



Universidade Estadual da Paraíba - UEPB
Centro de Ciências Sociais Aplicadas - CCSA
Departamento de Serviço Social

Jeane Moura Silva

O Atual Perfil do HIV/AIDS e a Questão da Juvenilização da Doença: Um Estudo Junto aos Usuários do Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS e Hepatites Virais (SAE) do Município de Campina Grande-PB

Campina Grande - PB

2016

Jeane Moura Silva

O Atual Perfil do HIV/AIDS e a Questão da Juvenilização da Doença: Um Estudo Junto aos Usuários do Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS e Hepatites Virais (SAE) do Município de Campina Grande-PB

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) em cumprimento às exigências para obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

Área de concentração: Ciências Sociais Aplicadas

Orientadora: Prof^a. Ma. Maria do Socorro Pontes de Souza

Campina Grande - PB

2016

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

S586a Silva, Jeane Moura
O atual perfil do HIV/AIDS e a questão da juvenlização da doença [manuscrito] : um estudo junto aos usuários do Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS e hepatites virais (SAE) do município de Campina Grande-PB / Jeane Moura Silva. - 2016.
105 p. : il. color.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2016.
"Orientação: Profa. Ma. Maria do Socorro Pontes de Souza, Departamento de Serviço Social".

1. AIDS. 2. Perfil. 3. Vulnerabilidade. 4. Saúde pública. I.
Título.

21. ed. CDD 614

Jeane Moura Silva

O Atual Perfil do HIV/AIDS e a Questão da Juvenilização da Doença: Um Estudo Junto aos Usuários do Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS e Hepatites Virais (SAE) do Município de Campina Grande-PB

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) em cumprimento às exigências para obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

Área de concentração: Ciências Sociais Aplicadas

Aprovada em 26/07/2016

Banca Examinadora:

Maria do Socorro Pontes de Souza

Profª. Ma. Maria do Socorro Pontes de Souza
Departamento de Serviço Social / UEPB
(Orientadora)

Thereza Karla de S. Melo

Profª. Ma. Thereza Karla de Souza Melo
Departamento de Serviço Social / UEPB
(Examinadora)

Patrícia Crispim Moreira

Profª. Ma. Patrícia Crispim Moreira
Departamento de Serviço Social / UEPB
(Examinadora)

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, **Vicente F. da silva (falecido)** e **Letícia Maria de M. Silva**, em especial, a minha amada e inestimável mãe, que, com muito esforço, me educou e me criou em um lar cheio de amor e união, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

O caminho para chegar até aqui não foi fácil, passei por muitas provações. Situações que, confesso, pensei em desistir. Pois após um dia exaustivo de trabalho, universidade, cinco ônibus pegos diariamente para chegar a meus destinos, ao voltar para casa à noite, “supercansada”, sem forças nem para jantar, exaurida das minhas forças físicas e mentais, pensei sim em “jogar tudo para o alto!” Mas havia um “**SER**” que por muitas vezes senti-o segurar em minha mão e levantar-me, sussurrando baixinho em meus ouvidos, dizia-me; “filha, não desista, não tenha medo, tenha **FÉ!** Eu estarei contigo todo o tempo”. Não desisti, e hoje colho os frutos da minha persistência amparada pelo meu Deus. Por Isso, eu agradeço primeiramente a **DEUS**, que nunca me deixou sozinha nessa longa e árdua caminhada, que restaurou as minhas energias sempre que precisei. Nada que eu faça será o suficiente para agradecer-te, meu Senhor!

Em segundo lugar, sou e serei eternamente grata ao Senhor pela **minha Família**. Minha mãe **Letícia**, que é o meu AMOR MAIOR, a minha força motriz, razão das minhas lutas, às minhas irmãs **Janeide**, **Janete**, **Fabrcia** e **Fernanda** que por tantas vezes brincavam comigo dizendo que eu iria enlouquecer de tanto estudar...rsrs – não enlouqueci ainda, eu acho?! – aos meus irmãos **Jaílton** e **Fábio Junior** que sempre estiveram prontos para me auxiliar em qualquer necessidade. Agradeço também a minha companheira, **Samara Araújo**, que por tantas noites teve que tentar dormir com as luzes do nosso quarto acesas, para que eu pudesse estudar, que esteve ao meu lado nos momentos das minhas tormentas pessoais, me dando forças e “segurando a barra”. Obrigada, meu amor!

A todos os meus familiares que sempre que os visitava me incentivavam a nunca desistir dos meus objetivos, e tinham sempre uma palavra de carinho para me ofertar. Entre esses tenho especial agradecimento à minha tia **Salomé**, mulher digna, guerreira, extremamente humana e divinamente humilde. Te amo, tia.

Tenho também tamanho agradecimento aos meus amig@s que sempre acreditaram que eu conseguiria concluir com êxito essa jornada. Em especial, as minhas CURICAS; **Valdênia Nogueira**, **Maria José Couto**, **Priscila Lima** e, minha

grande inspiração, **Sueli Dias**. Saibam que vocês foram os meus bálsamos nos momentos difíceis ao longo desse curso de Serviço Social, e que não me imagino sem vocês.

A minha orientadora e amiga, **Maria do Socorro Pontes de Souza**, que com muita paciência e extrema boa vontade me forneceu todo o suporte que precisei para a efetivação dessa produção acadêmica. Mas, agradeço-lhe em especial por honrar-me com valiosos momentos de troca de experiências pessoais em uma conversação agradabilíssima, que levarei para a minha vida. Tenho imensa admiração e respeito por ti, minha guerreira!

A **Maria do Socorro Farias**, uma pessoa incrível, honrada, que exala no brilho do seu olhar o amor pelo que faz, o respeito pelo próximo. Que sempre me recebeu em campo de estágio com um lindo sorriso acompanhado por um caloroso abraço e um sonoro “bom diaaaa, minha linda!”. Saiba que sem você eu não teria a mesma motivação neste trabalho.

Agradeço a tod@s da **banca examinadora**, por doarem-me um pouco do que há de mais precioso nesta vida, o seu tempo. Honrando-me com as suas ilustríssimas presenças. Que Deus os abençoe!

A **tod@s professoras/es** do curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, meus mestres e doutores, que galgaram com muitos esforços seus títulos, e que muito contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional. Muitos de vocês tornaram-se exemplos de perseverança para mim, e referências que levarei em minha jornada.

Sou muito grata a toda a **Equipe do Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS e Hepatites Virais (SAE)** de Campina Grande, em especial aos usuários que dedicaram um tempinho de suas vidas, tão corridas, para conversar comigo durante a coleta de dados, muito obrigada! Sem as suas contribuições esse trabalho não teria a mesma relevância.

A **tod@s amig@s da turma 2011.1**, da qual fiz parte e tive a alegria de compartilhar momentos inesquecíveis. Levarei com muito carinho a lembrança de tod@s vocês, guerreir@s.

Meus mais sinceros agradecimentos!

Jeane Moura Silva.

RESUMO

A epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) se caracteriza como um dos mais graves problemas de saúde pública. Os números de casos de AIDS continuam a crescer em âmbito mundial, afetando indivíduos que se encontram vulnerabilizados nos diversos aspectos sociais, econômicos e culturais. No Brasil, destaca-se que ao longo dos anos o perfil da doença foi se modificando, e hoje apresenta como características predominantes a feminilização, pauperização, envelhecimento, juvenilização e interiorização. Parte-se do pressuposto que todas as pessoas são vulneráveis à infecção pelo HIV, estando o aumento ou diminuição dos riscos diretamente relacionados a alguns aspectos socioculturais e econômicos. Particularmente no que se refere à juvenilização da doença, a prevalência da infecção pelo HIV apresenta tendências de aumento nesse segmento. Nesta perspectiva o presente estudo teve como objetivo principal analisar os fatores que contribuíram para uma maior vulnerabilidade em contrair o HIV/AIDS por jovens atendidos/as no Serviço de Assistência Especializada (SAE), localizado na cidade de Campina Grande – PB, espaço no qual realizamos estágio supervisionado obrigatório em Serviço Social. A pesquisa ora apresentada partiu de uma perspectiva analítico crítico, caracterizando-se como um estudo exploratório e descritivo. Tal estudo apresenta uma abordagem quanti-qualitativa dos dados coletados, e foi realizada a partir de um estudo bibliográfico e da pesquisa de campo. O estudo se deu junto ao Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS e hepatites Virais do município de Campina Grande- PB, no período de julho de 2014 a dezembro de 2015, tendo como sujeitos os usuários com idade entre 15 e 29 anos, e que são de acordo com o Estatuto da Juventude, Lei 12.852/2013, considerados jovens. Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados a observação participante, o diário de campo e a entrevista semiestruturada. A análise dos dados coletados se deu utilizando-se a técnica de análise de conteúdo, na perspectiva de compreender criticamente o significado das falas dos sujeitos que participaram da pesquisa. Dentre os resultados do estudo destaca que, o perfil dos jovens que vêm contraindo a doença apresenta dentre suas características: baixa escolaridade, com pouco ou nenhum poder aquisitivo, residem nas áreas periféricas da cidade, e não possuem relacionamento estável, sendo o perfil predominante dos usuários dos serviços do SAE-CG.

Palavras-chave: AIDS. Perfil. Juvenilização.

ABSTRACT

The epidemic of Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) is characterized as one of the most serious public health problems. AIDS case numbers continue to grow worldwide, affecting individuals who are more vulnerable in the various social, economic and cultural. In Brazil, there is that over the years the profile of the disease changed, and today presents itself as the predominant features pauperization, aging, juvenilisation and internalization. This is on the assumption that all people are vulnerable to HIV infection, with the increase or decrease the risks directly related to some socio-cultural and economic aspects. Particularly in regard to juvenilisation the disease, the prevalence of HIV infection has increased trend in the segment. In this perspective the present study aimed to analyze the factors that contributed to increased vulnerability to contracting HIV / AIDS for youths attended / the the Specialized Care Service (SAE), located in the city of Campina Grande - PB, space in which we perform mandatory supervised internship in social work. The research presented here came from a critical analytical perspective, is characterized as an exploratory and descriptive study. This study presents a qualitative quantitative approach to the data collected, and was carried out from a bibliographic study and field research. The study was given by the Specialized Care Service in HIV / AIDS and Viral Hepatitis in the city of Campina Grande-PB, from July 2014 to December 2015, with the subject users aged between 15 and 29, and which are in accordance with the Statute of Youth, Law 12,852 / 2013, considered young. They were used as data collection instruments participant observation, field diary and semi-structured interview. The analysis of the collected data was using the content analysis technique with a view to critically understand the meaning of the statements of the subjects who participated in the survey. Among the study results include: the construction of the socioeconomic profile of the subjects interviewed in this study and identify some factors that contributed to higher vulnerabilization of them before the epidemic of HIV / AIDS.

Keywords: AIDS. Profile. Juvenilisation.

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Gráfico 1 - Faixa etária dos usuários sujeitos da pesquisa | 51 |
| Gráfico 2 - Distribuição dos sujeitos entrevistados por sexo | 52 |
| Gráfico 3 - Escolaridade dos participantes da pesquisa | 54 |
| Gráfico 4 - Estado civil dos participantes entrevistados | 55 |
| Gráfico 5 - Situação ocupacional dos participantes entrevistados | 56 |
| Gráfico 6 - Tipo de moradia onde residem os participantes entrevistados..... | 58 |
| Gráfico 7 - Usuários entrevistados que possuem filhos ou não. | 59 |
| Gráfico 8 - Quantidade de filho que os participantes da entrevista afirmam ter...61 | |
| Gráfico 09 - Renda dos participantes da entrevista | 62 |
| Gráfico 10 - Origem da renda dos entrevistados..... | 63 |

LISTA DE SIGLAS

- ABIA** - Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS;
- ADT** - Realização de Atendimento Domiciliar Terapêutico;
- AIDS** - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida;
- AZT** - Zidovudina;
- CNS** - Conselho Nacional de Saúde;
- CTA** - Centro de Testagem e Aconselhamento
- DST** - Doença sexualmente transmissível;
- GAPA** - Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS;
- HIV** - Vírus da Imunodeficiência humana;
- OMS** - Organização Mundial da Saúde;
- ONG** - Organização não-governamental;
- PN/DST** - Programa Nacional de AIDS;
- PVHA** - Pessoas que vivem com HIV/AIDS;
- SAE/CG** - Serviço de Assistência Especializada de Campina Grande-PB;
- SIM** - Sistema de Informações sobre Mortalidade;
- SINAN** - Sistema de Informação de Agravos de Notificação;
- SISCEL** - Sistema de Controle de Exames Laboratoriais;
- SUS** - Sistema Único de Saúde;
- UNAIDS** - Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS.

SUMÁRIO

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Introdução | 10 |
| Capítulo I – AIDS: Surgimento e evolução da epidemia no Brasil | 16 |
| 1.1. A Epidemia do HIV/AIDS no Brasil: Contextualização histórica..... | 17 |
| 1.2. AIDS: Tendências e evolução da epidemia..... | 24 |
| Capítulo II - A AIDS e a vulnerabilidade social de jovens frente à epidemia | 29 |
| 2.1. AIDS e Vulnerabilidade Social: Algumas Considerações..... | 30 |
| 2.2. A AIDS e a juvenilização da epidemia | 37 |
| Capítulo III - A pesquisa de campo | 45 |
| 3.1. O lócus da pesquisa: caracterizando o campo de estágio | 45 |
| 3.2. Aspectos metodológicos da pesquisa e apresentação e discussão dos dados coletados..... | 49 |
| 3.2.1. Perfil socioeconômico dos/as Entrevistados/as | 50 |
| 3.2.2. Análise das falas dos entrevistados/as | 64 |
| Aproximações conclusivas | 78 |
| Referências | 81 |
| Apêndices | 86 |
| Anexos | 90 |

1. INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), causado pelo HIV (Vírus da imunodeficiência humana), teve os primeiros casos identificados em 1981 nos Estados Unidos, se propagando rapidamente pelo mundo.

No Brasil, a epidemia¹ começou a ser registrada em meados da década de 1980, quando surgiram os primeiros casos da doença nos centros urbanos mais populosos do país nas regiões Sul e Sudeste (São Paulo e Rio de Janeiro). O fato dos primeiros infectados pertencerem a determinados segmentos da sociedade civil (homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas), criou em torno da doença uma estigmatização, considerando-os como “grupos de risco”. Por este motivo, inicialmente houve forte resistência por parte das instâncias governamentais no enfrentamento do HIV/AIDS, por ser vista como uma doença de ocorrências isoladas, restrita a segmentos sociais específicos, pois se acreditava que não se tratava de uma epidemia e que a população como um todo não estava suscetível a adquirir o vírus.

A AIDS trouxe diversos desafios no campo das ciências, não só biológicas, mas também sociais. E, sem sombra de dúvidas, enfrentar o preconceito que acompanha a doença ainda é o grande desafio social da luta contra a doença. A “morte antes da morte”, ou “morte em vida” ficou também conhecida como “morte civil” desde o surgimento do HIV/AIDS, que chegou a ser conhecida como um “*câncer gay*”.

Podemos destacar que, no Brasil, desde o período do surgimento da doença, tem sido vários os desafios em relação ao enfrentamento da epidemia do HIV/AIDS, exigindo respostas sociais e políticas por parte do Estado. No contexto de surgimento da doença, o país encontrava-se em uma forte crise político-econômica, na qual a sua forma de governo, a Ditadura Militar, mostrava sinais de esgotamento e a economia estava em declínio. Este cenário contribuiu para uma inércia dos governantes diante da

¹ Epidemia é a ocorrência, em uma comunidade ou região, de casos de natureza semelhante, claramente excessiva em relação ao esperado. O conceito operativo usado na epidemiologia é: uma alteração, espacial e cronologicamente delimitada, do estado de saúde-doença de uma população, caracterizada por uma elevação inesperada e descontrolada dos coeficientes de incidência de determinada doença, ultrapassando valores do limiar epidêmico preestabelecido para aquela circunstância e doença (ALMEIDA FILHO & ROUQUAYROL, 2002).

doença e do vírus, que se alastrava por todo território nacional em seu processo de interiorização e acometia outros segmentos da sociedade civil, que não somente aqueles inicialmente intitulados de “grupo de risco” (gays, bissexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis). Todavia, esta mesma conjuntura provocou uma intensa mobilização da sociedade civil em articulação com alguns movimentos sociais e instituições não-governamentais em prol de uma política voltada para o enfrentamento do HIV/AIDS.

Diante das tensões e mobilização da sociedade civil, que teve um papel importante na construção de estratégias na luta contra a propagação da doença, como afirma Parker (2003, p. 13), “em 1985 quando o Ministério da Saúde começou a se mover mais na direção da criação de um Programa Nacional de AIDS”. Iniciou-se uma primeira tentativa de enfrentamento ao HIV/AIDS, por volta de 1986 no governo de José Sarney, que teve como base os serviços estaduais direcionados para as pessoas com sorologia positiva para o HIV/AIDS.

As décadas que se seguiram foram consideradas de maiores avanços no campo das pesquisas biológicas e das políticas de enfrentamento à epidemia do HIV/AIDS, com a criação de Hospitais-dia (HD), Serviços de Assistência Especializada (SAEs), Centros de Testagens e Acolhimento (CTAs), e também Atendimento Domiciliar Terapêutico (ADTs).

No entanto, passados mais de 30 anos das primeiras notificações, o HIV/AIDS continua alastrando-se por todo o mundo, e no Brasil não é diferente, o vírus continua avançando por todo o território nacional. O número de infectados pelo vírus da AIDS voltou a subir no Brasil, conforme os números do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS). A população vivendo com a doença no País passou de 700 mil, em 2010, para 830 mil em 2015, com 15 mil mortes por ano. De acordo com a UNAIDS (2016), O Brasil sozinho responde por mais de 40% das novas infecções de aids na América Latina. De cerca de 43 mil novos casos em 2010, o País passou para 44 mil em 2015 (mais de 5 por hora), com 15 mil mortes por ano.

Atualmente é possível afirmar que a epidemia de HIV/AIDS ultrapassa o campo biológico e destaca-se por afetar indivíduos que se encontram vulnerabilizados nos diversos aspectos: sociais, econômicos e culturais. Hoje a doença apresenta

características como: feminilização, juvenilização, interiorização, envelhecimento e pauperização.

Particularmente no que se refere à juvenização da doença, a prevalência da infecção pelo HIV apresenta tendências de aumento entre os jovens. Na faixa etária de 17 a 21 anos de idade, a prevalência de infecção pelo HIV transpôs de 0,09% em 2002 para 0,12% em 2007, sendo que o aumento mais expressivo foi na população de HSH (homens que fazem sexo com homens) jovens, cuja prevalência subiu de 0,56% em 2002 para 1,2% em 2007. Desde 2008, o número de casos de AIDS em homens jovens tem aumentado (BRASIL, 2013).

Cabe enfatizar no que se refere especificamente à questão do HIV/AIDS, que o Estado da Paraíba possui mais de 3.745 pessoas com HIV/AIDS confirmados, dados acumulados até 2009, tendo uma incidência de 9,5 HIV positivos para cada 100 mil habitantes. Verifica-se uma concentração maior em João Pessoa, Campina Grande, Bayeux, Santa Rita e Cabedelo. Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande-PB, através da coordenação de DSTs/AIDS, foram registrados 438 casos de AIDS entre os anos de 1980 e 2009 (BRANDÃO, 2014).

A aproximação com a temática se deu a partir de nossa inserção em campo de estágio obrigatório em Serviço Social, no período de julho de 2014 a dezembro de 2015, junto ao Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS, em Campina Grande – PB (SAE), quando foi possível percebermos o crescimento da doença na população jovem, mediante registros de novos casos durante esse período.

Nessa perspectiva é que a presente pesquisa foi realizada, tendo como objetivo principal analisar os fatores que contribuíram para a vulnerabilidade em contrair o HIV/AIDS por jovens atendidos/as no Serviço de Assistência Especializada (SAE). Constituíram-se ainda objetivos deste estudo, levantar o perfil socioeconômico e cultural dos/as usuários/as sujeitos da pesquisa; Desvelar em que medida os aspectos culturais, econômicos e sociais contribuíram para uma maior vulnerabilidade em contrair o vírus e desenvolver a doença; Possibilitar a partir dos resultados deste estudo a construção de estratégias de enfrentamento ao HIV/AIDS, particularmente junto à população jovem; Contribuir com os estudos teóricos e práticos já existentes em torno da temática.

A relevância desta pesquisa está em possibilitar, através dos resultados obtidos a partir do processo investigativo, a problematização da realidade investigada, culminando na apreensão dos fatores que contribuem para a vulnerabilidade em contrair o HIV/AIDS por jovens atendidos/as no Serviço de Assistência Especializada (SAE). Ressaltamos ainda que o estudo proposto poderá subsidiar outros trabalhos de pesquisadores, estudantes, profissionais e docentes de serviço social e áreas relacionadas à temática aqui abordada.

O referido estudo caracterizou-se do tipo exploratório e descritivo, partindo de uma perspectiva analítico-crítica da realidade. A pesquisa apresenta uma abordagem quanti-qualitativa dos dados coletados. No que se refere aos instrumentos de coleta dos dados, utilizamos o roteiro de entrevista semiestruturada, a observação participante e o diário de campo. A análise dos dados coletados se deu utilizando-se a técnica de análise de conteúdo, com uma abordagem crítica quanto à compreensão das falas dos sujeitos envolvidos na pesquisa. Participaram da pesquisa 10 usuários/as do Serviço de Assistência Especializada (SAE), com idade entre 15 e 29 anos, e que são de acordo com o Estatuto da Juventude, Lei 12.852/2013, considerados jovens.

A pesquisa foi realizada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba. Destacamos que a coleta de dados foi feita mediante prévias informações aos sujeitos a respeito dos objetivos da pesquisa e a expressa autorização das mesmas para participarem desta, com base na assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomenda a resolução 511/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

O presente trabalho está organizado em três capítulos, trazendo o primeiro uma breve abordagem histórica do surgimento e evolução do HIV/AIDS no mundo e, particularmente, no Brasil.

No segundo capítulo, trouxemos uma análise acerca de fatores que contribuem para a vulnerabilidade social de jovens diante da epidemia do HIV/AIDS e alguns agravantes dessa vulnerabilidade.

No terceiro e último capítulo, realizamos a caracterização do campo originário da pesquisa, o Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS e Hepatites Virais do município de Campina Grande- PB (SAE). Ainda neste capítulo está contida a

metodologia utilizada para elaboração da pesquisa, finalizando com a construção do perfil socioeconômico dos entrevistados e a exposição de todo o conteúdo das entrevistas realizadas com o público jovem ao qual se direciona esta produção.

Por fim, concluímos com a realização de algumas considerações pertinentes ao tema discutido, objetivando contribuir para o debate, pontuando alguns aspectos relevantes no que tange ao agravamento da vulnerabilização dos jovens diante do crescimento da epidemia da AIDS.

Capítulo I

AIDS: Surgimento e Evolução da Epidemia no Brasil

Capítulo I- AIDS: Surgimento e Evolução da Epidemia no Brasil

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é uma doença causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), responsável pela destruição do sistema imunológico. Pesquisas apontam que teria surgido no continente africano, advindo das relações e do consumo da carne malcozida de macacos chimpanzés, no qual se acredita que o vírus estaria contido.

Sua origem foi sempre atribuída aos africanos, às populações caribenhas, aos negros e aos pobres. Sempre muito afastado do homem branco, americano, casado e monogâmico. Uma das hipóteses já aventadas para explicar a transferência do vírus do reino animal para a espécie humana diz respeito a homens que mantiveram contato sexual com macacas na África. A AIDS aparece como doença ligada ao excesso (promiscuidade) ou à contravenção (drogas, prostituição). Enfim, doença ligada ao desvio, ao desviante (SEFFNER, 2006, p 06).

Costa (2010) ressalta que, para os cientistas, o HIV surgiu na África, mais foi identificado e pesquisado somente no início da década de 1980, nos Estados Unidos e, posteriormente, em outros países. Em um continente assolado por misérias, guerras, desnutrição e inúmeras infecções e doenças como o africano, não foi possível perceber que uma epidemia de grandes proporções estava se espalhando a caminho dos países ocidentais.

Tendo em vista o crescente número de pessoas infectadas pelo HIV/AIDS em todo o mundo, a epidemia vem se configurando nos últimos anos como um grave problema de saúde pública. Apesar dos avanços científicos acerca da doença, a AIDS ainda vem se apresentando como um dos maiores desafios em âmbito nacional e internacional. Nesta perspectiva, buscaremos neste capítulo, contextualizar o surgimento, evolução e tendências da epidemia do HIV/AIDS no Brasil.

1.1 A Epidemia do HIV/AIDS no Brasil: Contextualização Histórica

As primeiras notificações dos casos de HIV/AIDS no mundo só ocorrem por volta do ano de 1980, iniciando-se nos Estados Unidos, mais precisamente nas cidades de Nova Iorque e São Francisco.

A síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) foi reconhecida em meados de 1981, nos EUA, a partir da identificação de um número elevado de pacientes adultos do sexo masculino, homossexuais e moradores de San Francisco, que apresentaram “sarcoma de Kaposi”, pneumonia por *Pneumocystis carinii* e comprometimento do sistema imune, os quais, sabemos, hoje são características típicas da aids (PINTO *et al*, 2007, p. 45).

Quando a doença surge, emerge com ela a caracterização de uma doença contagiosa, incurável, ligada principalmente à homossexualidade. Dessa forma, surgem vários estigmas associados a AIDS, fazendo com que a doença tomasse uma dimensão que associava preconceito e morte, que ainda hoje permeia a vida dos que vivem com a doença.

Vale salientar que estigma é aqui entendido com a definição de Erving Goffman, que o define como “um atributo que é profundamente depreciativo’ e que, aos olhos da sociedade, serve para desacreditar a pessoa que o possui” (GOFFMAN, 1988, apud, PARKER; AGGLETON, 2001, p. 10).

Nos primeiros anos de epidemia, os cientistas entendiam que a doença estava restrita ao grupo de homossexuais, prostitutas drogadas, isso porque neste grupo existia uma incidência maior de contaminação. Tal situação criou no imaginário social o entendimento de que existia um determinado “grupo de risco” ou uma “peste gay” onde somente àquelas pessoas estavam expostas às contaminações (SANTOS, 2007).

Nesta perspectiva, tal segmento sofreu desde o início da epidemia processos de exclusão em seus múltiplos aspectos: social, econômico, político, cultural, religioso, etc. O estigma e a discriminação talvez sejam a consequência mais grave para quem contraiu a doença. Eram, e ainda são, os grandes responsáveis pela chamada “morte civil” das pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Embora os primeiros casos de AIDS tenham sido diagnosticados e notificados entre Usuários de Drogas Injetáveis (UDI), Homens que fazem Sexo com Homens (HSH), Profissionais do Sexo (PS) e Hemofílicos, não há dúvida que, dentre estes, o segmento mais discriminado foi a homossexualidade, considerando o nosso modelo de sociedade arraigada em uma cultura heteronormativa, conservadora e moralista, denominando a doença quando esta surge como “*peste gay*”.

No Brasil os primeiros casos de infecção pelo vírus e manifestação da doença começaram a surgir na cidade de São Paulo e posteriormente no Rio de Janeiro - também entre a comunidade de homo/bissexuais - o que seria apenas a ponta do iceberg, pois uma verdadeira epidemia se instalava em todo o território nacional, ocasionando a interiorização do HIV/AIDS: “tratava-se do surgimento de uma doença que, em pouco tempo, se tornaria um dos maiores desafios científicos e sociais enfrentados pela humanidade” (PATRIOTA *et al*, 2002, p. 58).

É possível distinguir três momentos distintos na evolução da epidemia no Brasil. Um primeiro momento que vai da sua origem até 1986, período que se caracterizou, predominantemente, pela infecção via relações homossexuais, com nível alto de escolaridade; o segundo ocorreu entre 1987 e 1990 e as características principais do período foram o aumento dos números de casos pelo uso de drogas injetáveis, diminuição da faixa etária e uma maior disseminação em pessoas com práticas heterossexuais; a terceira fase ocorre a partir de 1991 até os dias atuais, acentua-se a disseminação em casais heterossexuais em vários níveis de escolaridade e classes sociais, em especial as mulheres (BRASIL, 2011).

Cabe destacar que a resposta do governo brasileiro à epidemia não se deu de forma imediata ao surgimento das primeiras notificações no país, o que contribuiu para a elevação dos casos de HIV/AIDS e o agravamento da situação.

A doença veio se somar a outros problemas estruturais da cultura política. A fragilidade das instituições de saúde, as sequelas deixadas historicamente por um sistema opressor, caracterizado pelo autoritarismo e pelas relações verticalizadas, tornaram a questão mais grave e desafiadora, exigindo urgência nas ações (PATRIOTA *et al*, 2002, p. 60).

O Brasil, na década de 1980, saía de um período de ditadura militar, passando por uma conjuntura de profunda crise política e econômica que se refletia nas várias políticas setoriais, dentre estas a saúde, exigindo respostas imediatas por parte do Estado. O surgimento do HIV/AIDS provocou uma série de mudanças nos mais diversos aspectos: político, econômico, social e, principalmente, cultural, passando a exigir do Estado e da sociedade civil ações de enfrentamento em torno da doença, considerando que a epidemia se interiorizava por todo o país, exigindo a criação de políticas públicas e o desenvolvimento de iniciativas que promovessem seu tratamento e controle, além da prevenção.

Enfim, a luta contra a AIDS no Brasil criou bases para um novo tipo de relação entre Estado e a sociedade civil, já que, desde o início do estabelecimento dessas ações, esta relação esteve presente e foi determinante, conforme mostra a história da epidemia no país (PATRIOTA *et al*, 2002, p. 62).

A primeira fase da resposta política ao HIV/AIDS aconteceu entre 1982 a 1985 e foi marcada pelas primeiras notificações da doença e pelas mobilizações representadas pelas classes mais afetadas, tendo sido criadas as primeiras ONGs/AIDS voltadas para enfrentamento desta doença. Em tal período, foram realizadas as primeiras reuniões de trabalho no Ministério da Saúde visando à criação de um programa nacional de AIDS. Nessa fase percebia-se certa negação e omissão por parte das autoridades ao problema, com raras exceções. Por ser um período inicial da doença no cenário nacional, havia uma onda de medo e discriminação (PARKER, 1997).

Superando a sua paralisia inicial, o governo federal, junto ao Ministério da Saúde e a segmentos da sociedade civil, posiciona-se e executa as primeiras ações, ainda que em uma perspectiva pragmática, contra a disseminação e evolução da doença.

Começam as campanhas para o combate ao HIV/AIDS e talvez pela pouca informação e/ou falta de conhecimentos nessa área específica, algumas campanhas do Ministério da Saúde foram elaboradas de forma errônea e equivocadas com a justificativa que “o interesse dos não-infectados deveria ser sobreposto aos sentimentos das pessoas vivendo com o HIV/AIDS” (PARKER, 2003, p. 16), contribuindo assim para o aumento do preconceito, da discriminação e estigmatização destas pessoas. Todavia, cabe ressaltar, conforme afirma Teixeira (1997, *apud* SANTOS, 2005, p.58) que,

Apesar da gravidade do quadro social e das indefinições nas ações de combate à epidemia do HIV/AIDS pelo governo federal, algumas conquistas foram alcançadas como: a obrigatoriedade do cadastramento de doadores de sangue e testagem sorológica para detecção do HIV através da lei 7.649/88. Esta medida visava diminuir o aumento de hemofílicos infectados e acabar com a comercialização ilegal de sangue.

Já a segunda fase da resposta política à AIDS, foi do período de 1986 a 1990, período marcado por abordagens relativamente pragmáticas e bastante tecnicistas da doença. Esse foi um momento em que surgem importantes organizações não governamentais, com o propósito de divulgação de informações sobre a prevenção a AIDS, como a ONG Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS (GAPA) que foi a primeira a ser criada, e que era composta de profissionais de saúde e militantes do movimento homossexual; a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), criada em 1986 no Rio de Janeiro, que tinha como fundador e presidente o sociólogo assumidamente soropositivo Herbert de Souza (o Betinho); e o Grupo pela Valorização, Integração e Dignidade do Doente de AIDS (Grupo pela VIDDA) criado em 1989 (GALVÃO, 1997).

Ainda no que tange às formas de enfrentamento da epidemia do vírus, cabe ressaltar a figura do escritor e ativista das lutas sociais, Herbert Daniel, que fundou o Grupo pela Valorização, Integração e Dignidade do Doente de AIDS (Grupo Pela VIDDA), objetivando dar assistência aos soropositivos, defender os seus direitos, buscar junto ao Estado o reconhecimento e a participação no combate à essa epidemia, impulsionando e propondo novas políticas públicas.

Várias iniciativas por parte da sociedade civil começaram a superar, em partes, a negação que havia caracterizado o período anterior. Um número crescente de organizações não-governamentais surgiu em todo país, representando um papel muito importante ao chamar a atenção da mídia para a epidemia, além de pressionar os órgãos governamentais para uma resposta mais rápida e agressiva (PARKER, 1997, *apud* BRANDÃO, 2014, p. 19).

Cabe destacar em tal período, precisamente do ano 1988, a aprovação de duas importantes leis: a lei 7.649/88, obrigando o cadastramento de doadores de sangue e testagem sorológica para detecção do HIV, a ser utilizado em transfusões, e assim

inibiu a comercialização de sangue de maneira ilegal. E a segunda foi a lei nº. 7.670/88 que visou estender às pessoas vivendo com AIDS, o resgate do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), auxílio-doença, pensão e aposentadoria (TEIXEIRA, 1997, *apud*, SANTOS, 2005).

Segundo Parker (1997), a terceira fase, de 1990 a 1992, foi marcada pela mudança no perfil da política de enfrentamento à AIDS, havendo certo otimismo por parte da população, sobretudo pelo fato de ter ocorrido em 1989 a eleição direta para presidente da república. Entretanto, o período compreendido entre 1990 e 1992 foi de desestruturação total das ações e combate à epidemia da AIDS no Brasil. “O presidente Fernando Collor assume o governo e demite, quase que totalmente, a equipe central do Programa Nacional de AIDS” (SANTOS, 2005, p.59).

Esse período representou uma espécie de tempo fora do tempo, no qual a nação como um todo, e especificamente a comunidade de pessoas vivendo com o HIV/AIDS, parecia estar vivendo um pesadelo coletivo. Diante da eleição de Collor, a primeira direta no país após o fim da ditadura, “todos os elementos-chave do Programa Nacional de AIDS foram suspensos [...] numa completa falta de diálogo entre a sociedade civil e o governo federal. (PARKER, 1997, p. 10)

A quarta fase de enfrentamento da doença identificada por Parker (1997), começou em 1992 e permanece até os dias atuais. É uma fase na qual podemos destacar o incentivo ao envolvimento de programas governamentais, organizações não-governamentais e universidades, procurando dar uma resposta nacional ao enfrentamento da AIDS, sendo reforçado por meio de parceria com o Ministério da Saúde.

“Em 1993, o governo federal assinou um convênio com o Banco Mundial para fortalecer as ações de vigilância, pesquisa, assistência e prevenção às DSTS e à Aids” (BRASIL, 1999, *apud* PATRIOTA, 2002, p.61). Através de tal financiamento, passou-se a dar ênfase à prevenção e a um maior envolvimento entre o ministério da saúde e as ONGs/AIDS. A partir desse momento, o país passou a ser reconhecido por organizações internacionais, como referência no enfrentamento da doença, em função das ações de prevenção em relação ao HIV.

Cabe destacar no governo de Fernando Henrique Cardoso que a negociação com o Banco Mundial resultou no projeto AIDS I, que teve seu início em 1994, desenvolvido pelo Ministério da Saúde com recursos na ordem de 160 milhões de dólares, provenientes do Banco Mundial e 90 milhões relativos à contrapartida do governo brasileiro. (PARKER, 1997).

Depois de implementado o “AIDS I” houve nova negociação e aprovação junto ao Banco Mundial, que resultou no “projeto AIDS II”, que tinha como objetivo reduzir a incidência de novos casos, melhorar e expandir a qualidade do diagnóstico e tratamento das pessoas com DST/HIV/AIDS.

Cabe ainda salientar que no “projeto AIDS III”, negociado, aprovado e executado no período de 2003 a 2006, no então governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, com o apoio do Banco Mundial, ocorreu um aumento radical de dispêndio em programas de AIDS. Entretanto, alguns problemas considerados de grande relevância continuaram a ocorrer, a exemplo da inconstância na distribuição de medicamentos e a incapacidade de respostas aos riscos enfrentados pela população vulnerável a epidemia (PARKER, 1997).

Apesar dos avanços evidenciados na assistência à epidemia da AIDS, a exemplo do acesso universal e gratuito aos medicamentos antirretrovirais, a partir de 1996, a criação de Serviços de Assistência Especializada (SAEs), Centro de Testagens e Aconselhamentos (CTAs), entre outros, a AIDS ainda vem se apresentando como um dos maiores desafios no âmbito da saúde pública.

Atualmente, os esforços para o controle da epidemia de HIV/AIDS no Brasil, estão concentrados no diagnóstico precoce da infecção e no tratamento das PVHA, bem como a implementação de intervenções de prevenção combinada. “A estratégia de tratamento de PVHA como medida de prevenção requer não somente o diagnóstico oportuno da infecção, como também o investimento na melhoria do cuidado contínuo desses indivíduos” (MONTANER, 2013, *apud* BRASIL, 2014, p.09).

Tomando por base o Boletim Epidemiológico do ano de 2014,

Em 2012, a taxa de detecção de casos de AIDS em homens foi de 26,1/100.000 habitantes e de 14,5 em mulheres, com uma razão de sexos de 1,7 casos em homens para cada caso em mulheres. Desde o

início da epidemia, a razão de sexos tem apresentado variações graduais ao longo do tempo, em 2005 atingiu seu menor valor (1,4), e desde então tem apresentado aumento (BRASIL, 2014, p. 17).

Ainda segundo o documento supracitado, dados revelaram que, levando em consideração as duas últimas décadas, o perfil etário dos casos de AIDS mudou para indivíduos mais jovens, tanto entre os homens quanto entre as mulheres. Além disso, observa-se uma tendência de aumento nas taxas de detecção entre os jovens de 15 a 24 anos e entre os adultos com 50 anos ou mais, o que reafirma as tendências de juvenilização e envelhecimento da doença (BRASIL, 2014).

O surgimento da AIDS e o aumento da incidência da infecção pelo HIV continuam a se configurar como um dos grandes desafios mundiais para o século XXI.

Segundo estimativas realizadas pelo Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, aproximadamente 718 mil pessoas vivem com HIV/AIDS no Brasil. Na população jovem, a taxa de prevalência da infecção pelo HIV apresenta tendência de aumento. Considerando as pesquisas realizadas em Conscritos do Exército Brasileiro, de 17 a 21 anos de idade, a prevalência de infecção pelo HIV passou de 0,09% em 2002 para 0,12% em 2007, sendo que o aumento mais significativo ocorreu na população de homens que fazem sexo com homens (HSH) jovens, cuja prevalência subiu de 0,56% em 2002 para 1,2% em 2007 (BRASIL, 2014, p. 15).

Com relação à população com mais de 18 anos que se encontra em situação de maior vulnerabilidade diante dessa epidemia, estudos realizados em 10 municípios brasileiros entre os anos de 2008 e 2009 estimaram taxas de prevalência de HIV de 5,9% entre usuários de drogas (UD), de 10,5% entre homens que fazem sexo com homens (HSH) e de 4,9% entre mulheres profissionais do sexo (PS) (BRASIL, 2014).

Com base nestes resultados, verifica-se que a epidemia do HIV no Brasil está concentrada em populações em situação de maior risco e vulnerabilidade social, pois estas apresentam maiores prevalências de infecção pelo HIV quando comparadas à população geral, exigindo a criação de políticas públicas por parte do Estado direcionadas ao enfrentamento do HIV/AIDS (BRASIL, 2014).

Portanto, é notório o agravamento dessa doença no nordeste do país. Compreende-se que um dos possíveis facilitadores para o aumento no número de

casos, além das condições econômicas e sociais de cada região, e os seus arranjos culturais, seja a ausência de ações socioeducativas que possibilitem a informação sobre a doença e contribuam para a diminuição do número de casos, como também a vulnerabilidade de vários segmentos, dentre os quais os jovens, em contrair o HIV/AIDS.

No que se refere às especificidades da epidemia de HIV/AIDS nos estados nordestinos, é possível perceber que Pernambuco é o estado com maior incidência de notificações da região, ao registrar de 1980 a 2013, 23.024 casos de HIV/AIDS, seguido da Bahia com 22.770 casos e o Ceará com 15.064 casos. A Paraíba registrou de 1980 até 2013, 5.725 casos de HIV/AIDS (BRASIL, 2013).

Cabe destacar ainda que, na Paraíba, cerca de mais de 589 pessoas, com idade igual ou maior que quinze anos, iniciaram o tratamento até o ano de 2014. Em Campina Grande-PB, 60 novos casos foram detectados entre o período de janeiro de 2014 a 19 de março de 2015, onde 40% deles são de pessoas entre 20 e 29 anos, o que comprova a juvenilização da doença (SAE, 2014). Conforme afirmamos anteriormente, a tendência da taxa de aumento do número de casos na população jovem vem se confirmando no âmbito do perfil nacional, exigindo estudos e pesquisas voltadas para tal questão e uma melhor apreensão da evolução e tendências da doença.

1.2 AIDS: Tendências e Evolução da Epidemia

Tratar do tema da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), doença resultante da ação do vírus HIV no organismo da pessoa infectada, é de extrema importância, considerando que o HIV/AIDS ultrapassa barreiras/fronteiras, atinge de forma indiscriminada todos os continentes. Um dos continentes de maior incidência de pessoas infectadas pelos vírus é o continente Africano, com uma população que apresenta baixa escolaridade, pouca informação, altas taxas de pobreza extrema, e poucos recursos médicos. Atualmente, o índice de africanos acometidos pelo HIV e pela AIDS continua crescendo, chegando a superar os demais países.

Cabe destacar que o Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV ataca as células CD4, que são responsáveis pela proteção do nosso corpo contra algumas infecções.

Quanto maior for a presença do HIV e menor for o número de célula CD4 no sangue, maior será a probabilidade de ser acometido por uma doença oportunista, e menor será a eficácia do tratamento. A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS é uma síndrome que se manifesta através de doenças oportunistas causadas pela infecção do vírus HIV e, portanto, ao decréscimo de células CD4 no sangue. Quando estas se manifestam costuma-se dizer que a pessoa está doente de AIDS.

Particularmente no Brasil, o HIV/AIDS quando surge, no contexto dos anos 1980, era apreendido pela sociedade e pelo Estado como sendo uma doença externa ao país. Ou seja, não se acreditava que a doença fosse tomar a dimensão que tomou, passando rapidamente de epidemia para uma pandemia. Isso se deve ao fato de as primeiras notificações serem em pessoas de classe econômica alta, sobretudo, homossexuais que viajavam para fora do país, especialmente para os Estados Unidos (PEREIRA; NICHATA, 2011).

Assim, conforme afirmamos anteriormente, acreditava-se que a doença estaria restrita aos gays, bissexuais, usuários de drogas ilícitas injetáveis e prostitutas (hoje estas são denominadas, profissionais do sexo), contudo, a epidemia conseguiu caminhos férteis para atingir de forma significativa diversos segmentos sociais por todo o mundo, tornando-se uma questão de saúde pública mundial.

O espriamento do HIV pelo mundo está associado aos grandes deslocamentos humanos decorrentes das migrações, rotas de comércio e fluxo de turismo. Contudo, a epidemia da AIDS encontrou no fenômeno da globalização um grande aliado, uma vez que, “a distância e o isolamento se tornam cada vez mais ilusórios” (IANNI, 1998, p.128, *apud*, SANTOS, 2007, p.04).

Dessa forma, o HIV/AIDS ocupa hoje uma colocação de pandemia e traz em sua disseminação o acometimento irrestrito, sem distinção, caracterizando-se por tendências como **interiorização**, considerando que no Brasil nos dois primeiros anos após o surgimento da doença (82/83), impulsionada pelas migrações, ocasionadas pela crise econômica que atingia o país e por outros fatores, inicia seu espriamento para regiões periféricas e interiores. Trazendo novas realidades assim como novos desafios para as autoridades e a sociedade civil no enfrentamento dessa epidemia.

Outra característica é a **heterossexualização**. O vírus do HIV e a AIDS se disseminam assustadoramente rápido entre os casais heterossexuais de classes menos favorecidas, com baixa escolaridade e de baixo poder aquisitivo, caracterizando o processo de heterossexualização e **pauperização** da doença. As mulheres, que antes pareciam “menos expostas”, começam a ser diagnosticadas com o HIV/AIDS em níveis alarmantes e a apresentarem uma significativa disparidade no número de casos com relação aos casos diagnosticados entre homens até os dias atuais, proporcionando o que foi denominado de “**feminização** do HIV/AIDS”.

Outra tendência bastante preocupante é o **envelhecimento** da epidemia. Conforme afirma Guimarães e Ferraz (2001, p. 04):

No Brasil, observa-se a crescente porcentagem, de 7% em 1996 para 13% em 2004, de idosos infectados por Doença Sexualmente Transmissíveis (DSTs), principalmente a AIDS (10). Este aumento se deve à falta de campanhas de prevenção para estes cidadãos, pois os idosos são tidos como assexuados, e a sexualidade nesta faixa etária ainda é cercada de tabus e preconceitos por parte da sociedade e também dos profissionais de saúde. A prevenção às DSTs e AIDS nessa faixa etária se torna um desafio para os responsáveis pelas políticas públicas (GUIMARÃES; FERRAZ, 2001, p.04.).

Talvez essa tendência se fortaleça cada vez mais pela ausência de campanhas de prevenção das DSTs/AIDS direcionadas especificamente para as pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, consideradas idosas, pela lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, mais conhecida como Estatuto do Idoso, assim como também pela crença equivocada da não vivência da sexualidade por parte dessas pessoas.

A possibilidade de um idoso ser infectado pelo HIV parece invisível aos olhos da sociedade, e também dos próprios idosos, que não têm a cultura do uso do preservativo.

Também as mulheres, nesta faixa etária, por em geral não poderem engravidar, têm a falsa impressão da inutilidade do preservativo. Há uma falta de identificação do idoso com as campanhas de prevenção da AIDS, que tem sempre como foco o jovem. Então, o idoso não se

considera como um doente em potencial (GUIMARÃES; FERRAZ, 2001, p.04).

No caso da **juvenilização** da doença, a prevalência da infecção pelo HIV apresenta tendências de aumento entre os jovens. Na faixa etária de 17 a 21 anos de idade, a prevalência de infecção pelo HIV transpôs de 0,09% em 2002 para 0,12% em 2007, sendo que o aumento mais significativo foi constatado entre a população mais jovem de homens que fazem sexo com homens (HSH), cuja prevalência subiu significativamente de 0,56% em 2002 para 1,2% em 2007 (BRASIL, 2013).

Clementino (2014) vem reafirmar a colocação de Santos, enfatizando que:

ao longo dos anos, o perfil da doença foi se modificando, hoje tem-se uma maior notificação em casais heterossexuais de idade mais avançada (atingindo as pessoas da chamada terceira idade); em pessoas com menos escolaridade; afetando também as classes menos favorecidas; houve um aumento entre as mulheres, e também um aumento em outras regiões do país atingindo principalmente as regiões norte e nordeste (CLEMENTINO, 2014, p. 14).

Portanto, é possível afirmar que todas as pessoas são vulneráveis à infecção pelo HIV, estando o aumento ou diminuição dos riscos diretamente relacionados a alguns aspectos socioculturais e econômicos. Particularmente no que se refere à juvenilização da doença, a prevalência da infecção pelo HIV apresenta tendências de aumento nesse segmento, conforme abordaremos no capítulo a seguir.

Capítulo II

**A AIDS e a Vulnerabilidade Social
de Jovens Frente à Epidemia**

Capítulo II- A AIDS e a Vulnerabilidade Social de Jovens Frente à Epidemia

Conforme ressaltamos anteriormente, desde os primeiros casos registrados do HIV/AIDS no Brasil, a doença vem apresentando nos últimos anos profundas mudanças no que diz respeito ao perfil e localização. É importante ressaltar que a vulnerabilidade social em contrair o HIV/AIDS está associada a uma série de fatores que podem ampliar ou diminuir as situações de risco.

As estatísticas da AIDS começam a mostrar que ela atinge indivíduos “fora” dos grupos de risco tradicionais, e isso leva a dizer que “a AIDS é de todos nós”, ela é uma doença “democrática”, atinge a todos que adotam comportamentos de risco, como manter relações sexuais sem o uso do preservativo, compartilhar seringas, receber transfusão de sangue não testado, etc (SEFFNER, 2006, p. 08-09).

É importante enfatizar que desde o seu surgimento e das primeiras notificações no Brasil, a epidemia do HIV/AIDS veio assumindo outras características e seguindo algumas tendências como a heterossexualização, interiorização, pauperização, feminilização, envelhecimento e também juvenilização.

No caso da **juvenilização** da doença, tomando por base a definição de jovens dada pelo Estatuto da Juventude (Lei 12.852 de 05 de agosto de 2013), que os classificam como sendo aqueles que se encontram dentro da faixa etária de 15 a 29 anos, a prevalência da infecção pelo HIV apresenta tendências de aumento.

Estudos sobre o comportamento da vida sexual dos Adolescentes tem demonstrado que o início da vida sexual destes tem ocorrido cada vez mais precocemente, tornando-se vulneráveis as DST's/AIDS. A baixa idade das primeiras relações, a variabilidade de parceiros, a falta de prevenção e o uso de drogas ilícitas, são apontados como principais fatores de risco para que os Adolescentes contraiam as DST's/AIDS. Nesta perspectiva, buscaremos neste capítulo discutir a questão da vulnerabilidade de jovens frente à epidemia, considerando o aumento significativo da doença em tal segmento.

2.1 AIDS e Vulnerabilidade Social: Algumas Considerações

Com o surgimento e agravamento do HIV e conseqüentemente da AIDS no Brasil, houve a necessidade de se repensar e redefinir algumas categorias que antes eram analisadas sob uma ótica limitada e em uma perspectiva positivista, ou seja, de maneira individualizada na qual havia uma culpabilização do sujeito por suas posturas e ações individuais em seu meio social. Conforme destacamos inicialmente, quando a doença surgiu, o quadro inicial era de uma epidemia restrita a determinados “grupos de risco” como homossexuais, hemofílicos e usuários de drogas. No entanto, esse perfil foi se modificando ao longo do tempo e, atualmente, a epidemia de HIV/AIDS ultrapassa o campo biológico e destaca-se por afetar indivíduos que se encontram vulnerabilizados nos aspectos social, econômico e cultural.

Segundo o Ministério da Saúde, vulnerabilidade é entendida como um conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, social e cultural, cuja interação amplia ou reduz o risco de proteção de uma pessoa ou população frente a uma determinada doença, condições ou dano. A falta de acesso a ações e serviços de saúde e educação é considerada um fator programático de ampliação da vulnerabilidade (BRASIL, 1999, *apud*, CÂMARA, 2012).

Ayres *et al.* (1999) determina como vulnerabilidade a chance de exposição das pessoas ao adoecimento, como resultante de um conjunto de aspectos que, ainda que se refiram imediatamente ao indivíduo, o recolocam na perspectiva da dupla-face, ou seja, o indivíduo e sua relação com o coletivo. Além disso, o autor propõe que a interpretação da vulnerabilidade forneça elementos para avaliar objetivamente as diferentes chances que cada indivíduo ou grupo populacional particular tem de se contaminar, dado o conjunto formado por certas características individuais e sociais de seu cotidiano, julgadas relevantes para a maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para a proteção das pessoas contra as enfermidades.

Em sua definição mais voltada para o âmbito social, vulnerabilidade é compreendida como:

a capacidade de produção de conhecimento em relação às possibilidades de determinados grupos ou indivíduos estarem

suscetíveis à infecção, adoecimento ou morte pelo HIV/Aids, considerando-se a realidade dos aspectos sociais, programáticos e individuais nos quais se inserem e os recursos para o enfrentamento dos riscos de exposição ao vírus (AYRES, 1999, *apud*, COSTA, 2010, p. 57)

A AIDS traz para o centro do debate um dos mais relevantes problemas de saúde pública, abordado majoritariamente de forma privada e individual: “a afirmação de que vai pegar AIDS quem não se cuidar é uma forma privada de tratar da AIDS. O que temos que investigar são as disposições que cada um tem para gerir os seus riscos, realizando um enfrentamento público com a doença” (SEFFNER, 2006, p. 07).

Ayres *et al.* (1999) discutindo as fases da epidemia da AIDS, reconstitui a trajetória da noção de risco para a vulnerabilidade, bem como seu significado teórico e prático para a saúde pública. Simultaneamente à importância do estudo dos fatores de risco pela epidemiologia na década de 1980, essa terminologia sofreu drásticas distorções na grande mídia, de modo que emergiram ideias como grupo de risco e comportamento de risco.

As primeiras respostas programáticas à epidemia foram marcadas pela ênfase na culpabilização individual, ou seja, a responsabilidade por contrair o vírus era prioritariamente individual, daqueles que tinham práticas “arriscadas” e que, por sua vez, deveriam ser “orientados” para que, também individualmente, reduzissem seus comportamentos de risco.

Seffner (2006) defende que a AIDS é muito mais do que uma doença, ela é um fenômeno social amplo, que está para além de uma análise superficial e limitada, envolvendo questões complexas, polêmicas e diferentes grupos sociais. Por essa compreensão houve a necessidade de ampliação do conceito de vulnerabilidade. O conceito inicial de vulnerabilidade, em sua definição biologicista, não comportava todos os elementos que contribuíam para essa realidade pandêmica². Estar vulnerável diante da epidemia não significa mais tão somente ter atitudes e/ou comportamentos de risco que nos deixem expostos à possibilidade de infecção.

² “Epidemia que ocorre em grandes proporções em região, país ou continente, ou, até mesmo, por todo o planeta” (FERREIRA, 2000, p. 511).

Assim, à medida que ocorre o avanço da doença, surge a necessidade de uma perspectiva de análise que englobe todas as particularidades sociais, que compreenda a AIDS na qualidade de uma “doença social” e universalizada.

Não cabe mais a sua apreensão apenas na ideia de “grupo de risco”, onde a grande estratégia é isolar, nem na ideia de “comportamento ou postura de risco”, na qual a estratégia é o adestramento individual. Com a ideia de vulnerabilidade que surge a partir dos trabalhos da Coalização Global de Políticas contra a AIDS, o que se quer é uma resposta social (SEFFNER, 2006, p.09).

Ayres *et.al.* (1999) faz uma análise desta situação em três eixos interligados, nos quais temos em primeiro plano o *eixo individual*, que trata sobre a intensidade de informação e sua qualidade a respeito do problema; a capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las aos seus repertórios cotidianos de preocupações; e, finalmente, ao interesse e às possibilidades efetivas de transformar essas preocupações em práticas protegidas e protetoras. No segundo eixo, o *Componente social*, traz a discussão sobre a obtenção das informações, as possibilidades de apreender estas e incorporá-las em uma mudança efetiva, algo que não pode ser exclusivo do indivíduo por depender de outros fatores que estão para além das possibilidades unitárias do sujeito. A exemplo desses fatores o autor exemplifica o acesso aos meios de comunicação, escolaridade, disponibilidade de recursos materiais, participação política, enfrentamento das barreiras culturais, liberdade de expressão, etc.

Por último, o referido autor aborda o *eixo programático* que vem revelar a real necessidade de recursos sociais destinados aos indivíduos para que não sejam expostos ao vírus HIV e, caso já tenha sido expostos, tenham um atendimento de qualidade e comprometido com a redução de danos causados pela infecção. Tudo isso de forma democrática.

Para definir e descrever o que de fato é vulnerabilidade na perspectiva da evolução da epidemia do HIV/AIDS, faz-se necessário a análise de todo um conjunto de fatores, englobando os aspectos socioculturais, religiosos, políticos, de gênero etc., ou seja, levar em consideração todas as conjunturas com suas diversidades, e compreender que a epidemia ocupa uma posição de preocupação universal, pois é uma doença “democrática”, estando absolutamente todos socialmente vulneráveis.

Quanto maior for o grau e a qualidade de compromisso, recursos, gerência e monitoramento de programas nacionais, regionais ou locais de prevenção e cuidado relativo ao HIV/Aids, maiores serão as chances de canalizar os recursos sociais existentes, otimizar seu uso e identificar a necessidade de outros recursos, fortalecendo os indivíduos diante da epidemia (AYRES, *et al*, 2003, p. 123).

Portanto, o conceito de vulnerabilidade avança numa perspectiva histórica para a compreensão dos fatores que nos tornam mais propensos a contrair o vírus e a desenvolver a AIDS, isto é, considerando a conjuntura na qual estamos inseridos. A epidemia da AIDS evoluiu para o patamar de pandemia, ou seja, está presente por todo o mundo tomando novas configurações, exigindo novos olhares e novas políticas para o seu enfrentamento, sendo agora compreendida com mais uma das expressões da “questão social” em nossos modelos societários.

De acordo com Iamamoto (2008, p. 67), cabe destacar a questão social “enquanto o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista. Sociedade esta que tem uma raiz comum, qual seja: a produção é social enquanto que a apropriação dos frutos desta produção é privada, ou seja, poucos se apropriam da riqueza socialmente produzida”. A questão social é a base na qual materializam-se inúmeros problemas de ordem econômica, social e política vivenciados pela sociedade em geral, cujos impactos são sentidos intimamente pelas classes menos favorecidas.

São essas expressões que precisam ser analisadas crítico-propositivamente para o desenvolvimento de políticas públicas de prevenção e controle da infecção pelo HIV. Porquanto, a AIDS deve ser apreendida dentro dos aspectos que a tornam um dos maiores problemas de saúde pública. Como afirma Germano (2002):

A prevenção da aids precisa considerar as dimensões sociais e culturais da epidemia na definição de comportamentos preventivos. Deve-se, sobretudo, dar atenção ao significado atribuído por diferentes grupos de pessoas à informação que recebem e às possíveis barreiras, tanto para compreender a informação quanto para mudar de atitude, devido às normas intrínsecas ao grupo (BAKKER, 1999, *apud*, GERMANO, 2002, p. 21).

Atualmente, uma das maiores preocupações no que tange às tendências da epidemia refere-se – além de todas as características como: feminilização, interiorização, envelhecimento, pauperização e juvenilização – às relações heterossexuais e, particularmente, à contaminação das mulheres em união estável, que vêm sendo infectadas por seus parceiros, usuários de drogas ou não (*Idem, Ibidem*).

Essa realidade, a heterossexualização do HIV, é bastante influenciada pelas relações de gênero culturalmente construídas em nossos modelos societários. Compreende-se que,

gênero não é um conceito que descreva apenas as relações entre homens e mulheres em seu meio social, pois deve ser compreendido como um conjunto objetivo de referências, os conceitos de gênero estruturam a percepção e a organização concreta e simbólica de toda a vida social (SCOTT, 1990 *apud* CARRADORE; RIBEIRO, 2002, p.04).

Essa concepção de gênero, entre feminino e masculino, permeia e delimita aspectos da vida social de homens e mulheres, influenciando nos âmbitos político, cultural, escolar, profissional, e até mesmo no pessoal, por trazer uma dimensão de poder por este ser considerado constitutivo das relações estabelecidas entre homens e mulheres. “Na nossa sociedade essa relação é estabelecida em termos de um padrão hierárquico, no qual os homens são considerados superiores e as mulheres inferiores. A relação que se estabelece, então, é de dominação masculina e subordinação feminina” (CARRADORE; RIBEIRO, 2002, p.05).

Inúmeros estudos têm demonstrado que o modo como homens e mulheres são socializados, dentro de determinada cultura sexual que atribui sentidos diversos para o exercício da sexualidade de ambos, é um dos fatores que impede a adoção de comportamentos preventivos nas relações sexuais. Essas normas de gênero contribuem para aumentar a vulnerabilidade ao HIV, tanto de homens quanto de mulheres (CARRADORE; RIBEIRO, 2002, p.16).

A maioria das mulheres diante de um relacionamento estável, ou seja, no qual ela possui um único parceiro, geralmente assume uma posição de aceitação das relações sexuais sem o uso de preservativo. Elas não se percebem em uma situação de vulnerabilidade para adquirir o HIV, pois muitas vezes argumentam que são casadas

e só mantem relação sexual com o seu parceiro. Além disso, ainda promovem o discurso de “naturalização” da infidelidade masculina com argumentos machistas que colocam o homem adúltero na posição de “garanhão pegador”, como se o simples fato de ser homem lhe colocasse no direito de ter outras parceiras fora do seu relacionamento estável. Algumas mulheres até relatam que esperam que seus parceiros usem camisinhas nas relações sexuais extraconjugais, porém não possuem nenhuma garantia de que isso aconteça.

Destaca-se também que muitas adolescentes ainda se contaminam por acreditarem no mito de um amor poético, onde a relação sem preservativo significa total confiança no parceiro (TAQUETTE, 2004 *apud* CÂMARA, 2012). Enquanto os rapazes fazem mais sexo e conversam mais sobre este assunto, as moças valorizam mais o amor, conversam sobre fidelidade, filhos e contracepção. Elas são menos ativas sexualmente e se sentem menos capazes de negociar práticas sexuais (ANTUNES *apud* CÂMARA, 2012).

Dados do Boletim Epidemiológico contendo o primeiro semestre do ano de 2015 confirmam a elevação dos casos de contaminação pelo vírus entre a população jovem. Segundo o documento,

A razão de sexos também varia de acordo com a faixa etária. Entre os jovens de 13 a 19 anos, observa-se uma tendência de aumento da participação dos homens, em 2014 existem 60% a mais de homens que mulheres (razão de sexos de 16 casos em homens para cada 10 casos em mulheres). Entre os indivíduos com 20 anos ou mais, observa-se que, à medida que aumenta a idade, a razão de sexos diminui, indicando que há uma participação maior das mulheres nas faixas etárias de maior idade (BRASIL, 2015, p. 12).

Estudos demonstram que, no que se refere ao agravamento da questão da heterossexualização e feminilização da epidemia da AIDS, fatores de cunho cultural contribuem para isso. A resistência de alguns homens para utilizar o preservativo, por exemplo, é um desses fatores, pois muitos acreditam que esse método preventivo elimina a sua sensibilidade no ato sexual e interrompe o prazer, o que acaba por influenciar na perda da ereção, o que para alguns homens é considerado humilhante. Além desse fator, há também a visão machista e preconceituosa de alguns homens que

acham incorreto o fato de algumas mulheres portarem ou solicitarem o uso da camisinha masculina durante a relação sexual para a prevenção das DSTs, utilizando o argumento da confiança que deve existir na relação.

No nosso modelo societário as vulnerabilidades são diversas. Sabemos notadamente que aqueles que possuem um baixo poder aquisitivo, pouca escolaridade e vivem na pauperização, encontram-se inevitavelmente mais suscetíveis a contrair algumas doenças, e com o HIV/AIDS não é diferente. Nesta perspectiva, cabe ressaltar a importância da educação em saúde, para que o indivíduo amplie sua compreensão acerca tanto de seu estado de saúde quanto dos determinantes sociais que envolvem o adoecer e o estar sadio em HIV/AIDS, favorecendo um posicionamento crítico com relação ao contexto social e à qualidade de vida.

Ayres (2002) afirma que os enormes progressos do conhecimento e da técnica não esvaziaram os desafios da prevenção, uma vez que tais avanços não chegaram a alterar substantivamente os determinantes da vulnerabilidade ao HIV e à AIDS de significativos contingentes populacionais. Entre estes aspectos de vulnerabilidade, destacam-se a pobreza, a exclusão de base racial, a rigidez de papéis e condutas nas relações de gênero, a intolerância à diversidade, especialmente de opção sexual; o limitado diálogo com as novas gerações, o que no tocante aos segmentos jovens pode contribuir para uma maior vulnerabilidade social em contrair a doença.

Portanto, para que a epidemia da AIDS seja enfrentada em todas as suas dimensões se faz extremamente necessário compreendermos todas as formas de vulnerabilidade social, seja ela política, étnica, racial, de gênero ou cultural a que estão submetidos todos os segmentos sociais, e de maneira particular os jovens.

Os jovens sofrem todas ou praticamente todas as influências dos fatores socialmente construídos que contribuem para a sua vulnerabilidade diante da expansão dessa doença já tão debatida, mas ainda tão impositiva de desafios para as sociedades de modo geral.

É com o intuito de desvelar alguns fatores sociais que contribuem para uma maior intensificação do grau de exposição e vulnerabilização dos nossos jovens, diante da epidemia do HIV/AIDS, que se constitui o próximo tópico, propondo algumas possibilidades de enfrentamento dessa realidade.

2.2 A AIDS e a Juvenilização da Epidemia

Conforme já discutimos no decorrer deste trabalho, a AIDS é uma “doença social”, de todos, sem seletividade. Sabemos também que ao longo desses mais de 30 anos desde a sua descoberta, grandes foram os avanços técnico-científicos e sociais alcançados pela comunidade das ciências biológicas e sociais para a compreensão e enfrentamento dessa doença. Porém, a AIDS ainda vem impondo desafios cada vez maiores no que tange a sua prevenção e controle diante das sociedades, dando (res) significações a algumas posturas anteriormente entendidas como “naturais”, exigindo algumas tomadas de decisões e construções de novas ações para o seu combate.

Nesses termos, a epidemia do HIV/AIDS é, ao mesmo tempo, a mais individual e a mais social das doenças. É por isso que o trato da epidemia adentra o novo milênio tendo uma nova compreensão por parte dos governos. Hoje, a epidemia é entendida não apenas como risco individual, mas como uma gigantesca “vulnerabilidade social” (PARKER, 2000, *apud*, SANTOS, 2007, p.105).

Mesmo hoje, com tantos avanços no campo do debate acerca das formas de contaminação, tratamento, informações, etc., a AIDS continua promovendo uma verdadeira divisão societária, classificando as pessoas com sorologia negativa para o vírus como saudáveis, “limpas”, dignas, e as pessoas soropositivas são estereotipadas como aquelas que são doentes – biologicamente falando –, que devem ser distanciadas do convívio social, por acreditar-se que estas representam uma ameaça para a sociedade como um todo. Essa situação causa muitas vezes a intimidação dos infectados em procurar os serviços de saúde a eles direcionados, por medo de relatar a sua condição sorológica, promovendo muitas vezes a sua “morte social”, além de provocar o desenvolvimento de algumas doenças de ordem psíquica nessas pessoas.

Essa “morte social” resulta nas mais variadas formas de exclusão social vivenciadas pelas pessoas que contraíram a doença: cultural, religiosa, política, econômica, etc. Essas pessoas são excluídas do mercado de trabalho e passam a ser vistas como “detentoras” de uma enfermidade incurável provocando sua morte social. “Esse cidadão, imediatamente, se transforma em algo descartável que é

economicamente desnecessário, politicamente incômodo e socialmente ameaçador” (LESBAUPIN, 2000, *apud*, SANTOS, 2007, p. 109).

Diante das mudanças no perfil da doença sofridas ao longo dos anos, e acreditando que seu tratamento não se restringe apenas a uma intervenção pragmática, limitada na relação médico-paciente, focalizada na medicalização, acreditamos que o desenvolvimento de práticas educativas no âmbito da saúde, promotoras de um cuidado integral, tornam-se importantes aliadas na luta pelo controle da epidemia, e pela promoção das orientações preventivas, uma vez que as decisões sobre o comportamento sexual não podem ser isoladas das influências sociais, econômicas e culturais mais amplas que norteiam a vida dos indivíduos. A vulnerabilidade dos sujeitos à doença expõe as desigualdades no acesso a um atendimento qualitativo e abrangente ligado à promoção da saúde, configurando a epidemia como problema da população em geral – homens, mulheres, adolescentes, idosos –, não mais restrito a determinado segmento da sociedade. (GUEDES *et al*, 2009, p. 390).

Por ser considerada uma doença social, como já citado anteriormente, a AIDS pode acometer a todos, o que a torna cada vez mais preocupante e desafiador o seu enfrentamento diante de tantos fatores intensificadores das vulnerabilidades.

No tocante à juvenilização da epidemia, dados revelam que no Brasil o número de jovens infectados com o HIV vem crescendo rapidamente, independente do sexo e das suas condições societárias.

O primeiro caso de AIDS em jovens brasileiros foi notificado em 1982, atingindo o número de 10.337 casos entre jovens de 13 e 19 anos, considerando-se o período de 1982 a 2006 e o possível atraso de notificações e dificuldade de acesso do adolescente à testagem. A partir de 1998 houve a inversão da razão de sexo nos casos de AIDS nesta faixa etária, passando a predominar o sexo feminino com taxa de incidência de seis homens para cada dez mulheres. Atualmente predomina a categoria de exposição sexual, com diminuição proporcional dos casos por uso de drogas injetáveis (SALDANHA *et al*, 2008, p.36).

A desinformação acerca da doença e a falta de políticas públicas direcionadas para esse segmento intensificam ainda mais os entraves para que esses jovens

apreendam o grau de suas exposições em contrair a doença, diante das suas realidades individuais e coletivas. O que ainda vemos na atualidade são abordagens da doença numa perspectiva de promover o medo, a repressão sexual, a intimidação da sociedade, em especial dos jovens, perante a possibilidade de infecção pelo vírus. Entendemos que é preciso investir efetivamente em ações socioeducativas, que possibilitem a tal segmento uma melhor apreensão sobre a vulnerabilidade social em contrair as DSTs, numa perspectiva da educação em saúde.

Vale ressaltar que a educação em saúde, enquanto prática social e campo específico de intervenção possui um caráter político ao voltar-se para a reflexão da realidade social, identificando na mesma os determinantes do processo saúde-doença. Concordamos com Vasconcelos e Schmaller (2014, p. 82), quando estas afirmam que a “Educação em saúde pode ser considerada como um componente da promoção à saúde, na medida em que ultrapasse a abordagem preventiva e incentive ações efetivas de promoção”. De acordo com as referidas autoras, a educação em saúde pode ser concebida como um dos eixos de sustentação da promoção à saúde, sendo esta última entendida a partir de perspectiva de integralidade, intersetorialidade, trabalho interdisciplinar, controle social e organização e mobilização popular.

A maior concentração dos casos de AIDS no Brasil está nos indivíduos com idade entre 25 e 39 anos para ambos os sexos; entre os homens, essa faixa etária corresponde a 53,6% e, entre as mulheres, 49,8% do total de casos de 1980 a junho de 2015” (BRASIL, 2015, p. 13).

A questão da sexualidade precoce e desprotegida agravada pela desinformação, e por algumas questões que em pleno século XXI ainda são tabus, são vetores que contribuem para que essa realidade se efetive.

No que contempla o universo sexual no Brasil, Parker (1991) o descreve em cinco subsistemas que são referenciados na modelagem dessa sociedade.

No primeiro temos o que ele denominou de **sistema de gênero patriarcal**, caracterizado pela divisão ativo/masculino e passivo/feminino. Este sistema, concebido do contexto social patriarcal, visualiza-se por um “complexo sistema de dominações simbólicas e estabelecendo relações hierárquicas, não apenas entre homens e

mulheres em geral, mas entre uma série mais ampla de tipos classificatórios que estruturam o panorama sexual na cultura brasileira” (PARKER, 1991, p. 15).

O **sistema de proibições religiosas** é o segundo a que o autor faz referência. Sua gênese encontra-se na doutrina católica, tendo como valores fundamentais o casamento, a monogamia e a procriação. “A conduta sexual que combina com sucesso esses três elementos é compreendida como legítima e aceita dentro da visão católica de mundo” (op. cit., p.116). Qualquer postura fora desses valores é aqui apreendida como promíscua e pervertida, caracterizando o que a Igreja Católica denomina de pecado.

Em terceiro lugar, temos o **discurso médico higienista do século XIX**, influenciado pelos preceitos religiosos da época, “destinava-se menos à articulação de uma hierarquia de gênero do que à análise e tratamento das anormalidades e perversões, em descobrir as raízes da promiscuidade e afirmar a normalidade da sexualidade reprodutiva” (PARKER, 1991, *apud* CARRAORE; RIBEIRO, 2002, p.12). Prevalece nesse discurso a associação do pecado e da doença para com algumas expressões biológicas e sociais como a masturbação, prostituição e homossexualidade.

O quarto subsistema é resumido no **discurso da ciência moderna do sexo**, no qual o debate “ganha corpo” com as descobertas e divulgações científicas sobre o real significado do sexo e da sexualidade. Entram em cena as discussões contemporâneas sobre os direitos reprodutivos, o aborto, as reivindicações das minorias, assim como recentemente, a epidemia da AIDS. Esses avanços contribuíram significativamente para o questionamento de algumas posturas conservadoras diante da sociedade, assim como da autoridade religiosa.

Nesse discurso instituiu-se a busca pela compreensão da diversidade sexual, por meio da relativização e problematização do assunto.

Finalizando, Parker (1991) expõe como quinto subsistema, a **ideologia do erotismo**, na qual a transgressão das normas sexualmente impostas pela sociedade é o ponto alto dos acontecimentos. “Na intimidade das interações sexuais, as regras e regulamentos da vida cotidiana normal deixam de funcionar, e uma liberdade de expressão sexual que seria estritamente proibida no mundo externo molda-se na privacidade da prática erótica” (PARKER, 1991, p. 144).

Imersos nessa conjuntura de desigualdades e desatenção sociais, cheios de curiosidades, sonhos, expectativas e questionamentos, nossos jovens iniciam as suas primeiras relações sexuais na descoberta das suas sexualidades por um caminho um tanto quanto perigoso e, na maioria das vezes, de forma desprotegida e sem diálogo familiar. No caso das relações homoafetivas, esse diálogo torna-se praticamente inexistente, pela influência dos discursos heteronormativos, culturalmente introjetados por uma parte majoritária da sociedade. Na maioria das vezes, os jovens preferem ter as suas primeiras experiências sexuais com pessoas mais velhas.

Os jovens justificam o que consideram um padrão normal de iniciação sexual dizendo que é natural o mais velho ensinar ao mais novo e inexperiente as artes do sexo. Contudo, o que vemos é que, para além desse processo, e à medida que se caminha da infância para a juventude, vai-se crescendo na explicação para a organização dessas parcerias um valor econômico. a possibilidade de ganhos e facilidades no consumo de bens e serviços, que suas condições financeiras não permitem, através do relacionamento sexual com um homem mais velho. Em alguns casos, a possibilidade de sair de um arranjo familiar opressivo e violento, dado a homofobia dos pais, também é outra justificativa (RIOS, 2003, p.08).

Conforme afirmam Ayres *et al.* (1997) e Paiva *et al.* (2000), os jovens constituem o grupo mais vulnerável e, conseqüentemente, mais afetado no Brasil e no mundo pelo HIV/AIDS. “Esses dados estão relacionados a estatísticas diversas de estudos realizados em vários países” (COSTA, 2010, p. 57).

Um dos documentos mais atualizado no momento, o Boletim Epidemiológico do ano de 2015, reafirma a permanência crescente dos casos de HIV na juventude brasileira. “Dentre os destaques relevantes deste Boletim, fica reiterado o fato de que o crescimento de AIDS na juventude (15 a 29 anos) continua sendo uma preocupação importante e que as ações nesse segmento têm de ser intensificadas” (BRASIL, 2015, p. 03).

Os dados apresentados nesse boletim vêm nos confirmar que a epidemia da AIDS no território brasileiro tem uma “face”, ou seja, ela está concentrada em populações-chave que correspondem à maioria dos novos casos e reafirmam algumas

das suas tendências: gays, profissionais do sexo, usuários de drogas ilícitas injetáveis, e uma grande maioria das classes mais pauperizadas.

Sabemos que com o processo de interiorização a doença se disseminou rapidamente e assumiu características distintas para cada realidade social. Exigindo assim, também, posicionamentos no combate e controle à doença das autoridades competentes em parceria com a sociedade civil organizada.

Santos (2007), discutindo a interiorização da epidemia, explicita que esta não é mais preponderante aos grandes centros urbanos, passando a espalhar-se pelas cidades de médio e pequeno porte do país; o que implica refletir sobre a necessidade dos municípios de introduzir em suas agendas políticas públicas e ações voltadas para a AIDS.

Para Costa (2010, p. 59),

Um dos processos mais importantes no caminho da contenção do HIV é o fato do Brasil adotar medidas de prevenção não discriminatórias, nas quais a política de acesso aos insumos preventivos gratuitos, testagem e tratamento deve alcançar a todos qualificada e indistintamente.

Dessa forma, “novos infectados têm podido conviver com sua condição de soropositividade sem que isso chegue a afetar o mais essencial de seus projetos e estilos de vida. Uma geração inteira está chegando à adolescência vivendo com o HIV” (AYRES, 2002, p.12).

Boa parte dessa geração juvenil de soropositivos possui mais um agravante no que se refere às meninas. A heterossexualização da epidemia vem trazendo consigo um altíssimo número de jovens gestantes e com sorologia positiva para o HIV, o que, dependendo da forma que essa gravidez é tratada, pode vir a contribuir para um significativo aumento nos números de crianças recém-nascidas contaminadas durante o parto, a qual se denominou de **transmissão vertical**.

No Brasil, desde 2000 até junho de 2015, foram notificadas 92.210 gestantes infectadas com o HIV, a maioria destas residentes na região Sudeste (40,5%), seguida pelas regiões Sul (30,8%), Nordeste (15,8%), Norte (7,1%) e Centro-Oeste (5,7%). Em 2014, foram identificadas 7.668 gestantes no Brasil, sendo 35,1% na região Sudeste, 28,1% no Sul, 20,0% no Nordeste, 11,2% no Norte e 5,5% no Centro-Oeste (BRASIL, 2015, p. 07).

As pesquisas indicam que a maioria das gestantes infectadas com HIV, notificadas no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), estão com idades entre 20 a 29 anos.

Em Campina Grande - PB, o número de casos de pessoas vivendo com o HIV/ADS vem aumentando consideravelmente em todos os segmentos sociais, mas, particularmente, entre o público jovem que, por diversos motivos, encontram-se mais vulneráveis, conforme discutiremos no capítulo que se segue.

Capítulo III

A Pesquisa de Campo

Capítulo III- A Pesquisa de Campo

A pesquisa ora apresentada teve como objetivo principal analisar os fatores que contribuem para uma maior vulnerabilidade em contrair o HIV/AIDS por jovens atendidos/as no Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS e Hepatites Virais da cidade de Campina Grande/PB. As nossas inquietações em torno de tal temática são frutos da experiência de estágio supervisionado em serviço social, realizada no período de julho de 2014 a dezembro de 2015, no Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS e Hepatites Virais (SAE), localizado no Município.

Durante nossa inserção em tal espaço, foi possível identificar o crescimento da doença nos segmentos mais jovens, trazendo as inquietações que nortearam o nosso processo investigativo e resultaram na pesquisa aqui apresentada, quais sejam: Que fatores contribuem para a vulnerabilidade em contrair o HIV/AIDS por jovens atendidos/as no Serviço de Assistência Especializada (SAE)? Qual o perfil socioeconômico e cultural desses jovens? Em que medida os aspectos culturais, econômicos e sociais contribuíram para a vulnerabilidade em contrair a doença?

Cabe destacar que, até outubro de 2014, de acordo com o Boletim Epidemiológico do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, publicado nesse mesmo ano, cerca de 589 pessoas, de idade igual ou maior que quinze anos, iniciaram o tratamento na Paraíba. O Estado atualmente conta com três ambulatórios de SAE, um deles está localizado em João Pessoa, capital paraibana, os outros localizam-se nas cidades de Campina Grande e Patos, respectivamente.

3.1. O Lócus da Pesquisa: Caracterizando o Campo de Estágio

Desde o seu surgimento no Brasil, o HIV/AIDS tem se configurado em um grande desafio no âmbito da saúde pública. Nessa perspectiva, diversas medidas vêm sendo tomadas para o enfrentamento da doença.

Conforme destaca Braga et al (2013), o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Nacional de DST e AIDS, implantou diversas modalidades de atendimento, tanto na área de prevenção quanto no diagnóstico e tratamento da doença. Diante disso, diretrizes e ações de intervenção foram estabelecidas com o intuito de direcionar responsabilidades aos diversos níveis de esfera governamental, na rede pública do Sistema Único de Saúde (SUS), objetivando, com isso, a implantação de serviços alternativos à assistência convencional, por meio de conceitos individualizados de níveis de atenção, resolutividade diagnóstico-terapêutica, em busca da obtenção da melhoria na qualidade de vida dos pacientes e racionalização de recursos humanos e financeiros. Deu-se, então, a criação de serviços específicos de atendimento aos portadores de HIV/AIDS, como os Serviços de Assistência Especializada (SAE), Serviços de Atendimento Domiciliar Terapêutico (ADT), Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e os Hospitais-Dia (HD). Tais serviços têm atendido à demanda relativa às infecções pelas DST/AIDS de modo a constituir uma rede especializada em saúde. Nesse âmbito, destaca-se os Serviços de Assistência Especializados em HIV/AIDS (SAE), que tem função de suporte ambulatorial, buscando, portanto, garantir aos usuários assistência durante todo período de tratamento clínico; orientar e encaminhar os usuários, (caso haja necessidade) a outros serviços e estimular a adesão ao tratamento de forma a proporcionar assim a melhoria na qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) (CLEMENTINO, 2014, p. 57-58).

No Município de Campina Grande/PB, o Serviço de Assistência Especializado (SAE), teve sua fundação no ano de 2003, estando vinculado à Secretaria Municipal de Saúde desta cidade. Atualmente localiza-se na Rua Siqueira Campos no bairro da Prata, nº. 658. Entretanto, no início do estágio curricular supervisionado, a instituição funcionava provisoriamente em uma casa alugada, localizada na Avenida Marechal Floriano Peixoto, nº 1204, bairro do Centenário.

Seu espaço físico é composto por (01) estacionamento que comporta no máximo 03 veículos de pequeno ou médio porte; (01) recepção; (02) salas de espera; (01) farmácia; (02) consultórios médicos, um destes consultórios é também a sala da psicologia em dias e horários alternados; (01) sala da coordenação; (01) sala do Serviço Social; (01) sala da enfermagem; (01) cozinha; (01) dispensa; (03) banheiros; (01) almoxarifado; e (01) pequena área de serviço.

A atual equipe multiprofissional é composta por (05) médicos, infectologistas de adulto e pediátrico; (02) psicóloga; (02) assistentes sociais; (01) farmacêutica; (01)

dispensadora de medicamentos; (01) coordenadora; (02) enfermeiras; (02) técnicas em enfermagem; (02) recepcionistas; (01) cozinheira; (01) motorista; (01) motoboy; (01) serviços gerais.

Com a equipe que possui, o SAE oferece serviços de atendimentos em infectologia; pediatria; acompanhamento psicológico e social; distribuição de insumos e preservativos; dispensação de medicamentos; atividades educativas objetivando incentivar a adesão ao tratamento, no compartilhamento de informações e contribuir para a prevenção e controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs).

Apesar de algumas limitações, o SAE, por ser uma unidade de saúde, presta uma assistência às pessoas vivendo com HIV/AIDS a nível secundário, possuindo um papel fundamental no enfrentamento dos desafios colocados para essas pessoas. Além disso, busca viabilizar por meio de esclarecimentos, encaminhamentos, dentre outros serviços, a efetividade dos direitos dos seus usuários, objetivando um atendimento integral.

De acordo com os documentos de regulação do funcionamento interno, o SAE tem como atribuições específicas:

- Promoção de ações e atividades educativas na busca de contribuir para a prevenção e melhoramento da saúde;
- Abertura de prontuários com notificações através do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN);
- Sensibilização dos profissionais envolvidos no Serviço Municipal de Saúde para recepção e acolhimento humanizado para com os usuários do serviço, de forma a serem atendidos com o devido respeito e responsabilidades profissionais que perpassa pela ética e pelo sigilo nas instituições de saúde;
- Acompanhamento de pré-natal com encaminhamento de gestantes soropositivas do SAE ao Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA) e demais serviços de atendimento às gestantes;
- Aconselhamento para adesão à terapia instituída, evitando o abandono do tratamento e fortalecendo o controle da doença;

- Operacionalização de um projeto político de assistência voltada para o bem-estar, humanização e qualidade de vida do usuário, visando garantir a resolutividade, equidade e integralidade dos serviços, facilitando, assim, o acesso do usuário ao SAE e a outros serviços de referência, em busca de tratamento de outras especialidades médicas como: oftalmologista, dermatologista, proctologista, cardiologista, urologista, neurologista, entre outros;
- Valorização dos profissionais integrantes da equipe multiprofissional, com a realização de reuniões mensais e estudos de casos;
- Capacitação dos profissionais da equipe;
- Realização de Atendimento Domiciliar Terapêutico (ADT);
- Realização de atividades inerentes ao serviço e ações em DST/Aids;
- Participação em Congressos e eventos alusivos à temática que envolvam temas sobre DSTs e AIDS, para aperfeiçoar e trocar conhecimentos e experiências acerca do serviço.

É importante ressaltar que, com o processo de contrarreforma do Estado iniciado no Brasil no contexto dos anos 1990, as contradições originadas nesse processo interferem diretamente na qualidade dos serviços prestados na saúde, bem como na política de enfrentamento do HIV/AIDS, considerando que, conforme destacamos inicialmente, a doença vem atualmente crescendo no país.

Cabe ressaltar, de acordo com a UNAIDS (2016), que, no Brasil, apenas 6% do orçamento estaria sendo usado para programas de prevenção e, das 830 mil pessoas vivendo com a doença, 452 mil estariam recebendo a terapia, cerca de 55%.

Portanto, considerando o atual aumento da doença no país, se faz necessário um maior investimento em políticas voltadas para seu enfrentamento, como também em pesquisas que contribuam para uma maior apreensão em torno dos elementos que vêm possibilitando o crescimento desta em todos os segmentos sociais.

3.2. Aspectos Metodológicos da Pesquisa e Apresentação e Discussão dos Dados Coletados

Os resultados que se apresentam a seguir são frutos da realização da pesquisa de campo desenvolvida no Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS e Hepatites Virais, na cidade de Campina Grande/PB, iniciada no mês de julho do ano de 2015 sendo finalizada apenas no mês de março de 2016. Participaram da pesquisa jovens com idades entre 15 e 29 anos que são soropositivos e vêm realizando seu tratamento junto ao SAE/CG.

Para tal, utilizamos do tipo de pesquisa exploratória e descritiva, subsidiada pelo método histórico-crítico e abordagem quanti-qualitativa dos dados coletados. Conforme define Minayo (2010, *apud* FERNANDES, 2014, p. 2):

este tipo de método procura “desvelar” processos sociais que ainda são pouco conhecidos e que pertencem a grupos particulares, sendo seu objetivo e indicação final, proporcionar a construção e/ou revisão de novas abordagens, conceitos e categorias referente ao fenômeno estudado.

No que se refere à pesquisa do tipo exploratória, de acordo com Gil (2007), esta traz características de determinada população ou determinado fenômeno. Quanto à natureza da investigação de caráter quanti/qualitativo, Martinelli (1999) destaca que, mais do que a mera descrição de um objeto, a abordagem qualitativa busca conhecer trajetórias e experiências dos sujeitos envolvidos, ou seja, busca algo que muitas vezes não pode ser quantificado. Ambas (a pesquisa quantitativa e qualitativa), contudo, tem o caráter de complementaridade. Vale destacar ainda o uso da pesquisa bibliográfica e documental, para uma maior e melhor apreensão da temática abordada.

No que se refere aos instrumentos de coleta de dados, além da utilização da observação participante e do diário de campo, utilizamos a entrevista semiestruturada, com roteiros específicos dividido em duas partes, a primeira constando os aspectos socioeconômicos dos usuários, e a segunda parte abordou os aspectos referentes aos objetivos da pesquisa. Para a coleta das informações junto aos sujeitos que participaram da pesquisa, foi solicitado para todos a sua prévia autorização mediante o

esclarecimento dos objetivos da pesquisa, e a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE.

A pesquisa está direcionada a seres humanos, mais especificamente ao público jovem, estes compreendidos na definição do Estatuto da Juventude, Lei 12.852 de agosto de 2013, que define em seu parágrafo I do artigo 1º que, “Para os efeitos desta Lei, são consideradas jovens as pessoas com idade entre 15 (quinze) e 29 (vinte e nove) anos de idade”. Portanto, necessitou de apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, tendo sido aprovada em 10 de junho de 2015, conforme assegura o Conselho Nacional de Saúde através da Resolução nº. 511/2016.

O estudo realizou-se tomando por base o número de jovens atendidos no SAE/CG no período de janeiro de 2014 a abril de 2015, sendo em média 30 usuários. Destes, foram entrevistados 10 usuários da referida faixa-etária, os quais representam uma amostra que corresponde a um percentual de quase 35% dos jovens que buscaram tal serviço no período citado.

A Análise dos dados coletados se deu a partir da análise de conteúdo, que permite compreender criticamente alguns dos sentidos das falas, as suas significações implícitas e explícitas e sua relação com a realidade social a ser investigada.

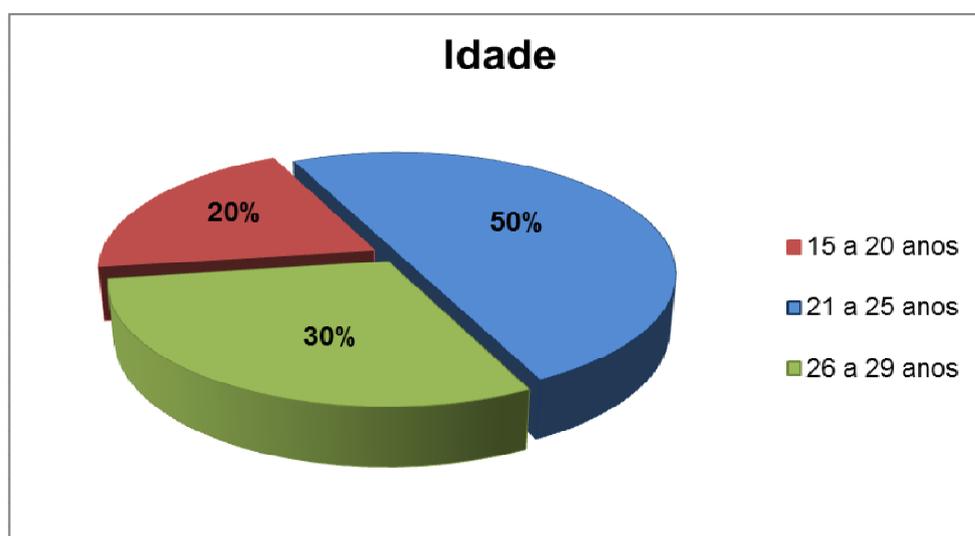
3.2.1. Perfil socioeconômico dos/as Entrevistados/as

A epidemia da AIDS, apesar dos grandes avanços alcançados no seu enfrentamento, como já mencionados anteriormente, ainda é preocupação constante na área da saúde, por continuar em expansão em larga escala. De acordo com a UNAIDS, em termos globais, o número de novas infecções pelo mundo caiu de forma modesta, de 2,2 milhões em 2010 para 2,1 milhões em 2015. O Brasil e a América Latina, porém, caminharam em uma direção oposta. Conforme destacamos no início do trabalho, os números do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) sobre a população vivendo com a doença no País passou de 700 mil, em 2010, para 830 mil em 2015.

Considerando tais dados, entendemos ser de extrema relevância a construção do perfil socioeconômico dos sujeitos desta pesquisa, na perspectiva de apreender melhor os elementos que contribuem para um maior ou menor grau de vulnerabilidade de cada um dos participantes em suas realidades objetivas, e para colaborar com a elaboração de possíveis ações no enfrentamento da epidemia, mais especificamente aquelas direcionadas ao segmento jovem da sociedade brasileira.

Na construção do perfil socioeconômico dos/as usuários/as entrevistadas priorizamos os aspectos de maior relevância como: idade, sexo, escolaridade, estado civil, situação ocupacional, moradia, se tem filhos e a quantidade destes, renda individual e origem da renda, os quais serão apresentados e analisados através dos gráficos que se seguem:

- **Gráfico 01: Faixa etária dos usuários sujeitos da pesquisa**



Fonte: Pesquisa de campo realizada no Serviço de Assistência Especializada (SAE), Campina Grande – PB, 2014/2015.

No que se refere à idade dos participantes entrevistados na pesquisa, é possível identificar (**ver gráfico 01**) que dentre os pesquisados, 50% destes possui idades entre 21 a 25 anos. Seguido dos demais que se encontram com idades entre 15 a 20 anos,

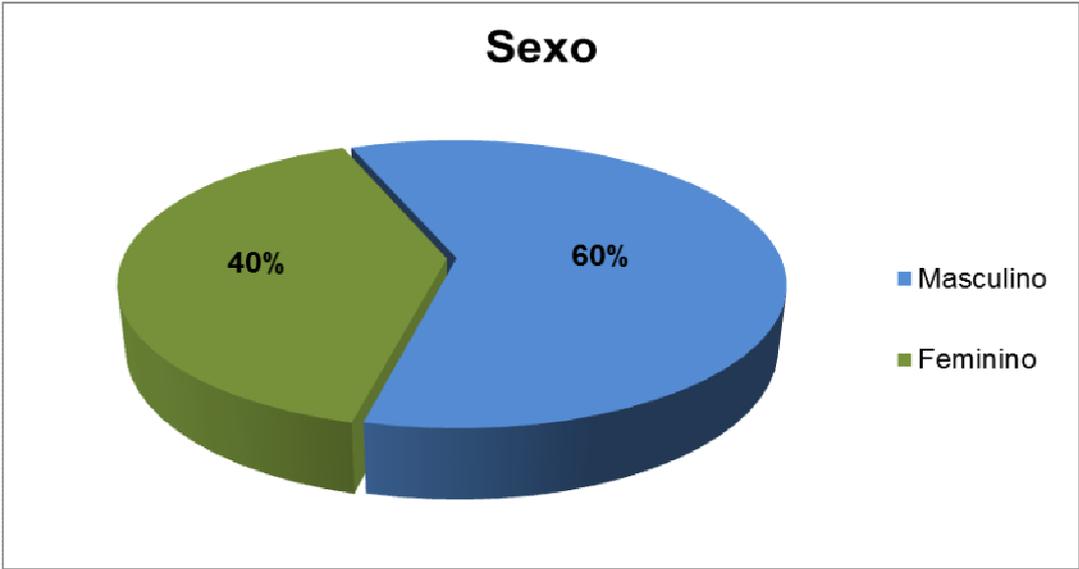
sendo 20%, e de 26 a 29 anos, sendo 30%. Os números apresentados no gráfico 01 vêm embasar e fortalecer a discussão da tendência da juvenilização da doença.

Clementino (2014) afirma que a juvenilização da epidemia vem se alastrando rapidamente, e atualmente a faixa etária dos casos de AIDS está se modificando, apresentando maior incidência em indivíduos mais jovens (homens e mulheres). Nos últimos anos as maiores taxas de detecção de HIV/AIDS foram observadas entre aqueles com idade de 15 a 49 anos.

Cabe destacar que o vírus pode demorar anos para se manifestar, o que nos leva a supor que muitas dessas pessoas podem ter adquirido o vírus ainda com idade inferior à faixa-etária identificada, e somente ter constatado a contaminação pelo HIV anos depois.

Muitas pessoas que vivem com HIV desconhecem seu status sorológico, e estratégias efetivas para promover maior acesso ao aconselhamento e testagem para o HIV são fundamentais para o diagnóstico precoce, diminuição da transmissão e melhoria da qualidade de vida dessa população (BRASIL, 2013, p.14).

- **Gráfico 02: Distribuição dos sujeitos entrevistados por sexo**



Fonte: Pesquisa de campo realizada no Serviço de Assistência Especializada (SAE), Campina Grande – PB, 2014/2015.

O **gráfico 02** demonstra dentre os sujeitos entrevistados a prevalência majoritária de homens na contração do vírus em relação às mulheres. Demonstrando que, dentre os jovens entrevistados, 60% se identificam como sendo do sexo masculino e 40% se afirmam do sexo feminino. Todavia, esse quadro vem se modificando progressivamente ao longo dos anos.

O Boletim Epidemiológico do ano de 2014 revela que:

foram registrados no Brasil, desde 1980 até junho de 2014, 491.747 (65,0%) casos de AIDS em homens e 265.251(35,0%) em mulheres. No período de 1980 até 2008, observou-se um aumento na participação das mulheres nos casos de AIDS. Com isso, a razão de sexo, expressa pela relação entre o número de casos de AIDS em homens e mulheres, apresentou redução de até 15 casos em homens para cada 10 casos em mulheres. (BRASIL, 2014, p. 12).

Esses percentuais tiveram elevação no ano seguinte demonstrando que “foram registrados no Brasil, desde 1980 até junho de 2015, 519.183 (65,0%) casos de AIDS em homens e 278.960 (35,0%) em mulheres. No período de 1980 até 2003, observou-se um aumento na participação das mulheres nos casos de AIDS” (BRASIL, 2015, p. 11).

Garcia e Souza (2010) ressaltam que a epidemia da AIDS vem crescendo de forma considerável entre mulheres em consequência da transmissão heterossexual. Assim, desde 1993, essa passou a ser a principal modalidade de exposição ao HIV para o conjunto de casos notificados no país, chegando a ultrapassar as categorias “homossexuais” e “bissexual”.

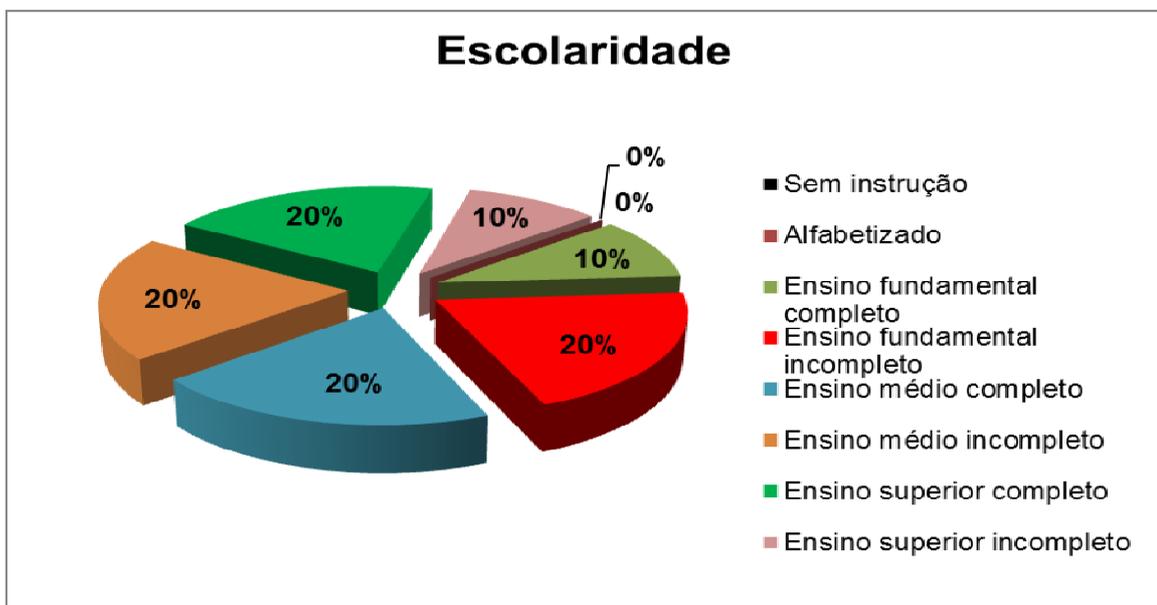
Diversos são os fatores que contribuem para que a taxa de feminilização da doença venha aumentando consideravelmente, dentre esses fatores podemos destacar; os aspectos biológicos³, culturais e socioeconômicos. No que se refere aos aspectos culturais, as mulheres, em sua maioria, são submissas nas mais diversas

3. De acordo com, Chiriboga, (1997; Coll et al., 1999 *Apud* BASTOS, 2001, p.11) “As mulheres são mais vulneráveis à infecção pelo HIV do ponto de vista biológico. A superfície da mucosa vaginal exposta ao sêmen é relativamente extensa, e o sêmen tem uma concentração de HIV (livre e no interior das células) significativamente maior do que o líquido vaginal. Além disso, há uma maior direcionalidade do sêmen – que é ejaculado, ou seja, eliminado sob a forma de jato –, frente ao líquido vaginal, que se difunde por espalhamento”.

relações com seus parceiros, resultado de uma construção social embasada no patriarcado, na qual há uma valorização do homem e em contrapartida a desvalorização da mulher, o que reflete direta e indiretamente nos aspectos socioeconômicos.

Vale salientar ainda que um dos fatores que também contribui bastante para o aumento de mulheres infectadas pelo vírus HIV é a desinformação, agravada pelo baixo nível de escolaridade, como demonstra o gráfico a seguir:

- **Gráfico 03: Escolaridade dos participantes da pesquisa**



Fonte: Pesquisa de campo realizada no Serviço de Assistência Especializada (SAE), Campina Grande – PB, 2014/2015.

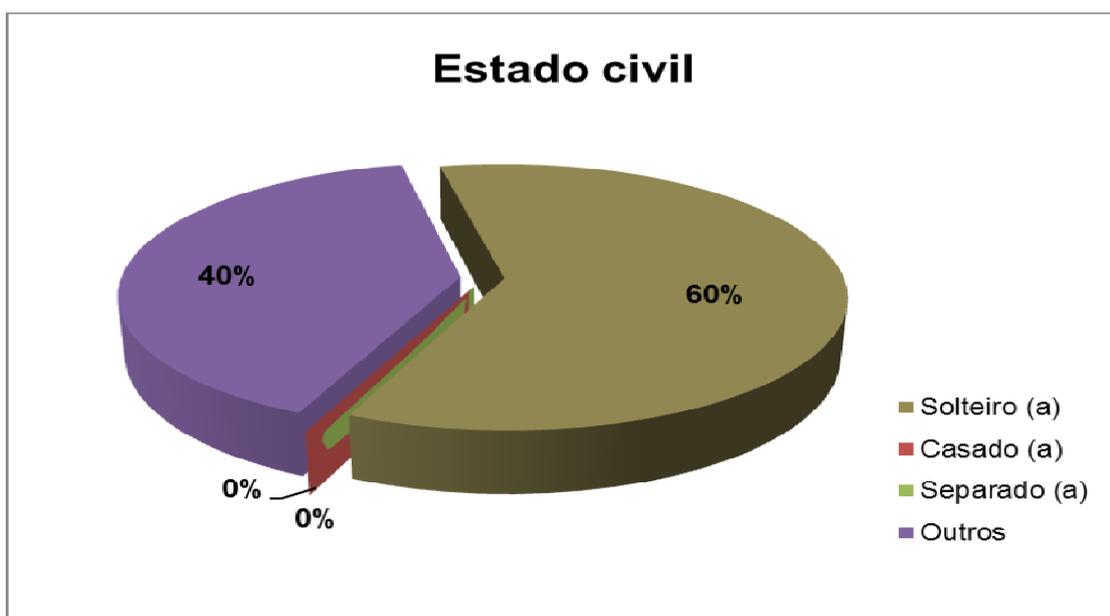
Na década de 1980, quando começaram a ser diagnosticados os primeiros casos de AIDS no Brasil, o público tomado como “grupos de risco” era majoritariamente homens que mantinham relações sexuais com outros homens, que em sua maioria pertenciam a um estrato social com alto grau de escolaridade. Porém, à medida que a doença avançou esse perfil foi se modificando.

Hoje a epidemia do HIV/AIDS afeta todo o mundo, independente do segmento social, tornando-se uma questão de saúde pública, e exigindo políticas e ações

direcionadas para o enfrentamento da doença e de seus agravantes. “Segundo a escolaridade, observa-se que a maioria possui da 5ª à 8ª série incompleta, representando 31,6% dos casos notificados em 2013” (BRASIL, 2014, p.10).

O Gráfico anterior (**ver gráfico 03**) vem confirmar que essa realidade também se manifesta entre os jovens que vivem com o HIV/AIDS na cidade de Campina Grande/PB. Dentre os 10 entrevistados, apenas 10% realizaram a conclusão do ensino fundamental, 20% não concluíram o ensino fundamental, 20% conseguiram terminar o ensino médio, 20% não finalizaram o ensino médio, 20% possuem o ensino superior incompleto, e somente 10% concluíram o ensino superior.

- **Gráfico 04: Estado civil dos participantes entrevistados**

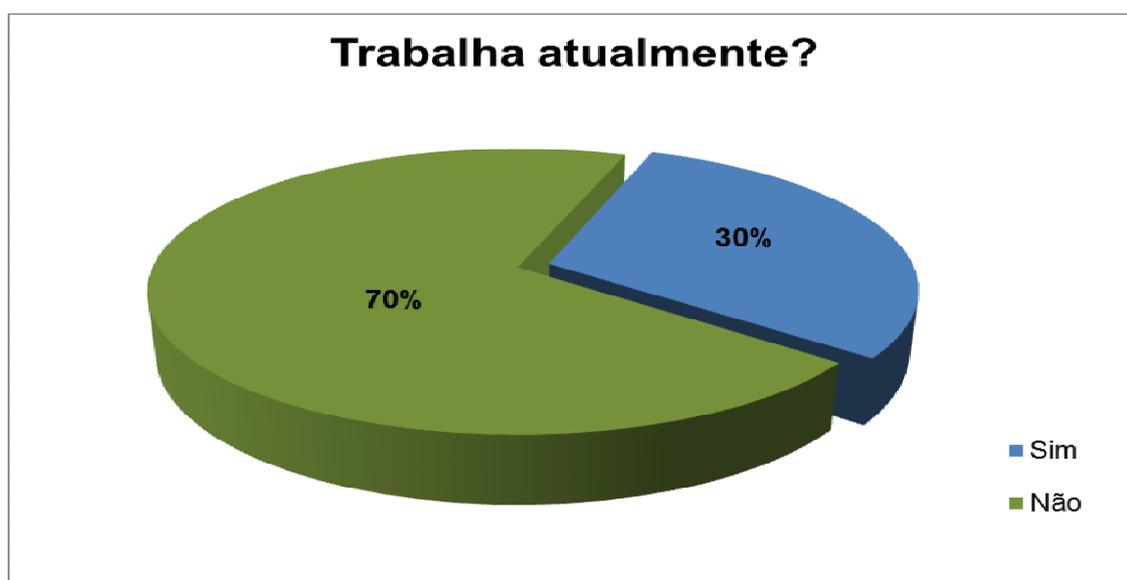


Fonte: Pesquisa de campo realizada no Serviço de Assistência Especializada (SAE), Campina Grande – PB, 2014/2015.

Geralmente quando abordamos o tema das doenças sexualmente transmissíveis, nas quais se inclui a AIDS, muitas vezes se descarta a vulnerabilidade a que estão sujeitos os casais em relação estável. O “estar casado”, para muitos casais, representa “segurança” para este tipo de doenças, o que vem acarretando um crescimento de casais heterossexuais infectados pela doença.

No que se refere ao público desta pesquisa, ou seja, jovens entre 15 a 29 anos vivendo com o HIV/AIDS e atendidos no SAE-CG, o **gráfico 04** demonstra que em sua grande maioria são solteiros (60%), que 40% optaram pela opção “outros” o que pode significar estar namorando ou envolvido com alguém. A opção “casado(a)” provavelmente pode não ter sido indicada, considerando que boa parte das pessoas ainda considera como casamento apenas as relações oficializadas judicialmente.

- **Gráfico 05: Situação ocupacional dos participantes entrevistados**



Fonte: Pesquisa de campo realizada no Serviço de Assistência Especializada (SAE), Campina Grande – PB, 2014/2015.

No que se refere à situação ocupacional dos jovens entrevistados, conforme foi possível evidenciar durante nossa inserção no SAE, a realidade é ainda mais preocupante, pois muitos ainda estão na busca do seu 1º emprego. Não tendo muitas vezes nenhuma experiência profissional e pouco estudo, ficam cada vez mais fora do mercado de trabalho formal, e a sua condição sorológica só agrava a situação, como foi por eles relatado.

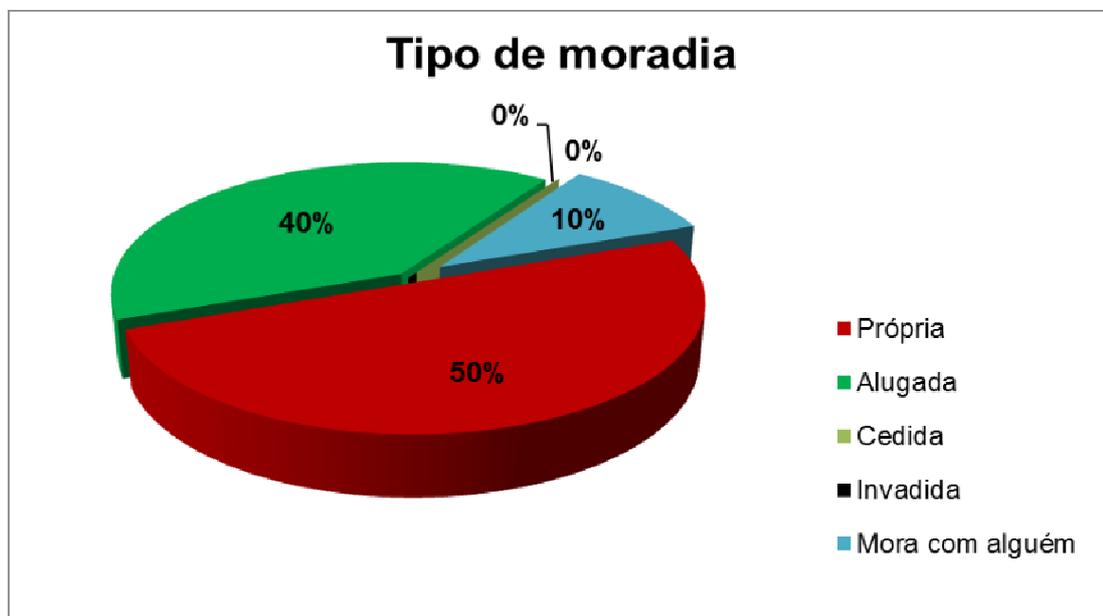
O **gráfico 05** vem confirmar o que ressaltamos, considerando que apenas 30% dos pesquisados trabalham, enquanto 70% encontram-se fora do mercado de trabalho

formal. Com o surgimento da AIDS, as pessoas vivendo com a doença passaram a sofrer sérios processos de violação dos seus direitos. Diante de várias situações de injustiça, preconceitos e discriminações sofridas por tal segmento, várias instituições (ONGs, grupos de apoio, instituições de saúde, judiciais, etc.) se reuniram para lutar pela elaboração de um documento que resguardasse todos os direitos das PVHA, o que mais adiante resultou na Declaração dos Direitos das Pessoas Vivendo com HIV/AIDS no Brasil.

Dentre os direitos conquistados pelas pessoas que vivem com Aids, cabe destacar no que concerne aos direitos trabalhistas: de acordo com a lei nº 7.670, de 08 de setembro de 1988, estendeu às pessoas portadoras do vírus HIV ou doentes de Aids vários benefícios, dentre eles, direito à licença para tratamento de saúde e aposentadoria para os servidores públicos federais. Quanto aos direitos regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), a lei nº 7.670/88 assegurou o recebimento de auxílio doença, aposentadoria ou auxílio-reclusão para quem viesse a manifestar Aids após estar filiado à previdência social, e direito ao levantamento do fundo de garantia por tempo de serviço dos trabalhadores portadores do vírus HIV para tratamento de saúde. Outra conquista diz respeito à reintegração do trabalhador demitido por discriminação, e condenação da empresa ao pagamento de indenização por danos morais e materiais à pessoa (MIRANDA, 2008, p.38).

Cabe destacar que nenhuma pessoa que vive com o vírus HIV é obrigada a falar sua condição sorológica dentro ou fora do ambiente de trabalho, estando resguardado por lei o sigilo da sua soropositividade. Entretanto, mesmo estando acobertados pela lei, na prática não é isso que acontece. Muitas pessoas que vivem com o HIV/AIDS escondem a sua condição e, muitas vezes, recusam o tratamento por medo de serem discriminadas ou reconhecidas por alguém próximo, o que reflete direta e indiretamente em seu adoecimento físico e mental.

- **Gráfico 06: Tipo de moradia onde residem os participantes entrevistados**



Fonte: Pesquisa de campo realizada no Serviço de Assistência Especializada (SAE), Campina Grande – PB, 2014/2015.

Sabemos que um lugar para morar é essencial para todos, além de um direito fundamental garantido na Constituição Federal de 1988, na perspectiva de garantir a dignidade das pessoas, em especial, as mais carentes e vulneráveis econômica e socialmente. Conforme é possível evidenciar a partir do gráfico sobre tipo de moradia, 50% responderam que possuem casa própria, entendendo por própria por ainda morarem com seus pais, outros 40% moram em casas alugadas, 10% encontram-se morando com alguém.

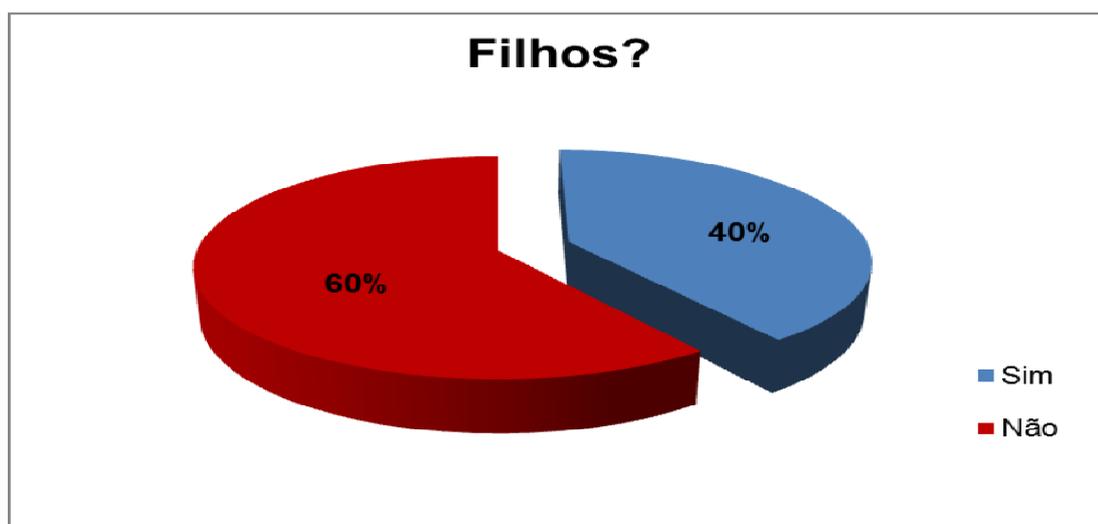
Cabe enfatizar que, no ano de 2002, ao assumir a presidência do Brasil, Luís Inácio Lula da Silva criou o Ministério das Cidades. Este teve como a sua maior iniciativa no âmbito habitacional a criação do Programa Minha Casa, Minha Vida (PMCMV). Uma parceria dos governos juntamente com a iniciativa privada (empresários da área da construção civil) e a Caixa Econômica Federal como canal das concessões monetárias e de operacionalização das parcelas.

Souza (2013) ressalta que “a maior parte dos recursos é destinada a produção de casas para famílias com renda de três a dez salários mínimos, sendo a maior

demanda por habitações encontradas em famílias com renda de zero a três salários”. Todavia, nem todos que realmente precisam de uma moradia conseguem ter acesso a ela, a burocracia é um dos maiores entraves.

O que podemos destacar, é que apesar de alguns avanços no que se refere à questão da moradia, como um maior acesso da população de baixa renda à casa própria, ainda existe um grande déficit habitacional em nosso país, como também a necessidade de se compreender [...] que a habitação, é muito mais que um teto, é o espaço em que se vive, abarcando vários equipamentos como, esgotamento sanitário, transporte, escolas, serviços de saúde e outros (SOUZA, 2013, *apud*, CLEMENTINO, 2014, p. 69).

- **Gráfico 07: Usuários entrevistados que possuem filhos ou não.**



Fonte: Pesquisa de campo realizada no Serviço de Assistência Especializada (SAE), Campina Grande – PB, 2014/2015.

A epidemia da AIDS trouxe para o centro dos debates diversas preocupações, dentre estas, a transmissão do vírus HIV da mãe para o filho, a chamada transmissão vertical já mencionada anteriormente. Processo que pode acontecer durante a gestação sem o tratamento adequado por parte da mãe ou durante o momento do trabalho de parto se não tomadas as devidas precauções. “No Brasil, essa forma de transmissão tem

sido responsável por cerca de 90% dos casos notificados de AIDS em menores de 13 anos” (MOURA; PRAÇA, 2006, p.23).

Segundo o Boletim Epidemiológico de 2015, a taxa de detecção de gestantes com HIV no Brasil vem apresentando tendência de aumento nos últimos dez anos, “em 2005, a taxa observada foi de 2,0 casos para cada mil nascidos vivos, a qual passou para 2,6 em 2014, indicando um aumento de 30,0%” (BRASIL, 2015, p.07).

Como tentativa para modificar a situação de transmissibilidade vertical do HIV, tem-se utilizado, para as gestantes, a terapia antiretroviral com Zidovudina (AZT). Seu uso reduziu o risco de transmissão vertical de 14% a 30% para 8,3%, oferecendo esperança em relação à redução do número de crianças infectadas. Por esse motivo, no Brasil, o Ministério da Saúde recomenda seu emprego nas maternidades a partir da 14ª semana de gestação (via oral), durante o trabalho de parto e o parto (via endovenosa), ao recém-nascido (via oral) até seis semanas de vida, bem como a realização do teste anti-HIV para todas as gestantes durante o pré-natal. Recomenda, também, que o aleitamento materno deve ser evitado. A atenção a essas medidas tem reduzido o número de casos de AIDS em menores de 13 anos, no País, desde 1997 (MOURA; PRAÇA, 2006, p. 406).

Ao tomar conhecimento da sua sorologia positiva para o HIV e após os devidos esclarecimentos acerca do assunto, é de responsabilidade da mulher juntamente como seu parceiro a decisão de ter filho ou não. Em relação aos sujeitos desta pesquisa, ao serem questionados se tinham filhos, 60% afirmaram que não possuíam filhos, enquanto um percentual de 40% responderam ter de 01 a 02 filhos (**ver gráfico 07**).

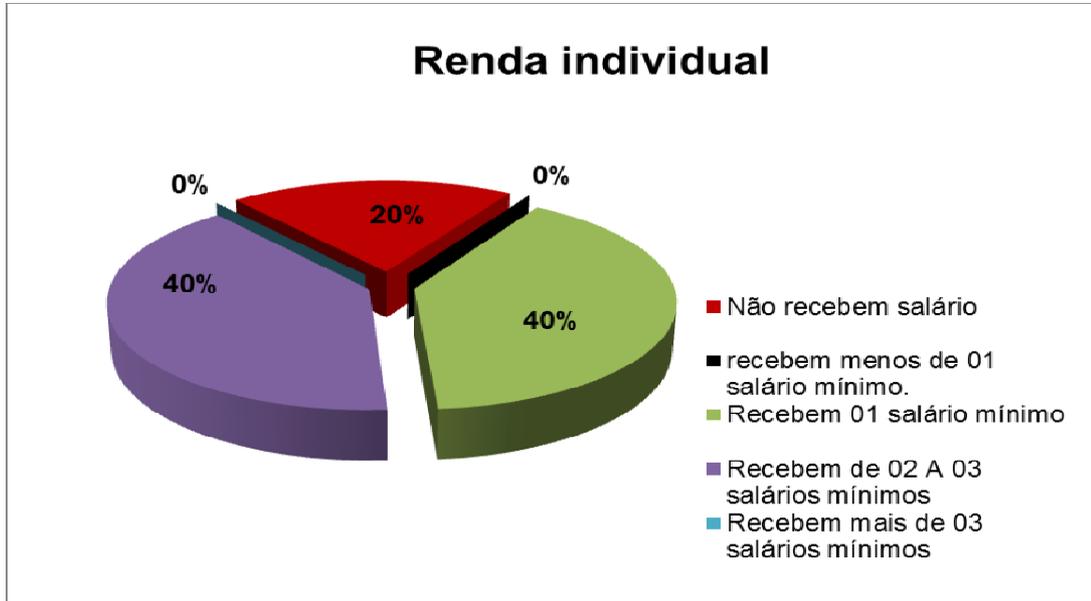
- **Gráfico 08: Quantidade de filho que os participantes da entrevista afirmam ter.**



Fonte: Pesquisa de campo realizada no Serviço de Assistência Especializada (SAE), Campina Grande – PB, 2014/2015.

Do universo de 10 entrevistados, 40% responderam que tinham filho. Destes 50% possuem 01 filho e os outros 50% possuem 02 filhos. Diante dos riscos que uma criança corre de contrair o vírus HIV através da transmissão vertical, muitas mães vivendo com HIV/AIDS evitam engravidar novamente e acabar infectando o feto ou o recém-nascido durante o trabalho de parto. Situação que se agrava ainda mais por existirem profissionais da área da saúde que se recusam a realizar o parto cesariano em usuárias que possuem soropositividade para o HIV, muitas vezes porque preconizam e defendem o parto normal a qualquer custo. Acontece em algumas situações como essas a necessidade de judicializar junto às autoridades competentes, na perspectiva de evitar a transmissão vertical da doença.

- **Gráfico 09: Renda dos participantes da entrevista.**



Fonte: Pesquisa de campo realizada no Serviço de Assistência Especializada (SAE), Campina Grande – PB, 2014/2015.

Sabemos que a epidemia do HIV/AIDS tornou todos os segmentos sociais vulneráveis a ela, sendo muitas vezes denominada de “epidemia social”⁴, independente de raça, cor, etnia, orientação sexual, idade etc. Porém, alguns segmentos da sociedade encontram-se em um grau de vulnerabilidade maior quando comparados com outras realidades.

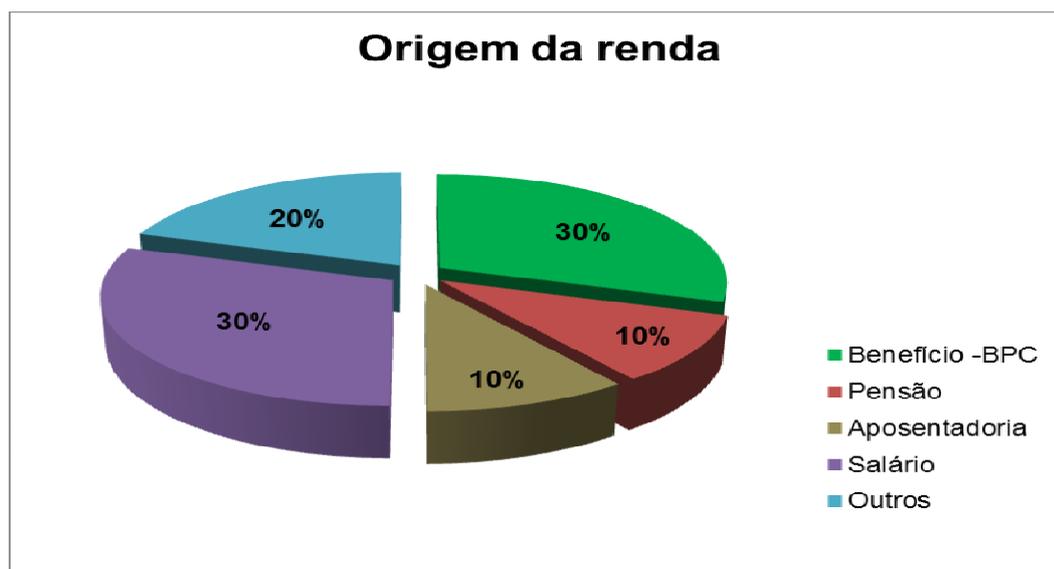
Um dos fatores determinantes no processo saúde-doença, como o próprio vírus da AIDS, são as variáveis socioeconômicas. Essas variáveis funcionam como um medidor social, pois são as populações mais pauperizadas que apresentam as maiores taxas de doenças, de mortalidade, os piores índices de escolaridade, o que se reflete consequentemente numa maior vulnerabilidade social.

Conforme é possível observar no gráfico que trata da renda individual dos/as pesquisado/as, 20% não recebem salário e não possuem nenhuma renda, outros 40%

⁴ De acordo com Seffner (2010), a epidemia da AIDS não faz distinção entre nenhum segmento social, não havendo fronteiras territoriais que a limite. Sendo, portanto, uma epidemia de todos, uma epidemia social.

recebem 01 salário mínimo para suprir as suas necessidades básicas, e os 40% restantes recebem entre 02 e 03 salários mínimos.

- **Gráfico 10: Origem da renda dos entrevistados**



Fonte: Pesquisa de campo realizada no Serviço de Assistência Especializada (SAE), Campina Grande – PB, 2014/2015.

Conforme é possível identificar a partir dos dados apresentados, 30% dos/as entrevistados informaram que a renda advém de salário; 30% proveniente do Benefício de Prestação Continuada (BPC); 20% responderam que de “outros”; 10% aposentadoria e os outro 10% pensão.

No que se refere aos pesquisados que recebem renda originária do BPC, cabe enfatizar que tal benefício é garantido através da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), de nº 8.742/93. Uma das particularidades da LOAS são os direitos assistenciais, e dentre eles está o Benefício de Prestação Continuada (BPC), destinado a idosos acima de 65 anos e a portadores de deficiência – categoria na qual se inserem os portadores de HIV/AIDS – que comprovem incapacidade para o trabalho. Sabe-se que a concessão do Benefício de Prestação Continuada é de grande importância para os setores pauperizados da população que são portadores do vírus HIV/AIDS. No entanto, os critérios de inclusão a tal benefício são extremamente seletivos, excluindo

boa parte da população pobre ao acesso a este, considerando que, além do critério da renda *per capita* inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo, em sua grande maioria, tal benefício vem sendo assegurado apenas para aqueles portadores que apresentam alta carga viral, ou seja, em fase terminal da doença.

Durante o período de inserção em campo de estágio junto ao SAE, foi possível perceber que o acesso ao BPC contribui bastante para a elevação da autoestima dos usuários e, conseqüentemente, para uma melhor adesão ao tratamento, refletindo diretamente na diminuição do número de óbitos e no considerável aumento na “sobrevida” das PVHA.

3.2.2. Análise das falas dos entrevistados/as

O aparecimento da AIDS no mundo trouxe, sem sombra de dúvidas, grandes desafios, assim como grandes descobertas e avanços no campo das ciências, em especial as biológicas. Sabemos que essa pandemia tem atingindo indistintamente vários segmentos da sociedade e dentre estes estão os jovens. Conforme destaca Câmara (2012), o primeiro caso de AIDS em jovens brasileiros foi notificado em 1982, atingindo o número de 10.337 casos entre jovens de 13 e 19 anos, considerando-se o período de 1982 a 2006. Com o avanço da doença, e o aumento de casos notificados no segmento jovem da população, tem ocorrido uma grande preocupação da sociedade em geral e dos profissionais de saúde e educação quanto às conseqüências do exercício da sexualidade por jovens que, pelas próprias características da idade, não são capazes de assumir os riscos de uma vida sexual ativa, podendo apresentar uma gravidez indesejada ou DST/AIDS.

Foi através da nossa inserção em campo de estágio curricular, no período de junho de 2014 a dezembro de 2015, especificamente no SAE de Campina Grande – PB, que tivemos um maior contato com pessoas vivendo com HIV/AIDS, e uma aproximação com a realidade de tal segmento. Através de relatos das situações mais diversificadas, das histórias de vidas de alguns usuários daquele serviço e da percepção do aumento no número de jovens que passaram a frequentar o SAE em busca de atendimento, é que nos aproximamos da temática da juvenilização em torno

da doença. Assim, a partir das inquietações que vivenciamos em tal espaço, é que surgiu o nosso interesse em investigar quais fatores contribuíram e ainda contribuem para uma maior vulnerabilidade daquele segmento social em adquirir o vírus HIV.

Assim, iniciamos os nossos questionamentos, buscando apreender a percepção dos jovens entrevistados sobre tal doença. Para tal, indagamos a estes, **o que é AIDS?**

Destacamos as falas que se seguem:

Hoje eu acho normal. Antes **tive muito medo, foi como uma sentença de morte!** (Entrevista nº 02- grifos nossos).

É algo que não desejo para ninguém, é... muito triste ((olhos marejados)), **perdi muito da minha vida, da minha saúde, algumas pessoas se afastaram de mim. Sofri muito preconceito e discriminação** (Entrevista nº 07- grifos nossos).

A forma como foi abordada a AIDS em sua descoberta contribuiu para uma visão de pânico, medo e discriminação em grande parte da população mundial, inclusive em uma parcela significativa de pessoas que contraíram a doença, e que em sua maioria a associam sempre à morte. Essa percepção vem perpassando a doença há mais de três décadas desde seu surgimento e ainda permanece fortemente até os dias atuais como mostra a fala da entrevistada nº 02.

Conviver com a doença em tal fase da vida certamente é algo extremamente doloroso, considerando que muitos destes contraíram o HIV/AIDS ainda bastante jovens, conforme é possível perceber a partir da faixa etária dos entrevistados, considerando que entrevistamos jovens dos 15 a 29 anos de idade. No que se refere aos pesquisados que ainda estão na fase da adolescência, cabe destacar, segundo Andalaft (2003 *apud* CÂMARA, 2012), que, a adolescência representa a fase da vida caracterizada por marcantes transformações biopsicoemocionais; momentos de relações do indivíduo com ele mesmo, com a família e com o grupo com o qual está inserido. É o momento de conhecer pessoas diferentes, se relacionar, ter as suas primeiras experiências sexuais. Assim, descobrir ter contraído a doença em tal fase da vida, pode muitas vezes desencadear a revolta e a não aceitação do diagnóstico, se refletindo muitas vezes na falta de cuidado em transmitir o vírus para outros.

Descobrir ter sido contaminado com o vírus HIV e está com AIDS, uma doença, ainda incurável, carregada de estigma e preconceito traz a sensação de culpa, medo, desânimo, tristeza, entre outras, o que pode provocar a incapacidade de lutar contra a doença e pela vida, uma sensação que pode durar por muito tempo e atrapalhar a aceitação da doença e conseqüentemente o tratamento (CLEMENTINO, 2014, p. 76).

A descoberta da doença também gera em muitos casos o sentimento de revolta, justamente por toda a carga pejorativa contida na história da AIDS, o que resulta no preconceito e nas discriminações sofridas pela maioria das pessoas vivendo com a doença. A fala a seguir indica isto:

Bom, não sei bem explicar, embora já conviva com essa doença há 01 ano, mas..., não é legal! **Você fica ‘marcado’ pelo resto da vida. É muito complicado! Tem todo o preconceito da sociedade, você não arruma trabalho e quando arruma e eles descobrem você é mandado embora!** ((tom de indignação)) (Entrevista nº09 – grifos nossos).

Ainda sobre o entendimento do que seria a AIDS para os entrevistados ouvimos que,

É uma doença que não tem cura, mas tem tratamento, de boa! (Entrevista nº 01).

Convivo normalmente. Não vejo problemas nisso! (Entrevista nº 03)

Nada agradável! **Mas não conheço muito sobre essa doença** (Entrevista nº 04 - grifos nossos).

É uma doença como qualquer outra! Que com tratamento torna-se normal (Entrevista nº 06).

Na atualidade temos certa facilidade em termos acesso à informação sobre o HIV/AIDS. Porém, uma parte bastante significativa da população não conhece ou pouco conhece sobre a doença e sua gravidade, como podemos perceber na entrevista de nº 04. Percebe-se também, através das falas, certa normalidade em viver com o vírus, o que foi demonstrado nas entrevistas de nº 04 e nº 06. Apesar da doença aparecer como “normal” na fala de tais pesquisados/as, sabe-se que são muitos os desafios e

dificuldades enfrentadas pelos segmentos que contraíram a doença. O preconceito e estigma em torno da doença trazem como consequências para quem contrai o vírus, diferentes formas de exclusão social.

Apesar de não expressarem muito conhecimento sobre a AIDS, todos os entrevistados demonstraram conhecer as **formas pelas quais pode adquirir o vírus da AIDS**, citando o compartilhamento de seringas ou objetos perfuro-cortantes, transfusão de sangue (estando este contaminado), transmissão vertical, amamentação e, majoritariamente as relações sexuais desprotegidas, ou seja, sem a utilização da camisinha/preservativo.

Apesar de expressarem que conheciam as formas de transmissão do vírus, no entanto tais jovens acabaram por contrair a doença. Nesta perspectiva, cabe destacar que são vários os fatores que tornam os jovens vulneráveis em contrair o HIV. Conforme destacamos no decorrer deste estudo, a vulnerabilidade ocorre nos diversos aspectos, sociais, econômicos e culturais.

Ao serem questionados sobre **se conheciam quais as formas de prevenção contra o HIV/AIDS**, todos, sem exceção, colocaram a importância do uso da camisinha para que possam estar protegidos e protegendo seus/as parceiros/as.

O preservativo que no Brasil é distribuído de forma gratuita, é em alguns países desconhecido ou pouco acessível. Segundo a UNAIDS, na África Subsaariana, por exemplo, o acesso às camisinhas não é fácil e cada indivíduo considerado como sendo sexualmente ativo, só tem acesso em média, a oito preservativos por ano (INFECÇÕES, 2014, apud, CLEMENTINO, 2014, p.77).

Com os avanços tecnológicos houve uma facilitação na divulgação, compartilhamento e acesso a informações de todas as espécies, em relação ao vírus da AIDS não foi nem é diferente. Quando perguntamos **de que forma tiveram acesso às informações sobre as DST/AIDS** tivemos a confirmação da importância dos serviços prestados pelo SAE, pois comprovamos que parte significativa dos entrevistados teve seus primeiros esclarecimentos sobre esse assunto na instituição, como demonstra as respostas das entrevistas seguintes.

Através de palestras (discursos) e panfletos informativos (**Entrevista nº 01**).

No SAE, através dos profissionais (**Entrevista nº 02**).

Através da internet e depois da equipe do SAE (**Entrevista nº 03**)

No serviço de saúde ((referência ao SAE)) e nos encontros de jovens na REDE (**Entrevista nº 10**).

Na internet e na escola (**Entrevista nº 05**).

Nos estudos sobre as DSTs e na escola (**Entrevista nº 06**).

Na escola (**Entrevista nº 07**).

Na escola (**Entrevista nº 08**).

Nos diversos meios de comunicação (**Entrevista nº 09**).

Constatamos também que grande parte dos entrevistados teve contato com a temática na escola. O que só vem reafirmar a extrema importância da educação em se tratando das DST/AIDS. Tal espaço se constitui extremamente importante na promoção de debates e ações voltadas para esclarecimentos sobre assuntos ainda hoje considerados tabus em nossa sociedade, como sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis.

Longe de individualizar os problemas de saúde, culpabilizando os indivíduos, a perspectiva pedagógica-crítica, orientada pela Educação Popular, está além da aquisição de informações e pressupõe o fortalecimento da autonomia e a vivência da saúde enquanto um direito de cidadania (GUEDES, 2009, p.390).

Cabe ressaltar que o diálogo sobre HIV/AIDS em grupos de adolescentes e jovens no ambiente escolar, pode ser uma importante ferramenta para a quebra de muitos estigmas relacionados ao vírus e à doença, bem como impulsionador de ações preventivas, uma vez que a disseminação de informações sobre maneiras de contágio e técnicas para evitá-lo torna-se crucial para a diminuição dos riscos de infecções.

Quando foram indagados, **com quantos anos tiveram a sua primeira relação sexual?** Cerca de 60% responderam que esta experiência veio por volta dos 11 aos 15

anos de idade e foi com parceiros mais velhos em termos de idade e por este fato sentiram-se intimidadas para reclamar o uso da camisinha durante o ato sexual. Muitos fatores levam ao aumento de infecção do vírus pelo sexo feminino, entre os quais podemos destacar: fatores biológicos⁵; cultural e sócio econômico. No que se refere a tais fatores, destacamos o aspecto cultural, num contexto em que a mulher se comporta de forma passiva, por seguir uma cultura patriarcal em que o homem é que conduz a relação, o que acarreta no não posicionamento das mulheres em relação aos seus parceiros em adotar o uso de preservativos.

Além disso, os jovens do sexo masculino justificaram o não uso do preservativo por considerarem incômodo, podendo refletir em seu desempenho sexual. “Os jovens justificam o que consideram um padrão normal de iniciação sexual dizendo que é natural o mais velho ensinar ao mais novo e inexperiente a arte do sexo” (RIOS, 2003, p.08).

Notamos que a maioria dos entrevistados possuíam pouco conhecimento sobre o HIV, assim como sobre o que seria a AIDS em si, pois tentavam explicar de forma unificada, ou seja, não fazendo diferença entre o vírus e a doença. Tornou-se evidente a dificuldade em explicar o que é estar doente quando se é soropositivo, pois muitos já se consideram doentes pelo fato estarem contaminados com o vírus HIV. A desinformação é um dos fatores que contribui para esse entendimento. Além disso, alguns afirmam que só tiveram contato com esse assunto após serem diagnosticados positivamente para o HIV, o que em sua maioria só aconteceu quando foram solicitados exames direcionados para tal diagnóstico por se encontrarem doentes de AIDS.

O diagnóstico para detectar infecção pelo HIV é feito a partir da coleta de uma amostra de sangue, existindo no Brasil testes rápidos e exames laboratoriais como o Tetra-Elisa. A maioria das pessoas, com exceção das gestantes, a quem o teste faz parte dos exames pedidos durante o pré-natal, só faz o teste para diagnóstico do HIV quando é solicitado, mediante evolução para AIDS (CLEMENTINO, 2014, p.78).

⁵De acordo com Chiriboga (1997; Coll et al., 1999) *Apud* BASTOS, 2001, p.11) as mulheres são mais vulneráveis à infecção pelo HIV do ponto de vista biológico. A superfície da mucosa vaginal exposta ao sêmen é relativamente extensa, e o sêmen tem uma concentração de HIV (livre e no interior das células) significativamente maior do que o líquido vaginal. Além disso, há uma maior direcionalidade do sêmen – que é ejaculado, ou seja, eliminado sob a forma de jato –, frente ao líquido vaginal, que se difunde por espalhamento.

A confirmação da falta do hábito em realizar periodicamente exames de rotina veio quando perguntamos aos entrevistados/as **há quanto tempo descobriram a sua sorologia e de que forma foi descoberta?** tivemos as seguintes respostas:

Há onze meses (em Agosto de 2014). **Descobri quando fiz um exame anti-HIV, por precaução (teste realizado durante pré-natal), (Entrevista nº 01- grifos nossos).**

Há dois anos e seis meses. **Passei por uma fase complicada, onde fui internado com candidíase oral e na execução de exames foi solicitado o teste (Entrevista nº 05 – grifos nossos).**

Há oito meses. **Através da doação de sangue onde foi solicitado o teste (Entrevista nº 06 -grifos nossos).**

Há um ano. **Descobri através de exames solicitados pelos médicos que já suspeitavam (Entrevista nº 09 –grifos nossos).**

As falas acima reforçam a ideia que a maioria das pessoas só procura ajuda médica quando sente que algo em sua saúde, biologicamente falando, está errado. Essa tendência é ainda mais evidente entre os jovens, que não se veem vulneráveis a determinadas doenças, não buscando fazer exames preventivos,

Cabe destacar que, em relação ao tempo de tratamento da doença, a maioria dos/as entrevistados/as está há no mínimo 08 meses em tratamento no SAE. Achamos relevante ressaltar que, em meio ao público desta pesquisa, tivemos participantes que descobriram a sua sorologia há 11 e 12 anos e que desde este período realizam o tratamento nessa instituição. O fato de considerar a AIDS como uma doença que, apesar de não ter cura, tem tratamento é de suma importância, na medida em que uma das principais causas que levam ao grande aumento de mortalidade⁶ de AIDS no Brasil e no mundo, se deve ao fato de muitas pessoas adquirirem o vírus e mesmo sabendo disso, não aderirem ao tratamento, o que leva a evolução para doenças oportunista que podem provocar a morte.

⁶ A taxa de mortalidade por AIDS tende a variar de acordo com área geográfica, escolaridade, sexo, grau de instrução e também categorias de exposição.

Durante a entrevista perguntamos ainda se no **momento em que contraiu o vírus ou se viu doente de AIDS estava em um relacionamento estável**: Dos pesquisados, 60% responderam que não, enquanto os outros 40% encontravam-se com parceiros/as fixos, compreendendo-se assim em um relacionamento estável.

Sabemos que a rotatividade de parceiros/as é mais um dos fatores que aumentam o risco de contaminação pelo HIV, além de outras DSTs, e que entre os jovens existe a tendência do “ficar”. Esta característica do envolvimento superficial e, muitas vezes sexual, descompromissado entre os indivíduos é o que, sem as devidas precauções, pode ter sérias consequências.

A prática do “ficar” é ainda maior entre os jovens do sexo masculino por termos uma cultura predominantemente machista, que incentiva a iniciação sexual dos meninos utilizando-se de um discurso que “homem que é homem precisa honrar as calças que veste”, ou ainda, “é natural que ele fique com várias, ele é homem!”. São pensamentos equivocados como estes, muitas vezes discursados pelos parentes mais próximos, em especial o pai, que acabam colocando a nossa juventude masculina em uma posição de vulnerabilidade às DSTs e a AIDS ainda maior.

Receber o diagnóstico positivo para o HIV/AIDS é algo que ainda causa pânico na maioria das pessoas, apesar de todos os avanços direcionados ao convívio com a epidemia já mencionados. Isso acontece pelo fato de que não é fácil a convivência com uma doença com tamanha carga de estigma e discriminação. Além do que, sabemos que outro agravante é o fato de ainda não existir uma cura, o que a torna comprovadamente uma das doenças mais temida do mundo.

Nesse sentido, questionamos os sujeitos da pesquisa sobre **qual foi sentimento ao descobrir a sua sorologia positiva para o HIV/AIDS?** obtivemos as seguintes respostas.

Entrei em choque! (lágrimas), nunca pensei que isso pudesse acontecer comigo. Pensei logo que iria morrer (Entrevista nº 03 - grifos nossos).

Mal, fiquei muito triste! Não sabia o que fazer! (**Entrevista nº 07**).

Péssimo, **meu mundo caiu!** Mas já esperava o resultado positivo, sabia que não iria ‘escapar’! (**Entrevista nº 09 - grifos nossos**).

Muito mal! No momento a gente só se pergunta por que eu?!
(Entrevista nº 10).

As falas acima demonstram a necessidade de um cuidado especial na abordagem da temática, pois expõe a subjetividade dos sujeitos em um momento muito particular de cada um, a hora do diagnóstico. Ainda sobre este momento ouvimos que,

A princípio normal, mas **com a morte do meu marido fiquei muito abalada, tive medo...** ((suspiros)), foi horrível! (Entrevista nº 02- grifos nossos).

O depoimento contido na entrevista de nº 02 nos traz a realidade de muitos casais soropositivos que, dependendo do estágio da doença, acabam passando pela triste experiência da perda de um ente querido.

O impacto e o medo demonstrado pelos entrevistados ao descobrirem sua sorologia certamente ocorrem por associar a doença diretamente à morte. Isto fica evidenciado entre os jovens entrevistados, como colocado nas entrevistas de nº 03, 07, 09 e 10, o que é absolutamente compreensível, diante do estigma que se criou historicamente da doença como uma sentença de morte. Tivemos em contrapartida respostas que demonstram posturas diferentes ao receber o diagnóstico da doença.

Tudo tranquilo. **Entrego tudo nas mãos de Deus. Só ele pode mudar esse quadro, mas tem que começar por mim primeiramente!** (Entrevista nº 01 - grifos nossos).

Fiquei muito pensativo, mas hoje é..., **eu já me aceitei**, pior é ficar na dúvida! (Entrevista nº 04 - grifos nossos).

Recebi a notícia com normalidade! (Entrevista nº 06).

Mantive a calma e **procurei ajuda para começar o tratamento o mais rápido possível!** (Entrevista nº 08 - grifos nossos).

Através da fala da entrevista de nº 01 percebemos o fortalecimento da influência religiosa no que se refere à aceitação passiva e o enfrentamento da doença com otimismo e perseverança embasada na crença de DEUS. Infelizmente a perspectiva religiosa é, contraditoriamente, também utilizada por muitos para afirmar que as

pessoas com sorologia positiva para o HIV/AIDS estão sendo punidas por DEUS, por levarem uma vida promíscua e anticristã.

Uma pessoa diagnosticada com o HIV/AIDS precisa, antes de tudo, do respeito e essencialmente de apoio familiar para que possa enfrentar com determinação todo o tratamento, buscando enfrentar a sua nova condição de vida. Quando indagamos **se a família tinha conhecimento da sua condição sorológica e como reagiram ao saber**, destacamos as falas que se seguem:

Eles sabem sim. Mas não teve nenhum problema! (**Entrevista nº 01**).

Sim. De início houve discriminação, mas, agora não há mais! (**Entrevista nº 02**).

Sim. Tratam-me normalmente! (**Entrevista nº 03**).

Sim. Eles me dão maior apoio. Para tudo conto com eles (**Entrevista nº 08**).

O apoio familiar é extremamente relevante para o progresso do tratamento e da preservação e/ou resgate da autoestima das PVHA. Resultando em uma melhor adesão ao tratamento medicamentoso, no fortalecimento ou manutenção da autovalorização da PVHA, etc. Por outro lado, quando esse apoio é inexistente tudo se torna mais complicado, principalmente para os jovens que são homo ou bissexuais, moram com os pais e estes são homofóbicos e desconhecem a sua orientação sexual. Muitas vezes, alguns desses jovens que vivem com o vírus não buscam tratamento por medo de serem reconhecidos ou discriminados e acabam desenvolvendo doenças oportunistas que resulta na morte pela ausência do tratamento.

Algumas das respostas dadas deixaram claro que muitos não se sentem seguros para contar aos seus familiares a sua condição sorológica, por medo da discriminação e do preconceito. Como mostram as falas seguintes:

Não. Apenas minha irmã e umas primas sabem. Ficaram muito tristes, mas hoje tenho o apoio entre elas (**Entrevista nº 05**).

Não. Tenho medo que elas saibam e me rejeitem, se afastem de mim. Já sofri muita discriminação nessa vida por conta dessa doença (**Entrevista nº 09**).

Compreendendo a família como a base de sustentação na qual buscamos suporte para enfrentarmos e superarmos nossos problemas e aflições cotidianas, nossos medos, objetiva e subjetivamente falando, não ter esse suporte em um momento tão importante e delicado das vidas dos jovens que se encontram soropositivos para o HIV é, como falado por muitos dos entrevistados, “terrível”, “pior que a própria doença”. Pois quando mais precisam dessa base familiar não a encontram, há casos em que a discriminação começa dentro da própria família, o que contribui cada vez mais para o aumento dos números de casos de doentes de AIDS.

Quando questionamos os entrevistados **se já haviam passado por algum tipo de discriminação por ser uma pessoa vivendo com o HIV/AIDS?** tivemos a constatação que infelizmente essa ainda é uma prática recorrente em nossa sociedade, mesmo sendo considerada crime.

No total de 10 entrevistados tivemos como resultado que 40% já passaram por algum tipo de violência física e/ou psicológica devido a sua condição sorológica. Nesse momento a interatividade entre entrevistados e entrevistador foi bastante importante, pois não foi fácil para os sujeitos da pesquisa recordar tal situação de mal-estar e constrangimento. Destacamos assim os seguintes depoimentos:

Sim. Com a esposa do meu ex-companheiro, **me chamou de aidética...** (lágrimas e fuga no olhar, expressando constrangimento), (**entrevista nº 02** - grifos nossos).

Sim. Passei por muitos constrangimentos vindos de alguns colegas próximos. Alguns que eu pensei serem meus amigos (**Entrevista nº 09**).

Sim. **Passei por preconceito na escola, entre amigos e conhecidos** (lágrimas), (**Entrevista nº 10** - grifos nossos).

A fala da entrevista de nº 09 reafirma o que muitos autores colocam que é a prática discriminatória advinda de pessoas mais próximas, o que desencadeia o distanciamento e isolamento da PVHA. Além disto, percebemos na entrevista de nº 10 a extrema necessidade do desenvolvimento de práticas educativas na área de saúde no

ambiente escolar, buscando através da intersetorialidade institucional um diálogo entre as instituições de saúde, educação, judiciais, etc. que contribua através de ações sócioeducativas para a diminuição de práticas discriminatórias e desumanas junto a tal segmento.

Por fim, concluímos a presente pesquisa com a avaliação dos serviços prestados aos sujeitos desta pesquisa, por considerarmos ser de expressiva relevância a qualificação do atendimento que recebem de toda a equipe de profissionais do SAE-CG.

Apesar da conjuntura de retrocessos no âmbito das políticas sociais, e em especial a de saúde, caracterizada por privatizações de instituições públicas, minimização dos recursos financeiros, desmonte de programas, etc., a avaliação realizada pelos entrevistados foi positiva na medida em que sempre se sentiram acolhidos ao buscarem ajuda no SAE.

Na qualificação do atendimento ouvimos que:

Pra mim é um perfeito atendimento. Tudo em “nota 10”! (**Entrevista nº 01**).

Muito bom! Gosto do atendimento do SAE. A equipe é muito boa! (**Entrevista nº 02**).

Um serviço de extrema importância para as pessoas portadoras, o trabalho da equipe é maravilhoso (**Entrevista nº 06**).

As falas acima refletem a importância dos serviços prestados pela equipe do SAE, assim como a sua manutenção, buscando manter a qualidade e contribuir para a resolutividade das necessidades dos usuários. Todavia, também foi possível observarmos que o serviço possui algumas limitações que, muitas vezes, não dependem de suas atribuições e incidem diretamente na qualidade do atendimento, como mostra a fala seguinte:

Regular. Ainda precisa melhorar em muitas coisas, pois às vezes falta a nossa medicação e não temos dinheiro para comprar, e ai fazer o que?! (**Entrevista nº 09**).

Concluimos a pesquisa tendo o cuidado de deixar um espaço para que os participantes da pesquisa, se assim desejassem, **acrescentassem algo que julgassem importante**. Dentre os 10 entrevistados apenas 02 fizeram um registro com o teor de cuidado para com os jovens que iniciam a sua vida sexual sem uma prévia preocupação com a sua saúde íntima e a do “outro”. Os registros foram os seguintes:

Desejo que todos se previnam contra o vírus HIV/AIDS. E, se contraiu a doença, comece já o tratamento. Use sempre camisinha. #partiu teste! **(Entrevista nº 01)**.

Que as pessoas, no geral, se previnam e se cuidem para evitar uma vida cheia de medicamentos **(Entrevista nº 02)**.

Podemos perceber na entrevista de nº 02 um apelo para àquelas pessoas que ainda não foram contaminadas pelo HIV para que busquem se prevenir contra essa epidemia que afeta indiscriminadamente todos os segmentos sociais. Há também nesta fala a colocação de uma das consequências de estar infectado pelo vírus do HIV, na qual o entrevistado se refere a “uma vida cheia de medicamentos”.

É importante enfatizarmos que, mesmo sendo soropositivas, as PVHA conseguem ter uma vida saudável quando seguem corretamente o tratamento com os anti-retrovirais.

Aproximações conclusivas

Aproximações conclusivas

Na medida em que a epidemia da AIDS veio avançando por todas as partes do mundo, redesenhando o seu perfil, mantendo velhas e assumindo novas tendências, as autoridades, em especial as da área da saúde, começaram a perceber que não se tratava de uma doença, restrita a determinados segmentos, mas sim que o HIV/AIDS colocou e coloca todos na condição de vulneráveis, exigindo uma abordagem ampliada no enfrentamento da doença. Por este motivo a epidemia da AIDS fez das diferentes formas de sociabilidade objetos de estudos investigativos, para que se identifiquem os fatores que contribuem para uma maior vulnerabilidade de determinados segmentos.

O objetivo principal deste trabalho foi, diante das exigências colocadas pela doença no âmbito de uma conjuntura de crise, identificar que fatores contribuem para uma maior vulnerabilização dos jovens atendidos no Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS e Hepatites Virais (SAE), da cidade de Campina Grande-PB, em contrair o HIV, na perspectiva de contribuir através dos resultados desse estudo para desenvolver políticas e ações voltadas especificamente para o enfrentamento da juvenilização da doença.

Norteados por esse objetivo central, conseguimos constatar inicialmente, durante a análise das falas, que as nossas diretrizes educacionais precisam ser reformuladas em alguns aspectos, para que se possa trazer para sala de aula debates com temas que infelizmente ainda são tabus em nossa sociedade, a exemplo da sexualidade. A ausência desses debates está refletindo diretamente nos números de casos de jovens soropositivos em nossa cidade, pois constatamos que a carência de informações sobre a AIDS é um dos fatores recorrente nas pessoas que estão contaminadas.

Outra constatação que foi possível realizar é que a diminuição da razão entre os casos do HIV/AIDS em jovens do sexo masculino e do feminino ainda possui uma grande influência cultural, pelas relações desiguais de gênero, e religiosa, pelas convicções embasadas nas doutrinas defendidas pela igreja (em especial a Igreja Católica). Esses fatores representam uma vulnerabilidade historicamente construída por cada sujeito, o que coloca muitas vezes em discussão seus valores e costumes. Por este motivo torna-se um desafio maior o desenvolvimento desse debate.

Também foi possível perceber que os aspectos socioeconômicos contribuem bastante para aumentar a vulnerabilidade dos sujeitos da pesquisa na medida em que residem em locais com pouco saneamento e possuem um baixo poder aquisitivo, pouco acesso às informações e às formas de prevenção. Pois, embora saibamos que existem pessoas de alto poder aquisitivo que também são soropositivas, esse não é o perfil que prevalece.

Por todo o exposto, podemos trazer como uma aproximação conclusiva deste trabalho, que o perfil dos jovens que vêm contraindo a doença apresenta dentre suas características: baixa escolaridade, com pouco ou nenhum poder aquisitivo, residem nas áreas periféricas da cidade, não possuem relacionamento estável como sendo o perfil predominante dos usuários dos serviços do SAE-CG. Portanto, podemos buscar como forma de enfrentamento desses fatores vulnerabilizantes as parcerias institucionais, o diálogo entre as diferentes áreas do saber realizado no âmbito escolar, ações e políticas voltadas à educação em saúde na perspectiva de contribuir para a diminuição e controle em torno do aumento da doença.

Com o avanço no número de casos registrados de HIV/AIDS e as mudanças percebidas no perfil da população acometida, entendemos que educar em saúde torna-se ferramenta fundamental, permeando as práticas desenvolvidas pelos profissionais de saúde no processo do cuidado. Vale destacar que o trabalho realizado pelas equipes nos serviços de referência em HIV/AIDS, seja multidisciplinar ou interdisciplinar, deve considerar a importância do exercício do diálogo, da pertinência do universo cultural dos usuários e do incentivo ao posicionamento crítico e à reflexão sobre a realidade social.

Guedes e Souza (2009) chamam atenção para o fato que a relação educativa entre profissionais e usuários, na abordagem em HIV/AIDS, busca estimular o posicionamento mais crítico dos indivíduos quanto aos problemas de saúde e não se restringe à transmissão vertical de informações. Envolve o estabelecimento de relação entre saberes popular e científico e o aproveitamento de espaços coletivos de debate, estratégia que, potencialmente, possibilita incentivo à participação. Esta forma de educar está voltada para desencadear, através da participação dos atores envolvidos no processo de cuidado (serviços, profissionais, usuários e família/rede de relações),

pelo menos três tipos de direitos: o direito à *informação*, o direito ao *acesso* e o direito à *assistência*.

Referências

ALMEIDA, F. N. & ROUQUAYROL, M. Z. **Introdução à Epidemiologia**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2002.

AYRES, J. R. C. M. Práticas educativas e de prevenção do HIV/Aids: Lições aprendidas e desafios atuais. **Interface Comunic, Saúde, Educ**, v.6, n.11, p.11-24, 2002.

BASTOS, F. I. A feminização da epidemia de AIDS no Brasil: Determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento. Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids. In: **Coleção ABIA. Saúde sexual e reprodutiva**, nº 3. Rio de Janeiro, 2001. p. 7-23.

BRANDÃO, J. C. **Os desafios enfrentados pelas pessoas vivendo com HIV/AIDS para efetivação dos direitos sociais de cidadania**: um estudo junto ao serviço de assistência especializada em HIV/AIDS e hepatites virais (SAE) no município de Campina Grande - PB. 2014. Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, Campina Grande: 2014. [Monografia]

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. 2 ed. Barueri, SP: Manole, 2005.

BRASIL, **Estatuto da Juventude**. Disponível em: <<https://www.juventude.gov.br>> Acesso: Outubro de 2014.

BRASIL, **Estatuto do Idoso**. Disponível em: <http://www.defensoria.to.gov.br/Nudecon/Documentos/Legislacao/estatuto_idoso_4ed.pdf> Acesso em: julho de 2016.

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

BRASIL, Ministério da saúde. **Boletim epidemiológico HIV/AIDS**. Ano II, nº1, jan. / jun., 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico HIV/AIDS**. Ano III, nº 1, de jul. / dez. de 2013 à jan./ jun., 2014.

BRASIL, Ministério da saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS**. Ano IV, nº 01, de jul. /dez. de 2014 à jan./ jun., 2015.

BRASIL, Secretaria Municipal de saúde de Campina Grande. **SAE Campina Grande**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/endereco/sae-campina-grande>> Acesso: Janeiro de 2015.

CARRADORE, V. M; R., Paulo R.M. Relações de gênero, sexualidade e AIDS: Apontamentos para reflexão. **Adolescência, AIDS e educação escolar: elementos para reflexão**. Dissertação (mestrado em educação escolar), Faculdade de Ciências e Letras da UNESP de Araraquara, São Paulo, 2002.

CLEMENTINO, M O. **SERVIÇO SOCIAL E HIV/AIDS: Uma Análise da Prática Profissional no Serviço de Assistência Especializada em Hiv/Aids e Hepatites Virais (Sae) do Município de Campina Grande –PB**. Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social (TCC), Universidade Estadual da Paraíba – UEPB; Campina Grande/PB, 2014.

COSTA, C. de C P. **Culturas sexuais e proteções imaginárias: juventudes homossexuais face ao HIV**. Dissertação (mestrado em Sociologia), Universidade Federal da Ceará – UFCE; Fortaleza/CE, 2010.

FERNANDES, L. K. R. **Método De Pesquisa Qualitativa: Usos e Possibilidades**. Disponível em: <<https://psicologado.com/psicologia-geral/introducao/metodo-de-pesquisa-qualitativa-usos-e-possibilidades> > . Acesso: Março de 2015.

FERREIRA, A.B de H. **Mini Aurélio: O dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: 4. ed. Nova Floresta, 2000.

FONSECA, T. M A da. **O Processo de revisão do Benefício de Prestação Continuada e a Política De Assistência Social: Um estudo sobre o benefício concedido às pessoas com deficiência no Município do Rio de Janeiro**. (Dissertação de Mestrado em Serviço Social): Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense – UFF: Niterói, Rio de Janeiro, 2007.

GALVÃO, J. As respostas das organizações não-governamentais brasileiras frente à epidemia de HIV/AIDS. **Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil** / Richard Parker (org.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, ABIA, 1997.

GARCIA, S.; SOUZA, F. M. de. Vulnerabilidades ao HIV/AIDS no contexto brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. In. **Saúde Soc. São Paulo**, v.19, (supl.2), p. 9-20, 2010. Disponível em: <https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=lgbFU6eWOM6i8we45IGIBQ&gws_rd=ssl#q=Aids+em+peoas+com+nivel+de+instru%C3%A7%C3%A3o+elevado+pdf>. Acesso em: Agosto de 2015.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5ªed. São Paulo: Atlas, 2007.

GUEDES, H. H.S; Stephan, S., A. I. Educação em Saúde como aporte estratégico nas práticas de saúde voltadas ao HIV/AIDS: o papel da equipe de saúde. In: **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 4, p. 388-397, out./dez. 2009.

IAMAMOTO, M V; CARVALHO, R de. **Relações sociais e serviço social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológico, - 24. Ed.- São Paulo, Cortez; [Lima, Peru]: CELATS, 2008.

MARTINELLI, M. L (org). **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras, 1999.

MIRANDA, Adriana Andrade. aids e cidadania: avanços e desafios na efetivação do direito à saúde de soropositivos In. **Direitos Humanos e HIV/Aids: avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil** — Brasília : Ministério da Saúde, 2008. Disponível em:<http://www.aids.gov.br/sites/default/files/DIREITOS_HUMANOS.pdf>. Acesso em: julho de 2014.

MOURA, E. L de; PRAÇA, N.de S. Transmissão vertical do HIV: expectativas e ações da gestante soropositiva. In **Revista Latino-americana de Enfermagem**. São Paulo, v. 14, p. 405-413, Maio-junho, 2006. Disponível em <[http://www. file:///C:/Users/Downloads/2311-3315-1-PB.pdf](http://www.file:///C:/Users/Downloads/2311-3315-1-PB.pdf)>. Acesso: em Agosto de 2015.

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

_____ Construindo os alicerces para a resposta ao HIV/AIDS no Brasil: o desenvolvimento de políticas sobre o HIV/AIDS, 1982-1996. In: **Saúde para Debate**, Rio de Janeiro: nº 27, agosto 2003.

PARKER, R. AGGLETON, Peter. Estigma, Discriminação e AIDS. Coleção ABIA, Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. In. **Cidadania e Direitos**, nº 1. Rio de Janeiro, 2001.

PATRIOTA, L. M. AMORIM, J. de A. SCHULZE, M. B. Aids: Transformações sociais, políticas e culturas produzidas pela epidemia. In: **Representações Sociais da Aids construída por assistentes sociais** (Dissertação de Mestrado),Universidade estadual da Paraíba – UEPB, 2002.

PEREIRA, A J; NICHIAITA, L Y I. A sociedade civil contra a Aids: demandas coletivas e políticas pública. In. **Ciência de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro v. 16, n. 7, p. 3249-3257, Julho 2011. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/24.pdf>>. Acesso em: Agosto de 2015.

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

Disponível em: < <http://www.dst.uff.br//revista19-1-2007/7.pdf>>. Acesso em: Agosto de 2015.

RIOS, L. F. Juvenilização do HIV/AIDS por via sexual. In: **Boletim ABIA**. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA. Rio de Janeiro, nº 49 julho/Setembro de 2003.

SALDANHA, A. A. W. (org); et al. Comportamento sexual e vulnerabilidade à aids: um estudo descritivo com perspectiva de práticas de prevenção. In: **DST – J bras Doenças Sex. Transm.** 2008; 20(1): 36-44.

SANTOS, R. M dos. **O serviço social e a Exclusão/ Inclusão dos portadores de HIV/AIDS: Demandas e Desafios nos hospitais públicos**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) Universidade Federal do Rio Grande do Norte- UFRN, Natal/RN, 2005.

SEFFNER, F. **O conceito de vulnerabilidade: uma ferramenta útil em seu consultório**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/publicacao/2006/o-conceito-de-vulnerabilidade-uma-ferramenta-util-em-seu-consultorio>>. Acesso: 02. Abril de 2016.

UNAIDS. **Organização Mundial de Saúde**. 2016. Disponível em: <http://www.unAIDS.org.br/>. Acesso em: 05 jun. 2016

VENTURA, M. As estratégias de promoção e garantia dos direitos das pessoas que vivem com HIV/AIDS. In: **Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, nº 27, agosto 2003.

Apêndices

Apêndice I

O ATUAL PERFIL DO HIV/AIDS E A QUESTÃO DA JUVENILIZAÇÃO DA DOENÇA: UM ESTUDO JUNTO AOS USUÁRIOS DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA EM HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS SAE DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PB

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM USUÁRIOS

PARTE I- Perfil sócio- econômico dos usuários

Número da entrevista:

Data:

Pesquisador (a):

Dados sócio-econômicos

1. Idade:

2. Sexo:

() Masculino Feminino ()

3. Escolaridade

() Sem instrução

() Alfabetizado

() Ensino Fundamental Incompleto

() Ensino Fundamental completo

() Ensino médio incompleto

() Ensino Médio completo

() Ensino Superior incompleto

() Ensino Superior completo

4. Estado civil

- Solteiro (a)
 Casado (a)
 Separado (a)
 Outros _____

5. Situação ocupacional, atualmente está trabalhando?

- Sim Não

6. Moradia.

- Própria
 Alugada
 Cedida
 Invasa
 Mora com alguém

7. Possui Filhos?

- Sim Não

Se sim, quantos?

- 1 filho 2 filhos 3 filhos 4 ou mais filhos

8. Renda Individual:

- Não recebe salário
 Menos de 1 salário mínimo
 1 salário mínimo
 2 a 3 salários mínimos
 Mais de 3 salários mínimos

9. Origem da Renda

- Benefício, qual? _____
 Pensão

- () Aposentadoria
- () salário
- () outros

PARTE II- ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS USUÁRIOS

1. O que é AIDS para você?

2. Conhece as formas de transmissão da AIDS? () Sim () Não

Se sim, cite. _____

3. Conhece as formas de prevenção do vírus HIV/AIDS? () Sim () Não

Se sim, cite algumas. _____

4. De que forma teve acesso às informações sobre as DTS/AIDS ?

5. Com qual idade teve a sua primeira relação sexual? _____

6. Há quanto tempo descobriu sua sorologia?

7. No momento em que contraiu a doença, tinha um relacionamento estável? Como descobriu sua sorologia?

8. Como você se sentiu ao descobrir a sua sorologia?

9. A sua família é conhecedora da sua sorologia? Se sim, qual a reação destes ao descobrir?

10. Você já passou por algum tipo de discriminação por ser uma pessoa vivendo com HIV/AIDS? Se sim, relate.

11. Há quanto tempo está em tratamento no Serviço de Assistência Especializada (SAE)? _____

12. Qual a sua avaliação dos serviços prestados pelo SAE?

13. Gostaria de acrescentar alguma informação?

Anexos

Anexo I



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP/UEPB



COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Prof.ª Dra. Doreliza Pedrona de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER DO RELATOR: (15)

Número do parecer: 45742115.3.0000.5187

Data da relatoria: 10/06/15

Apresentação do Projeto: O atual perfil do HIV/AIDS e a questão da juvenização da doença: Um estudo junto aos usuários do Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS e hepatites no município de Campina Grande-PB

Objetivo da Pesquisa: Analisar os fatores que contribuem para a vulnerabilidade em contrair o HIV/AIDS em jovens atendidos pelo Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS e Hepatites Virais –SAE, no município de Campina Grande.

Avaliação dos Riscos e Benefícios: A pesquisa apresenta riscos de natureza psicológica, porém é facultada a participação no termo de compromisso livre e esclarecido (TCLE). Apresenta como maior benefício o estudo a exploração de um tema bastante relevante para a saúde pública.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: A proposta do projeto é relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Nada digno de nota

Recomendações: Nada digno de nota.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: O presente estudo encontra-se sem pendências, devendo o mesmo prosseguir com a execução na íntegra de seu cronograma de atividades para a coleta de dados que acontecerá em julho de 2015.

Aprovado.

Anexo II



Universidade Estadual da Paraíba

Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “**O ATUAL PERFIL DO HIV/AIDS E A QUESTÃO DA JUVENILIZAÇÃO DA DOENÇA: UM ESTUDO JUNTO AOS USUÁRIOS DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA EM HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS (SAE) DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PB**”, desenvolvido pela aluna **Jeane Moura Silva** do Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, sob a orientação da professora **Maria do Socorro Pontes de Souza**.

CAMPINA GRANDE, 28/05/2015

Serviço de Assistência Especializada em HIV/aids e hepatites virais (SAE)
CNPJ: 245135780001-21

Anexo III**Universidade Estadual da Paraíba****Comitê de Ética em Pesquisa****TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL**

**O ATUAL PERFIL DO HIV/AIDS E A QUESTÃO DA JUVENILIZAÇÃO DA DOENÇA:
UM ESTUDO JUNTO AOS USUÁRIOS DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA
ESPECIALIZADA EM HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS SAE DO MUNICÍPIO DE
CAMPINA GRANDE-PB**

Eu, **Maria do Socorro Pontes de Souza** do Curso de Serviço Social, da Universidade Estadual da Paraíba, portador (a) do RG: 1.326.127 SSP/PB e CPF: 69161739472 comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 466/12 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

CAMPINA GRANDE - PB

Anexo IV



Universidade Estadual da Paraíba

Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

**O ATUAL PERFIL DO HIV/AIDS E A QUESTÃO DA JUVENILIZAÇÃO DA DOENÇA:
UM ESTUDO JUNTO AOS USUÁRIOS DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA
ESPECIALIZADA EM HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS (SAE) DO MUNICÍPIO DE
CAMPINA GRANDE-PB**

Eu, **Jeane Moura Silva**, Estudante, do Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, portador do RG: 3247680 SSP/PB e CPF: 081231344-52 comprometo-me em cumprir integralmente os itens da resolução 466/12 do CNS que dispõe sobre Ética em pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução

Por ser verdade assino o presente compromisso

Pesquisador

CAMPINA GRANDE – PB

Anexo V



Universidade Estadual da Paraíba

Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Informações sobre a pesquisa

A pesquisa que irei participar tem como tema: **O ATUAL PERFIL DO HIV/AIDS E A QUESTÃO DA JUVENILIZAÇÃO DA DOENÇA: UM ESTUDO JUNTO AOS USUÁRIOS DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA EM HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS (SAE) DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PB**

1. , coordenada pela professora do Departamento de Serviço Social Maria do **Socorro Pontes de Souza** e pela aluna do curso de Serviço Social **Jeane Moura Silva**.
2. O estudo tem por objetivo Analisar os fatores que contribuem para a vulnerabilidade ao HIV/AIDS em jovens atendidos pelo Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS e Hepatites virais – SAE, no Município de Campina Grande/PB.
3. A coleta de dados será feita através de entrevistas semi-estruturadas e utilizar-se-á para análise dos dados a técnica de análise de conteúdo.
4. Se desejar, para maiores esclarecimentos, ou outra necessidade durante ou após a coleta de dados, procurar os responsáveis ou o Departamento de Serviço social da UEPB.
5. Os resultados da pesquisa estarão ao alcance dos interessados no Serviço de Assistência especializada (SAE) e no Departamento de Serviço Social da UEPB logo após a sua conclusão.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa **“O ATUAL PERFIL DO HIV/AIDS E A QUESTÃO DA JUVENILIZAÇÃO DA DOENÇA: UM ESTUDO JUNTO AOS USUÁRIOS DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA EM HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS**

(SAE) DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PB”, após ter sido informado pelo pesquisador que:

- A minha participação é voluntária, podendo me retirar do estudo, se assim desejar, em qualquer momento durante a realização da entrevista, sem sofrer nenhum dano ou prejuízo pessoal ou profissional.
- Está assegurado o meu anonimato quando da divulgação dos resultados da pesquisa e resguardando o sigilo de dados confidenciais.
- Autorizo a gravação da entrevista e a divulgação dos resultados

Ass. Do entrevistado (a)

Ass. Do pesquisador (a)



Assinatura Dactiloscópica
Participante da pesquisa

CAMPINA GRANDE-PB