-291.

SILVA, Adna Thaysa Marcial et al. Vulnerability in adolescence: a case report of attempted abortion and sexual violence. **Journal of Human Growth and Development**, v. 27, n. 1, p. 117-123, 2017.

SILVA, E. L., MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

SPOSITO, Marília. (Coord.). **Espaços públicos e tempos juvenis: um estudo de ações do poder público em cidades de regiões metropolitanas brasileiras**. São Paulo: Global, 2007.

TAQUETTE, Stella Regina; RODRIGUES, Adriana de Oliveira; BORTOLOTTI, Livia Rocha. Infecção pelo HIV em adolescentes do sexo feminino: um estudo qualitativo. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 37, p. 324-329, 2015.

TEIXEIRA, Paulo Roberto. Políticas públicas em AIDS. In: **Políticas, Instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil**. 1997. p. 43-68.

TOLEDO, Melina Mafrá et al. Elementos de vulnerabilidade individual de adolescentes ao HIV/AIDS. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 64, n. 2, p. 370-375, 2011.

UNAIDS. **Global AIDS Update 2021**. Disponível em: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021-global-aids-update_en.pdf. Acesso em: 28 de Janeiro de 2022.

UNAIDS. **Young people and HIV**. Disponível em: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/young-people-and-hiv_en.pdf. Acesso em: 12 de Agosto de 2022.

UNFPA. **Fundo de População da ONU assina termo de cooperação com Subcomitês e Coordenação Operacional da Operação Acolhida**. Disponível em:

<https://brazil.unfpa.org/pt-br/news/fundo-de-populacao-da-onu-assina-termo-de-cooperacao-com-subcomites-e-coordenacao-operacional>. Acesso em: 16 de Maio de 2022.

UNICEF. **Pobreza na infância e na adolescência**. Brasília: Fundo das Nações Unidas para a Infância; 2017.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2004.

VILLELA, Wilza Vieira; BARBOSA, Regina Maria. Trajetórias de mulheres vivendo com HIV/aids no Brasil. Avanços e permanências da resposta à epidemia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 87-96, 2017.

WANG, Chenlinyang. Analysis of How Sex Education in Asia is Expressed in the Media. In: **2021 International Conference on Public Art and Human Development (ICPAHD 2021)**. Atlantis Press, 2022. p. 951-954.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2015: Homicídios de Mulheres no Brasil**. Brasília: Flacso. Disponível em: http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf. Acesso em: 13 de Agosto de 2022.

WHO. World Health Organization. **Adolescent health**. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1. Acesso em: 15 de Maio de 2022.

WHO. World Health Organization. **Making health services adolescent friendly: developing national quality standards for adolescent friendly health services**. Geneva: WHO; 2012.

WIGHT, Daniel; PLUMMER, Mary; ROSS, David. The need to promote behaviour change at the cultural level: one factor explaining the limited impact of the MEMA kwa Vijana adolescent sexual health intervention in rural Tanzania. A process evaluation. **BMC Public Health**, v. 12, n. 1, p. 1-12, 2012.