



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA - UEPB
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS - CCSA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

ISHESILEY MICAELLE DE SOUSA SANTOS

A AIDS E A JUVENILIZAÇÃO DA EPIDEMIA: Uma questão em Debate

Campina Grande – PB

2016

ISHESILEY MICAELLE DE SOUSA SANTOS

A AIDS E A JUVENILIZAÇÃO DA EPIDEMIA: Uma questão em Debate

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.

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.

S237a Santos, Ishesiley Micaelle de Sousa
A aids e a juvenilização da Epidemia [manuscrito] : Uma
questão em debate / Ishesiley Micaelle de Sousa Santos. - 2016.
29 p.

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. Epidemia. 2. HIV/AIDS 3. Juventude. 4. Doença
sexualmente transmissível. I. Título.

21. ed. CDD 362.196

ISHESILEY MICAELLE DE SOUSA SANTOS

A AIDS E A JUVENILIZAÇÃO DA EPIDEMIA: Uma questão em Debate

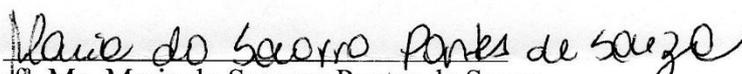
ISHESILEY MICAELLE DE SOUSA SANTOS

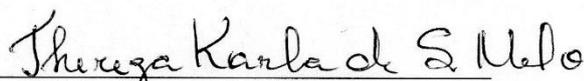
Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), em cumprimento às exigências para obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

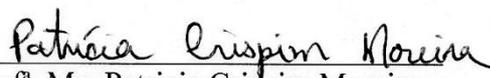
Aprovado em 16/12/2016

Nota: 9,0

Banca Examinadora:


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


Prof.^a. Ma. Thereza Karla de Souza Melo
Departamento de Serviço Social / UEPB
(Examinadora)


Prof.^a. Ma. Patricia Crispim Moreira
Departamento de Serviço Social / UEPB
(Examinadora)

Ao meu tesouro precioso que é minha família, o qual sem eles eu não estaria aqui, Josebel, Rosilda, Isleno e Ingrid, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

Foram 4 anos de luta, em uma caminhada árdua, noites em claro, estresse e muitos obstáculos, no entanto, na vida as maiores vitórias não são conquistadas facilmente. É preciso ter fé, acreditar, e a determinação de nunca desistir. Essa não é uma vitória apenas minha, mas também de muitas pessoas que estiveram comigo nessa jornada e que me apoiaram desde o início.

Primeiramente a Deus que me concedeu essa vitória e que sempre esteve comigo em todos os momentos, dando-me força, e determinação para seguir em frente mesmo diante dos obstáculos.

Aos meus pais, de quem me orgulho, **Rosilda Alves de Sousa Santos e Josebel de Sousa Santos**, duas das melhores pessoas que já conheci, que sempre me deram amor e carinho, me apoiaram incondicionalmente e nunca deixaram faltar nada a nossa família. Que me ensinaram valores, educação, moral e respeito e que me criaram para ser forte e nunca desistir. Seus ensinamentos, paciência, compreensão e amor nas horas alegres e nos momentos de angústia me impulsionaram para frente e me tornaram a pessoa que eu sou hoje.

Aos meus amados irmãos mais novos Isleno Michel e Ingrid Michelle, que me incentivaram e que sempre estiveram do meu lado.

Aos meus avôs paternos Anita e Francisco Moraes, cujos ensinamentos e experiências de vida são exemplo de coragem e superação.

Aos meus avôs maternos Geraldo Alves de Lima (*in memoriam*) e Astrogilda de Sousa Lima, que estiveram sempre presentes, compartilhando suas lições e experiências, e cujo amor e carinho tornaram minha infância maravilhosa.

Todos os meus tios e tias, que direta ou indiretamente me ajudaram e me apoiaram nessa jornada, em especial a Apolinário, Ronaldo e Josimere Alves, que com seu bom humor e suas personalidades fortes, são a alma e a alegria dos feriados e domingos no sítio.

As minhas primas lindas e irmãs de alma, em especial a Isis Adrina, Isabela Jéssica, Anna Nery, Márcia, Carla, Kallina, Mônica e Jaysa.

Aos meus primos lindos, em especial a Johnny, Johnatan, Mateus, Messias, Jallys, Jadys, Kendolly e Kleber.

A minha tia e segunda mãe Joaquina Xavier (*in memoriam*), cujos conselhos e ensinamentos sempre estarão no meu coração.

Aos meus amigos e companheiros, que mostraram que a amizade verdadeira existe e é maravilhosa, e que nossos laços são indestrutíveis. Meu agradecimento a todos os amigos(as) que fizeram parte da minha infância e adolescência e ainda estão do meu lado, em especial a **Fabiana, Juliano, Pallomma, Lúcio, Lucinaldo, Arthur, Taciano, Arionaldo, Priscila, e Josy**.

A **Universidade Estadual da Paraíba – UEPB**, seu corpo docente, direção e administração, que sempre pregou a criatividade, igualdade, respeito e ética independente da religião, cor, raça e sexo e que a cada ano abre suas portas para centenas de jovens alunos e forma novos profissionais brilhantes.

Aos professores do curso de **Serviço Social – UEPB**, pela paciência, clareza e compreensão, que compartilharam seus conhecimentos e desempenharam seu papel como educadores com dedicação e responsabilidade durante todas as aulas administradas, ensinando e se comunicando com cada um dos alunos, repetindo quando necessário, corrigindo erros e sempre incentivando os alunos a expandir as suas capacidades e seus conhecimentos e dar o seu melhor.

À professora **Maria do Socorro Pontes**, orientadora acadêmica de estágio, orientadora de iniciativa científica – PIBIC e orientadora do TCC, excelente professora e profissional, pessoa maravilhosa e que considero uma grande amiga, obrigado pelo empenho dedicado, que com paciência e incentivo me ajudou e apoiou desde o início na conclusão deste trabalho. Aprendi muito com você, seus ensinamentos foram de grande ajuda e me ajudaram a crescer não só como profissional, mas também como pessoa.

À equipe do Serviço de Assistência Especializada (SAE) Campina Grande, grandes profissionais e pessoas incríveis, bem como aos usuários do SAE, pessoas fortes e maravilhosas, cujas histórias de vida e determinação são exemplo de superação e amor pela vida.

A Maria do Socorro Farias orientadora de campo, obrigada pelos seus conselhos e ensinamentos e por contribuir com o meu aprendizado na prática profissional.

À turma de Serviço Social de 2010.2, seres humanos maravilhosos que tive a honra de conhecer, e com quem compartilhei momentos inesquecíveis. Caminhamos juntos em direção a realização deste sonho e cujos laços de amizade espero que continuem firmes e fortes por muitos e muitos anos.

Enfim, agradeço a todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desse sonho, seja com incentivos, orações entre outras coisas, e que de alguma forma fizeram parte dessa jornada. E é sempre lembrando que no fim de cada jornada marca o início de um recomeço, uma etapa pode ter chegado ao fim, mas muitas batalhas e obstáculos nos esperam. A estrada da vida é cheia de desafios, mas a jornada é sempre uma nova aventura, recheada de surpresas, lições e aprendizagem. É um mundo novo implorando para ser explorado. Espero poder honrar os conhecimentos adquiridos durante esses anos para fazer a diferença. Levarei cada um de vocês, cada momento inesquecível e cada aprendizado eternamente no meu coração.

Meus mais sinceros agradecimentos!

IshesileyMicaelle de Sousa Santos

LISTA DE SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HTLV1/HTLV2 – Vírus Linfotrópico da Célula T Humana.

ONG's – Organizações Não-Governamentais.

AZT – Zidovudina. (medicamento antirretroviral).

ADT – Atendimento Domiciliar Terapêutico.

PN-DST/aids– Programa Nacional de DST e aids.

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

PVHA – Pessoas Vivendo Com HIV/AIDS

IAS –International AIDS Society

SAE – Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS e Hepatites Virais.

SUMÁRIO

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 08 |
| 2 | AIDS: UM BREVE HISTÓRICO DA EPIDEMIA NO BRASIL..... | 10 |
| 3 | EVOLUÇÃO E TENDÊNCIAS DA AIDS..... | 15 |
| 4 | A AIDS E A JUVENILIZAÇÃO DA EPIDEMIA: Algumas Considerações..... | 19 |
| 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 24 |
| 6 | REFERÊNCIAS..... | 27 |

A AIDS E A JUVENILIZAÇÃO DA EPIDEMIA: Uma questão em Debate

ISHESILEY MICAELLE DE SOUSA SANTOS¹

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 dentre suas características à juvenilização da doença, considerando que a prevalência da infecção pelo HIV apresenta tendências de aumento nesse segmento. Portanto, o significativo aumento de jovens que vem contraindo o HIV/Aids, tem se tornado um desafio para a saúde pública e, para os profissionais que atuam na política de enfrentamento de tal doença. É cada vez maior os números de casos de Aids registrados entre pessoas de 15 a 29 anos, o que tem exigido um maior investimento em políticas públicas, e o planejamento de ações que respondam ao aumento de tal demanda, considerando as peculiaridades de cada região. Neste sentido é que o presente estudo de natureza qualitativa e de caráter documental e bibliográfico teve como objetivo principal, contribuir com o debate acerca da problemática da juvenilização do HIV/Aids, considerando o aumento significativo de casos da doença entre os jovens. Tais informações, podem ser comprovadas através dos boletins epidemiológicos de HIV/Aids do Ministério da saúde dos últimos anos. Os resultados desse estudo, apontam para a necessidade de ações de combate à epidemia principalmente junto a tal segmento da população, e do aprofundamento de discussões acerca da política de enfrentamento ao HIV/Aids.

Palavras Chaves: Epidemia. HIV/AIDS, Juvenilização.

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), causado pelo HIV (Vírus da imunodeficiência humana), teve os primeiros casos registrados na década de 1980 nas cidades de Nova York e São Francisco nos Estados Unidos, ganhando destaque a

¹ Graduanda do Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba-UEPB, Campus I-Email: ishesiley_micaelle@hotmail.com

nível mundial, suscitando discussões no campo das ciências, não só biológicas, mas também sociais.

No Brasil, a epidemia² 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), atingindo inicialmente homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas ilícitas. No entanto esse perfil foi se modificando ao longo dos anos e atualmente, a epidemia de HIV/Aids ultrapassa o campo biológico e destaca-se por afetar indivíduos que se encontram vulnerabilizados nos vários segmentos sociais.

Cabe destacar que, de 1980 até junho de 2012 o Brasil tem cerca de 656.701 casos de Aids registrados. Observando-se a epidemia por região, de 2001 a 2011, a taxa de incidência caiu no Sudeste de 22,9 para 21,0 casos por 100 mil habitantes. Nas outras regiões teve o efeito inverso: a Aids cresceu de 27,1 para 30,9 no Sul; 9,1 para 20,8 no Norte; 14,3 para 17,5 no Centro-Oeste; e 7,5 para 13,9 no Nordeste (BRASIL,2014).

Atualmente a doença apresenta características como: feminização, interiorização, envelhecimento, pauperização e juvenilização (SANTOS, 2005). 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 destacar que a nossa aproximação com a temática se deu a partir de nossa inserção em campo de estágio obrigatório em Serviço Social, junto ao Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids- SAE, localizado no Município de Campina Grande/PB, no período de agosto/2013 a agosto/2014. Em tal contexto, foi possível perceber o crescimento da doença na população jovem, o que nos instigou em torno de tal discussão.

²Epidemia 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).

Vale enfatizar que, até outubro de 2014, de acordo com o Boletim Epidemiológico do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, publicado nesse mesmo ano, cerca de 589 pessoas, de idade igual ou maior que quinze anos, iniciaram o tratamento na Paraíba (BRASIL, 2014).

Ressalta-se ainda que um mapeamento dos casos notificados pelo Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS- SAE, localizado no Município de Campina Grande/PB, entre janeiro de 2014 e março de 2015, apontou 60 novos casos, onde 40% desses eram de pessoas entre 20 e 29 anos de idade, o que comprova a juvenilização da doença, como aponta o perfil nacional no último Boletim Epidemiológico de 2014.

Faz-se importante destacar que, de acordo com o Estatuto da Juventude (lei 12.852, de 5 de agosto de 2013) parágrafo primeiro, são consideradas pessoas jovens aquelas com idade entre 15 (quinze) e 29 (vinte e nove) anos.

Nesta perspectiva é que o presente estudo de natureza qualitativa e de caráter documental e bibliográfico, teve como objetivos, contribuir com o debate acerca da problemática da juvenilização do HIV/Aids, refletir sobre os fatores que contribuem para o aumento da vulnerabilidade em contrair o HIV/AIDS pelos segmentos jovens, e contribuir com os estudos já existentes em torno da temática. No intuito de atingir os objetivos propostos neste artigo, priorizou-se uma análise fundamentada no método crítico dialético, o qual permite apreender a realidade numa relação permanente entre o singular, o particular e o geral, captando aspectos históricos, econômicos, sociais, políticos, ideológicos e culturais que permeiam o objeto de estudo.

Entendemos que o presente estudo traz sua relevância, na medida em que poderá contribuir com o debate em torno da temática, podendo vir a possibilitar uma apreensão dos fatores que vêm contribuindo para a vulnerabilidade em contrair o HIV/Aids por parte dos segmentos jovens da população.

2 AIDS: UM BREVE HISTÓRICO DA EPIDEMIA NO BRASIL

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, conhecida mundialmente com a sigla AIDS, é um conjunto de sinais e sintomas, que se caracteriza pela progressiva destruição do sistema imunológico humano (PINEL; INGLESII, 1996; MARINS, 2000 apud PATRIOTA, 2002). 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.

No Brasil, 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). 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 doença.

As reações imediatas da sociedade e do governo brasileiro, com relação a HIV/Aids, foram condicionadas por circunstâncias culturais, socioeconômicas e políticas da época. A primeira reação frente a nova doença foi de descaso e preconceito em relação aos acometidos pela mesma (BASTOS, 2006 apud MIRANDA et al. 2011).

Segundo Parker (1997), existem quatro fases de enfrentamento da epidemia da Aids no Brasil. A Primeira fase de resposta ao HIV/AIDS no país, se deu quando foram notificados os primeiros casos da doença entre 1982 e 1985. Nesse período foi criado um programa inicial de mobilização em São Paulo, seguido pelas primeiras ONGs voltadas ao enfrentamento da doença, denominadas ONG's/AIDS e foram realizadas as primeiras reuniões do Ministério da Saúde com o objetivo de criar um Plano Nacional de combate à AIDS.

Essa primeira resposta ao enfrentamento da AIDS veio de baixo pra cima, percebendo-se certa negação e omissão por parte das instâncias públicas e do Ministério da saúde, acompanhado por uma onda de pânico e medo da população. Até 1985, não havia nenhuma resposta oficial por parte do governo federal em relação a Aids, embora

já existisse uma forte pressão por parte dos movimentos homossexuais, organizados em torno do grupo “gay paulista”, que foi responsável pelos primeiros trabalhos informativos junto às comunidades. (PARKER, 2003).

Portanto, o que se observa, neste primeiro momento foram respostas de baixo para cima, ou seja, movimentos que surgem através das classes mais afetadas, sobretudo dos homossexuais. Essas mobilizações culminaram na criação das primeiras ONGs/Aids que tiveram papel fundamental para que as primeiras iniciativas governamentais fossem tomadas.

No entanto, em função da gravidade e do avanço da doença, é que ocorre a criação de um Programa Nacional de Aids. Nesse período, não dava mais para ignorar a doença. Nesse sentido é que o PN/Dst/Aids foi instituído pela portaria 236 de 02 de maio de 1985 e,

(...) se consolida efetivamente no ano de 1988, mas, ainda não possuía uma estratégia definida de ação. A sua atuação oscilou entre buscar cooperação internacional de ajuda ao combate à AIDS e dar apoio aos programas já existentes nos Estados Unidos; além de desenvolver trabalhos em conjunto com entidades religiosas, filantrópicas, particulares (que eram poucas) e com as ONGS/AIDS existentes no país (SANTOS, 2005, p. 57).

A Segunda Fase se estendeu de 1986 a 1990 e se caracterizou por abordar a AIDS de forma pragmática, dando um aspecto tecnicista ao enfrentamento da doença. Nesse momento aumenta o número de iniciativas, cada vez mais diversificadas de respostas no enfrentamento da doença, período em que:

(...) várias iniciativas por parte da sociedade civil começaram a superar, em parte, a negação que havia caracterizado o período anterior. Um número crescente de organizações não-governamentais surgiu em todo o 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, p.10).

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.

Conforme destacamos anteriormente, na esfera de governo, este período foi marcado por abordagem pragmática e tecnicista da epidemia. À medida que prosseguia a implementação do Programa Nacional de Aids, crescia a tendência a uma centralização em Brasília, o que provocou tensões entre o Programa Nacional de Aids e os mais experientes programas estaduais e municipais espalhados pelo país, que passaram a servir, principalmente, a execução de atividades planejadas em Brasília. É importante reconhecer, contudo, o progresso no que se refere ao desenvolvimento de uma política de amplo alcance em resposta à epidemia, através da articulação entre os programas de Aids e outros setores do sistema de saúde (PARKER, 2003).

Cabe chamar atenção que data deste período, mais 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 lei aprovada foi a lei nº. 7.670/88 que visou estender as 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).

A Terceira Fase ocorreu entre 1990 e 1992 sob o governo de Fernando Collor de Mello. Nesse período houve uma desestruturação na política nacional da AIDS no país e descaso aos brasileiros vivendo com HIV/Aids por parte do governo. Segundo Parker (1993) isso ocorreu principalmente pelas acusações de contratos superfaturados em 1991. Embora essas acusações não tenham sido diretamente ligadas ao Programa Nacional da AIDS, um clima geral de suspeitas e difamações causaram um forte impacto, culminando na 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 (que se estende até os dias atuais) iniciou-se a partir de 1992, com a retomada da resposta governamental e investimento do Banco Mundial. Esse período caracterizou-se pelo incentivo a programas governamentais e não-governamentais e também parcerias como Ministério da Saúde como resposta ao enfrentamento da AIDS. Em 1996 foi iniciada a distribuição universal e gratuita de medicamentos antirretrovirais em ampla escala, considerado um marco histórico da política brasileira de assistência em relação à maioria dos países aferrados.

Internacionalmente, nesse mesmo ano (1996) houve a XI Conferência Internacional de AIDS, em Vancouver (Canadá), reunião bienal organizada pela Sociedade Internacional de AIDS (International AIDS Society – IAS em inglês) e pela Organização Mundial Independente de Profissionais que Trabalham com HIV/AIDS, a qual anunciou novidades incluindo novos medicamentos. Galvão (2000) destaca que nesse período, com a implementação do “AIDS I”, houve profundas mudanças na resposta das organizações não governamentais, sobretudo no que a autora chama de ditadura dos projetos, configurando uma nova gestão da epidemia, na qual um dos principais elementos foi a colaboração entre os setores governamentais e não-governamentais. Dois anos depois é implementado o AIDS II (1998 a 2002) com a descentralização das ações em que as organizações da sociedade civil foram colocadas como gestoras e não apenas prestadoras de serviços.

O AIDS III (2003 a 2006) é implementado durante o governo do ex-presidente Luís Inácio Lula da Silva, e contou com um investimento de 200 milhões (sendo US\$ 100 milhões do Banco Mundial e outros 100 milhões sob a responsabilidade do Governo Federal), investidos na melhoria da cobertura e da qualidade das intervenções de prevenção e assistência, fortalecimento dos gastos do PN-DST/AIDS com o monitoramento e avaliação das ações, e introdução de novas tecnologias, vacinas e tratamento.

Chamamos atenção de acordo com Villarinho et al (2013), que ocorre em tal contexto a criação dos serviços específicos de atendimento aos portadores de

HIV/AIDS, como os Serviços de Atendimento Domiciliar Terapêutico (ADT), Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e os Hospitais-Dia(HD), e os Serviços de Assistência Especializada (SAE), voltado às pessoas vivendo com HIV/AIDS, que tem tido papel preponderante na política de enfrentamento da doença.

Como se pode constatar, o Brasil teve vários avanços ao longo dos anos, tornando-se, no cenário da política internacional um exemplo mundial nas ações voltadas a AIDS. Fala-se inclusive em um “modelo brasileiro” de enfrentamento ao HIV/AIDS.

Em 2011, assume a presidência do país Dilma Rousseff, a primeira mulher a ocupar esse cargo na história do Brasil, dando continuidade as ações do governo Lula. No entanto, em meio à crise política em que a Presidência da República se viu envolvida após a reeleição em 2014, potencializada pela conjuntura de crise econômica no plano internacional forneceu elementos que afetou de modo negativo o orçamento de programas de combate à AIDS. Como fator adicional tivemos a retirada de agências e financiadoras internacionais do país, trazendo como resultado um complexo de fatores, dentre eles o prolongado declínio da taxa de mortalidade pelo HIV e o amplo acesso aos antirretrovirais.

Conforme nos chama atenção Côrrea (2016), em função do “golpe” de caráter político, que resultou no processo de Impeachment, da presidente Dilma Rousseff em 2016, assume a direção do país, o vice-presidente Michel Temer (PMDB) simbolizando para os partidos aliados, a chance de fortalecer o projeto societário conservador, totalmente aberto aos interesses do Grande Capital, colocando em risco os avanços sociais e a abertura ao diálogo com setores populares e representantes das minorias.

É importante evidenciar que as ações do atual governo, indicam um profundo retrocesso dos direitos sociais garantidos constitucionalmente, com implicações nas várias áreas de políticas públicas. O governo Temer anunciou um pacote de medidas que visam o congelamento de despesas em segmentos como educação e saúde, que impactam diretamente no enfrentamento do HIV/AIDS.

Conforme destacam Nemes&Scheffer (2016), em meio à crise política e econômica agravada no Brasil em 2016, o SUS, do qual dependem a manutenção da assistência e o tratamento em AIDS, enfrenta a diminuição de recursos e investimentos públicos, a baixa eficiência de gestão, deficiências e fragmentação na rede assistencial, precárias condições de vínculos de trabalho e de remuneração, resultado do avanço da ofensiva neoliberal e da contrarreforma do Estado na saúde que promoveu, e continua promovendo, um verdadeiro desmonte das políticas públicas no país.

Apesar dos avanços históricos evidenciados na assistência à epidemia da AIDS, a doença vem se apresentando no atual contexto do país, como um dos maiores desafios no âmbito da saúde pública no país. 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.

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 crescente em tal segmento (BRASIL, 2014).

Portanto, a tendência da taxa de aumento do número de casos na população jovem vem se confirmando no âmbito do perfil nacional, exigindo estudos voltados para tal problemática, e uma melhor apreensão da evolução e tendências da doença.

3. EVOLUÇÃO E TENDÊNCIAS DA AIDS

Atualmente 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. O avanço da doença tem mobilizado a atenção do mundo inteiro e se transforma em um dos maiores debates em torno da saúde humana no final do século XX e início do século XXI.

O número de novos casos de AIDS continua a crescer em âmbito mundial. Em todo o mundo, aproximadamente 33 milhões de pessoas vivem com HIV/AIDS (PVHA), considerando tais dados, é possível afirmar que a epidemia da AIDS continua a ser um dos grandes desafios para a saúde global (UNAIDS, 2013).

Sendo uma das doenças que mais mata no mundo e que ainda não tem cura, o desafio dos médicos e cientistas de todo o mundo é descobrir uma cura capaz de não

apenas controlar, mas erradicar a doença, visto que mesmo com as medidas preventivas e os avanços na pesquisa na área, ainda não chegamos a uma cura definitiva.

Segundo o Programa Nacional de AIDS, na metade do século XX, já se começou a notar a infecção pelo HIV. Os primeiros relatos são de que a doença surgiu na África central, um dos continentes de maior incidência de pessoas infectadas pelos vírus, 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.

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, as primeiras notícias acerca da doença tratavam a mesma como “peste gay” devido ao fato que os primeiros casos terem sido descobertos em parceiros do mesmo sexo, excluindo ainda mais os homossexuais na sociedade, e os rotulizando em um chamado “grupo de risco”. Ao longo dos anos, o perfil da doença foi se modificando, hoje se tem uma maior notificação em casais heterossexuais de idade mais avançada (atingindo as pessoas da chamada terceira idade); em pessoas com menos escolaridade e classes menos favorecidas; houve aumento entre as mulheres e outras regiões do país, principalmente as regiões Norte e Nordeste.

A doença, porém, acompanha novas e antigas problemáticas que dificultam o controle a sua disseminação, tais como tabu em se falar sobre sexualidade, fatores culturais, preconceito, relações de gênero, valores morais e religiosos, machismo, medo, entre outros. (CLEMENTINO, et al. 2014).

De acordo com BRASIL (2011), cabe destacar as formas de transmissão da doença, quais sejam:

✓ Transmissão sexual: ocorre pelo ato sexual vaginal, anal ou oral, no qual haja contato do sangue, sêmen ou secreções vaginais da pessoa infectada pelo HIV com a

pessoa sadia. Pode haver infecção também através do contato com objetos sexuais contaminados, caso não sejam devidamente lavados ou cobertos com uma camisinha.

✓ Transmissão por sangue contaminado: o HIV pode ser transmitido através do sangue ou produtos derivados do sangue (como plasma e plaquetas) em transfusões sanguíneas. Desde o início da década de 1990, hospitais e bancos de sangue têm feito exames de rotina no sangue de doadores para identificação do HIV. Estes exames reduziram substancialmente o risco de alguém ser contaminado pelo HIV durante uma transfusão.

✓ Transmissão através de agulhas ou seringas contaminadas: o HIV pode ser transmitido através de agulhas ou seringas contaminadas. Usuários de drogas injetáveis que compartilham seringas ou agulhas também têm risco da transmissão do vírus da hepatite e outras doenças infecciosas.

✓ Transmissão através de perfuração acidental com agulhas ou objetos cortantes: a transmissão do HIV de um paciente contaminado para um profissional de saúde, seja por uma perfuração acidental por agulha durante procedimento cirúrgico ou mesmo numa punção venosa, é baixa. Especialistas acreditam que o risco de contaminação neste tipo de acidente seja menor que 1%.

✓ Transmissão Vertical: ocorre durante a gravidez, durante o parto ou imediatamente após o parto por intermédio da amamentação. A cada ano, cerca de 600.000 recém-nascidos são infectados pelo HIV, seja durante a gestação, durante o parto ou no período de amamentação.

✓ Transmissão Via ocupacional: Ocorre quando o profissional de saúde sofre ferimentos com instrumentos perfuro-cortantes contaminados com sangue de pessoas de HIV positivo. Existem assim alguns fatores de risco que contribuem para tal tipo de contaminação: profundidade e extensão da ferida; presença de sangue visível em instrumentos que causaram o ferimento dentre outros (BRASIL, 2011).

A epidemia de HIV/AIDS tem alcançado uma grande massa populacional que se encontra em estado de vulnerabilidade, 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).

No Brasil a evolução da epidemia divide-se em três fases: 1^a- A infecção que ocorreu entre homens que praticavam sexo com outros homens e possuíam alto grau de escolaridade; 2^a- A transmissão passou a ocorrer também através do uso de drogas injetáveis, destaca-se a diminuição da faixa etária e a grande disseminação entre indivíduos com práticas heterossexuais; 3^a- A fase atual caracteriza-se pelo contínuo aumento no número de infecção entre heterossexuais e em especial nas mulheres, fenômeno conhecido como feminização da epidemia. (PATRIOTA, 2002).

Cabe destacar, conforme ressaltamos anteriormente que, passados mais de 30 anos desde o início do surgimento da Aids no Brasil, a doença assume como principais características: interiorização, pauperização, envelhecimento, heterossexualização, feminização e juvenilização da epidemia. Isso significa que o perfil da Aids foi se modificando ao longo dos anos, através do grande aumento de casos em heterossexuais, por meio de relações sexuais sem proteção, que caracteriza a heterossexualização.

Dentre as novas características de vulnerabilidade destacam-se ainda a feminização e juvenilização, ou seja, a elevação do número de notificações entre mulheres e jovens (BRAVO et al., 2006). Estas vulnerabilidades destacam-se como resultado de aspectos sociais, econômicos e culturais, que são determinantes de determinado comportamento em sociedade (SILVA ;SOUSA, 2013).

Dados da UNICEF (2016), demonstram que, as meninas são particularmente mais vulneráveis, representando cerca de 65% das novas infecções em adolescentes em todo o mundo. Na África Subsaariana, onde há aproximadamente 70% das pessoas no mundo vivendo com HIV, três em cada quatro adolescentes infectados pelo vírus em 2015 eram meninas (UNICEF, 2016).

Particularmente no perfil da AIDS no Brasil, o aumento no número de casos notificados via relação heterossexual, fenômeno denominado **‘heterossexualização’** da epidemia, tem contribuído de modo decisivo para o aumento de casos em mulheres, provocando a “feminização da Aids” (BARBOSA; SAWYER, 2003).

O cuidado com a saúde, bem como a reprodução e a prevenção são quase sempre atribuídas à mulher. As mulheres tendem a se arriscarem nas relações sexuais ao se submeterem a recusa de seu parceiro em fazer uso do preservativo.

O uso do preservativo se apresenta quanto resposta mais eficaz no combate à doença, no entanto, ainda enfrenta algumas resistências principalmente pelas mulheres na negociação do seu uso com os parceiros. A desigualdade de gênero no país,

envolvendo a submissão da mulher em relação ao homem, é um dos fatores que expõe ao maior risco de infecção pelo HIV (BRASIL, 2010).

No que se refere à **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. Na faixa etária de 17 a 21 anos de idade, a prevalência de infecção pelo HIV transpôs 0,09% em 2002 para 0,12% em 2007, sendo que o aumento mais expressivo foi na população HSM (homens que fazem sexo com outros 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).

Portanto, é possível afirmar que todas as pessoas são vulneráveis à infecção pelo HIV. O grande desafio está na construção de respostas efetivas, bem como de ações de prevenção e promoção que tenham alcance à população em geral, visto que a epidemia na atualidade tem crescido entre indivíduos que se encontram vulnerabilizados, dentre os quais o segmento jovem da população.

4. A AIDS E A JUVENIZAÇÃO DA EPIDEMIA: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

A “Juvenilização” da AIDS é uma das tendências atuais da doença que mais cresce no mundo. Ambos os grupos de transmissão vertical e horizontal somam-se na juvenilização da AIDS, que tem se fortalecido recentemente, apesar de avanços em campanhas de prevenção. Dados da UNICEF (2016) demonstram que a cada hora, 29 adolescentes entre 15 e 19 anos são infectados pelo vírus do HIV e a Aids continua sendo a segunda causa de morte entre jovens na faixa etária de 10 a 19 anos.

Especificamente no Brasil, nos últimos 10 anos, o número de jovens portadores de HIV cresceu 32%. Na população de 15 a 24 anos esse número tem aumentado, passando de 9,6 casos por 100 mil habitantes em 2004, para 12,7 casos por 100 mil habitantes em 2013. Ao todo 4.4014 novos casos foram detectados em jovens em 2013, em comparação com os 3.453 casos em 2004 (CALLISTO, 2015).

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.

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.

A diminuição da idade na iniciação sexual não está sendo acompanhada pela informação adequada a respeito das DSTs/AIDS, levada aos segmentos mais jovens da população. Cada vez mais adolescentes mantém relações sexuais associadas a padrões de vulnerabilidade, o aumento de práticas sexuais casuais sem proteção entre adolescentes, tem aumentado a contaminação pelo HIV (OLIVEIRA 2013).

A revolução provocada nos padrões dos relacionamentos das pessoas, sobretudo entre os jovens, orientados principalmente pela liberdade sexual que vivenciamos, contribuiu de uma certa forma, para o surgimento de novas formatações de relações mais abertas e de possibilidades de maiores intimidades(LIMA, 2007).

Ressalta-se ainda de acordo com Silva (2016), que 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.

Conforme destaca a referida autora, 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, acabam colocando a nossa juventude masculina em uma posição de vulnerabilidade às DSTs e a AIDS ainda maior.

No que se refere ao segmento do sexo feminino, se antes havia pressão entre as mulheres para manter a virgindade até o casamento, hoje, a sociedade parece pressionar para que se perca a virgindade cada vez mais cedo especialmente entre os jovens do sexo masculino. Ser virgem se tornou um rótulo, sinônimo de “ser careta” e inexperiência, na maioria das vezes tornando o (a) adolescente motivo de piada entre os seus colegas mais experientes. O medo de ser diferente e a necessidade de aceitação entre os grupos, levam os/as jovens a iniciar mais cedo a vida sexual, muitas vezes com um parceiro(a) que mal conhecem aumentando o risco de contrair AIDS/DST’s.

No que se refere especificamente às mulheres jovens que vem contraindo a doença, cabe destacar que muitas destas 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 jovens do sexo masculino fazem mais sexo e conversam mais sobre este assunto, as mulheres 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 do ano de 2015, confirmam a elevação dos casos de contaminação pelo vírus entre a população jovem.

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, que entre os aspectos de vulnerabilidade em contrair tal doença, 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.

Assim, para que a epidemia da AIDS seja enfrentada em todas as suas dimensões se faz 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 particularmente os jovens.

Conforme destaca Duarte (2008), é na faixa-etária de 15 a 24 que se tem o maior índice de contágio da AIDS. O grau de informação e educação como meio de prevenção a essa pandemia ainda são frágeis. Portanto, se faz necessário um maior investimento em ações, voltadas aos segmentos mais vulnerabilizados da população, a exemplo dos jovens.

Nessa perspectiva, entendemos que as ações de promoção e educação em saúde, tornam-se importante instrumento no enfrentamento do avanço de tal doença. É importante destacar 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.

A educação em saúde tem papel relevante na promoção da saúde, ao buscar desencadear um processo de cuidado voltado para a resolução conjunta dos problemas de saúde, para além dos aportes higienistas cunhados nas ações institucionais tradicionais. Especificamente no que se refere à juvenilização das DSTs/AIDS, promover saúde através das práticas educativas é engendrar um processo de capacitação dos indivíduos e grupos para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, requerendo uma maior participação desse processo (GUEDES; SOUZA, 2009), através de estratégias que permitam um maior controle sobre suas condições de vida, individual e coletivamente.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A AIDS, síndrome da imunodeficiência adquirida, é causada pelo vírus HIV (vírus da imunodeficiência humana) que fragiliza o sistema imunológico dos indivíduos infectados, e os deixa vulneráveis a contraírem doenças oportunistas como tuberculose,

pneumonia, hepatite etc. Tal doença teve os primeiros casos identificados nos Estados Unidos em finais dos anos 1970. No entanto, rapidamente a doença se propaga pelo mundo.

No contexto brasileiro a AIDS surge na década de 1980 e desde os primeiros casos se disseminou socialmente como sendo atribuída aos “grupos de risco”. Mas o seu perfil foi sendo modificado ao longo do tempo e a epidemia de HIV/AIDS ultrapassa atualmente o campo biológico, e destaca-se por afetar indivíduos que se encontram vulnerabilizados nos diversos aspectos: sociais, econômicos e culturais.

A AIDS é uma doença que desperta um olhar extremamente estigmatizante, ligado ao comportamento do indivíduo, o que faz com que os que conhecem sua sorologia, a escondam como forma de proteção para ser aceito na sociedade, que ainda trata a AIDS com preconceito. Portanto, “levar uma vida normal” em uma sociedade que busca a culpa do outro, que julga e condena, torna-se um desafio (BASILE, 2009).

Com o avanço no número de casos registrados de HIV/AIDS, vem crescendo o fenômeno da juvenilização da epidemia, o que tem preocupado técnicos, ativistas e pesquisadores da área. É possível identificar que a Aids penetrou no universo juvenil e é uma das tendências que mais cresce no mundo atualmente.

O jovem com HIV não só terá que enfrentar as mudanças e transformações nessa época da vida, como também preocupar-se com o impacto que a revelação do diagnóstico causará em si mesmo, mas também em todos ao seu redor. A vergonha, o medo do desconhecido, de não ser aceito, poderão levar tal segmento ao afastamento da família e do convívio social.

A realidade para aqueles que vivem e convivem com HIV/AIDS principalmente nessa época da vida é bastante complexa e conturbada, exigindo um maior investimento por parte do Estado em ações, no âmbito da política de enfrentamento da doença voltadas para tal segmento.

Embora as políticas de enfrentamento ao HIV/AIDS brasileira sejam consideradas exemplo para o mundo por seu êxito, com as campanhas que enfatizam a necessidade da prática do sexo seguro e da busca ágil de tratamento, o desafio permanente é o de reduzir ou, pelo menos, evitar o crescimento da transmissão” do vírus do HIV/AIDS no país (BARRETO, 2011 *apud* SILVA E SOUZA, 2013).

A juvenilização da AIDS é um problema sério, que precisa ser enfrentado. Nessa perspectiva, entendemos que temas que ainda são tabus em nossa sociedade, a exemplo

da sexualidade, precisam ser melhor trabalhados com os segmentos jovens, objetivando a diminuição do número de casos e da vulnerabilidade destes em contrair a doença.

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. Dentre estes estão: a falta de acesso a informações e baixo nível de escolaridade traduzidos na dificuldade em se adotar práticas seguras. Parte-se do pressuposto de que todas as pessoas são vulneráveis à infecção pelo HIV, estando o aumento ou diminuição dos riscos diretamente relacionados aos aspectos socioculturais e econômicos.

Com base na mudança de seu perfil da doença ao longo dos anos, e acreditando que seu trato não se restringe apenas a uma intervenção médica e medicamentosa, o desenvolvimento de práticas educativas em saúde promotoras de um cuidado integral torna-se importante, uma vez que as decisões sobre o comportamento sexual não podem ser isoladas das influências sociais, econômicas e culturais mais amplas que norteiam a vida dos indivíduos e particularmente dos segmentos que vem sendo mais atingidos pelo HIV/Aids, a exemplo dos jovens.

AIDS AND EPIDEMIC JUVENILIZATION: A QUESTION IN DEBATE

ISHESILEY MICAELLE DE SOUSA SANTOS

ABSTRACT

The epidemic of Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) is characterized as one of the most serious public health problems. The numbers of AIDS cases continue to grow worldwide, affecting individuals who have become vulnerable to our social, economic and cultural methods. In Brazil, it is highlighted that over the years, the profile of the disease has been changing, and now presents among its characteristics the juvenilization of the disease, considering that the prevalence of HIV infection. Therefore, the significant increase in young people who have been contracting HIV / AIDS has been a challenge for public health and for professionals working on HIV / AIDS policy. Increasingly, the number of AIDS cases among 15-29 year olds has been increasing, requiring greater investment in public policies and planning actions that respond to increasing demand, taking into account the peculiarities of each region. In this sense, the main purpose of this qualitative, documentary and bibliographic study was to contribute to the debate on the problem of juvenile HIV / AIDS, considering the significant increase in cases of the disease among young people. Such information can be verified on the Ministry of Health's epidemiological report on HIV / AIDS in recent years. The results of a study point to the need for actions to combat the epidemic, especially in a segment of the population, and the deepening of discussions about HIV / AIDS coping policy.

Keywords: Epidemic. HIV / AIDS, Youth.

6. REFERÊNCIAS

Agência de Notícias da AIDS: **BRASIL PARTICIPA DA 16ª CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE AIDS, NO CANADÁ**). Disponível em:

<http://agenciaaids.com.br/noticias/interna.php?id=5738>

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

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.

_____. Ministério da saúde. **Boletim epidemiológico aids/DST**. Brasília jul./ set. 2011. Disponível em:

<http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2012/52654/boletim_2012_final_1_pdf_21822.pdf>. Acesso em: 09 maio 2016.

_____. Ministério da saúde. **Boletim epidemiológico aids/DST**. Brasília Jul./ set. 2013. Disponível em:

<http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55559/_p_boletim_2013_internet_pdf_p_51315.pdf>. Acesso em: 10 maio 2016.

_____, Ministério da saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS**. Ano IV, nº 01, de jul. /dez. de 2014.

_____. 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.

CALLISTO, Diego. **Como Conter a Juvenização da AIDS no Brasil?** Disponível em: http://agenciaaids.com.br/home/artigos/artigo_detalhe/468#.VznYBfkrLIU

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- COUTO, M. H. **A VULNERABILIDADE DA VIDA COM HIV/AIDS**. Disponível em:

https://www.academia.edu/2011015/a_vulnerabilidade_da_vida_com_HIV_aids

CORRÊA, S. **A resposta brasileira ao HIV e à AIDS em tempos tormentosos e incertos**. In: Mito vs Realidade: Sobre a resposta Brasileira à epidemia de HIV e AIDS

em 2016. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), Rio de Janeiro, Julho 2016.

DUARTE, C. R. **Conhecimentos e Prevenção de DST/AIDS em Adolescentes.** (Dissertação de Mestrado), Universidade Metodista de São Paulo – São Bernardo do Campo, 2008.

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.

GUEDES, H. H. S.; SOUZA, A. I. S. A Educação em saúde como aporte estratégico nas práticas de saúde voltadas ao HIV/AIDS: O papel da Equipe de saúde. In: **Rev. APS**, v. 12, n. 4, p. 388-397, out./dez. 2009

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 2016.

NEMES. M. I. B.; SCHEFFER. F. **Desafios da assistência às pessoas que vivem com HIV e AIDS no Brasil.** In: Mitos vs Realidade: Sobre a resposta Brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), Rio de Janeiro, Julho 2016

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.

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.

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.

SILVA, J. M. **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 em Serviço Social (TCC)Universidade Estadual da Paraíba – UEPB; Campina Grande/PB, 2016.

SILVA, E. S.; SOUZA; M.S.P. **HIV/AIDS No Brasil – problematizando a construção de uma epidemia.**In: TEMAS CONTEMPORÂNEOS ACERCA DA EPIDEMIA DE HIV/AIDS NO BRASIL - uma análise a partir da realidade da Rede Nacional de Pessoas Vivendo e Convivendo com HIV/AIDS - Núcleo Campina Grande – PB.Disponível em:
http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/mesastematicas/tema_scontemporaneosacercadaepidemiadehiv-aidsnobrasil.pdf

UNAIDS. **Organização Mundial de Saúde.** 2013. Disponível em:
[http://<http://www.unAIDS.org.br/>](http://www.unAIDS.org.br/). Acesso em: 05 maio. 2015

_____ **Organização Mundial de Saúde.** 2016. Disponível em:
[http://<http://www.unAIDS.org.br/>](http://www.unAIDS.org.br/). Acesso em: 05 jun. 2016

UNICEF.**Organização Mundial de Saúde.** 2016. Disponível em:
[http://<http://www.unAIDS.org.br/>](http://www.unAIDS.org.br/). Acesso em: 05 jun. 2016

VILLARINHO, M. V. (et al). Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. In. **RevBrasEnferm.** Brasília, vol.66, n. 2, p, 271-277, Mar, 2013.