

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE FLUMINENSE DARCY RIBEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DO HOMEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS SOCIAIS

Anna Cássia Ferreira Gonçalves Teixeira

PREVENÇÃO DE INFECÇÕES SEXUALMENTE  
TRANSMISSÍVEIS E JUVENTUDES: UMA ANÁLISE SOBRE  
AS ESTRATÉGIAS DO GOVERNO FEDERAL

Campos dos Goytacazes/RJ

2019

Anna Cássia Ferreira Gonçalves Teixeira

PREVENÇÃO DE INFECÇÕES SEXUALMENTE  
TRANSMISSÍVEIS E JUVENTUDES: UMA ANÁLISE SOBRE  
AS ESTRATÉGIAS DO GOVERNO FEDERAL

Dissertação de Mestrado apresentada junto ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais, da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro/UENF, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Sociais.

Área de Concentração: Estado, Trabalho, Sociedade e Território.

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo da Costa Caetano

Campos dos Goytacazes

2019

PREVENÇÃO DE INFECÇÕES SEXUALMENTE  
TRANSMISSÍVEIS E JUVENTUDES: UMA ANÁLISE SOBRE  
AS ESTRATÉGIAS DO GOVERNO FEDERAL

**ANNA CÁSSIA FERREIRA GONÇALVES TEIXEIRA**

**Dissertação de Mestrado apresentada junto ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais, da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro/UENF, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Sociais.**

APROVADA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Carlos Antônio de Souza Moraes  
Universidade Federal Fluminense (UFF)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Wânia Amélia Belchior Mesquita  
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF)

---

Prof. Dr. Fábio Py Murta de Almeida  
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF)

---

Prof. Dr. Rodrigo da Costa Caetano (Orientador)  
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF)

“Revolucionário é todo aquele que quer mudar o mundo e tem a coragem de começar por si mesmo”.

Sérgio Vaz

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente, agradeço ao universo (ou qualquer força equivalente, não importa) pelas oportunidades proporcionadas.

Agradeço a minha mãe, porque de todas as pessoas que eu conheço, ela é mais corajosa. Entre sonhar alto e ser realista, ela escolheu os dois. Por esperar sempre o melhor de nós. Obrigada por me educar para ser uma mulher forte.

Agradeço a minha irmã Anna Clara, pela torcida e companheirismo. Nunca estaremos sozinhas. Nunca.

Agradeço ao meu irmão Assis e demais familiares – primos e primas, tios e tias, a minha avó Maria – pela torcida e pelas energias positivas.

Agradeço ao Pedro, por sempre estar ao meu lado, me dando força e afeto.

Agradeço a Raquel, pelo incentivo para tentar o processo seletivo para o mestrado e pelos momentos compartilhados há tanto tempo.

Agradeço as(os) colegas da sala 205, você tornam meus dias mais leves e divertidos.

Agradeço ao meu orientador, Rodrigo, pela paciência e atenção durante todo esse tempo.

Agradeço ao Prof. Dr. Marlon pela colaboração na banca de defesa do projeto de dissertação.

Agradeço ao Prof. Dr. Carlos, Prof. Dra. Wânia e Prof. Dr. Fábio por aceitarem participar da banca.

Por fim, agradeço a Coordenação do Programa de Pós-graduação em Políticas Sociais e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

## RESUMO

**TEIXEIRA, A. C. F. G. A prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e juventudes: uma análise sobre as estratégias do governo federal. 2018. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro/UENF, Campos dos Goytacazes, 2019.**

O presente trabalho pretende analisar o desenvolvimento das estratégias de prevenção às infecções sexualmente transmissíveis (IST) formuladas e executadas pelo governo federal, considerando o aumento de novos casos de HIV, Aids e Sífilis na população jovem (15 a 29 anos). Nesse sentido, buscaremos identificar os elementos determinantes para a formação das primeiras iniciativas de prevenção das IST no Brasil, demonstrar como as interferências político-partidárias prejudicam o desenvolvimento das estratégias de prevenção e analisar como o recente avanço do conservadorismo reduz a prevenção às intervenções biomédicas acarretando prejuízos à saúde da população, especialmente a dos(as) jovens. Em relação aos aspectos metodológicos ressaltamos a combinação de procedimentos comparativo e históricos, com a elaboração de mapas, quadros e gráficos para demonstrar o avanço das IST no território nacional, especialmente entre a população jovem. Nos últimos anos percebemos que as estratégias de prevenção estão centralizadas nas intervenções biomédicas, enquanto respostas estruturais e sociais perdem espaço. Tal movimento é acentuado com o avanço de grupos conservadores/reacionários.

Palavras-chave: Políticas Sociais; Saúde; Jovens.

## **ABSTRACT**

TEIXEIRA, A. C. F. The prevention of sexually transmitted infections and youth: an analysis of federal government strategies. 2018. Dissertation (Master degree) - Northern Fluminense State University Darcy Ribeiro / UENF, Campos dos Goytacazes, 2019.

The present work intends to analyze the development of strategies for the prevention of sexually transmitted infections (STIs) formulated and implemented by the federal government, considering the increase of new cases of HIV, Aids and Syphilis in the young population (15-29 years). In this sense, we will seek to identify the determinants for the formation of the first STI prevention initiatives in Brazil, to demonstrate how political-party interferences hamper the development of prevention strategies and to analyze how the recent advance of conservatism reduces the prevention of biomedical interventions the health of the population, especially young people. Regarding the methodological aspects, we highlight the combination of comparative and historical procedures, with the elaboration of maps, charts and graphs to demonstrate the progress of STIs in the national territory, especially among the young population. In recent years, we have noticed that prevention strategies are centralized in biomedical interventions, while structural and social responses lose space. This movement is accentuated by the advance of conservative / reactionary groups.

Keywords: Social Policies; Cheers; Young

## **SUMÁRIO**

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>ASPECTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>15</b>
<b>CAPÍTULO 1 – O BRASIL QUE A AIDS ENCONTRA: A CONJUNTURA POLÍTICA E SOCIAL NO INÍCIO DA EPIDEMIA.....</b>	<b>23</b>
<b>1.1 O PAPEL DESEMPENHADO PELA SOCIEDADE CIVIL E A CONSTRUÇÃO DO “SEXO SEGURO” .....</b>	<b>25</b>
<b>1.2 A ATUAÇÃO DO GOVERNO BRASILEIRO: ENTRE AVANÇOS E LIMITES.....</b>	<b>35</b>
<b>CAPÍTULO 2 – NOVAS POSSIBILIDADES DE PREVENÇÃO, VELHAS ESTRUTURAS SOCIAIS.....</b>	<b>41</b>
<b>2.1 INTERFERÊNCIAS POLÍTICO-PARTIDÁRIAS E A CENTRALIDADE NAS INTERVENÇÕES BIOMÉDICAS.....</b>	<b>41</b>
<b>2.2 PANORAMA DAS IST NO BRASIL.....</b>	<b>49</b>
<b>CAPÍTULO 3 – O “BOOM” DAS IST NA JUVENTUDE BRASILEIRA.....</b>	<b>57</b>
<b>3.1 AS CONSEQUÊNCIAS DA “NOVA ONDA” CONSERVADORA SOBRE A JUVENTUDE.....</b>	<b>57</b>
<b>3.1.1 Aids em jovens: uma comparação entre os anos de 2006 e 2016.....</b>	<b>58</b>
<b>3.1.2 HPV E Jovens.....</b>	<b>62</b>
<b>3.1.3 Adesão aos métodos de prevenção.....</b>	<b>64</b>
<b>3.2 ATUAIS ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DO GOVERNO FEDERAL.....</b>	<b>72</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>78</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>81</b>



## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 - Reportagem publicada pelo “Jornal Notícias Populares”, em 1983.

Figura 2 – Campanha Dia Internacional das Prostitutas – 2013.

Figura 3 – Campanha de Carnaval (2018) do Ministério da Saúde.

## **LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 – Recursos destinados pelo governo federal às Organizações da Sociedade Civil (OSC).

Gráfico 2 – Casos de HIV, por sexo e raça/cor, no Brasil, no período de 2014 a 2017.

Gráfico 3 – Casos de Aids por sexo e faixa etária no Brasil em 2017<sup>1</sup>.

Gráfico 4 – Taxa de detecção da sífilis adquirida segundo região e ano de diagnóstico no Brasil, no período de 2011 a 2017.

Gráfico 5 – Casos de sífilis adquirida segundo faixa etária e por ano de diagnóstico no Brasil, no período de 2011 a 2017.

Gráfico 6 – Casos de Aids na população jovem, por sexo e faixa etária, no período de 2006 a 2016, no Brasil.

Gráfico 7 – Número de óbitos por Aids, segundo sexo e faixa etária, no Brasil (2006-2016).

Gráfico 8 – Motivos para o não uso do preservativo – Homens<sup>1</sup>diagnósticos com HIV, atendidos pelo CDIP, entre os anos de 2009 e 2017.

Gráfico 9 – Motivos para o não uso do preservativo – Mulheres diagnósticas com HIV, atendidas pelo CDIP, entre os anos de 2009 e 2017.

## **LISTA DE MAPA**

Mapa 1 – Taxa de detecção de Aids (x 100 mil habitantes) e percentual de declínio ou incremento, segundo UF de residência, por ano de diagnóstico. Brasil, 2007 e 2017.

Mapa 2 – Coeficiente de mortalidade padronizado de Aids (x 100 mil habitantes) e percentual de declínio ou incremento, segundo UF de residência, por ano de diagnóstico. Brasil, 2007 e 2017.

## **LISTA DE QUADRO**

Quadro 1 – Taxa de detecção de Aids, por região, considerando as maiores e menores taxa

Quadro 2 – Aumento e declínio de novos casos de Aids identificados no Brasil por exposição sexual, segundo região, em homens jovens (15 a 29 anos) entre os anos de 2006 e 2016

Quadro 3 – Comparativo entre as três edições da PCAP: população com idade de 15 a 24 anos, sexualmente ativa na vida.

Quadro 4 – Comparativo entre as três edições da PCAP: população com idade de 15 a 24 anos, sexualmente ativa nos últimos 12 meses.

Quadro 5 – Início da vida sexual e uso do preservativo – escolares PeNSE 2015.

Quadro 6 – Escolares dos municípios das capitais brasileiras – comparativo PeNSE dos anos 2009, 2012, 2015

## INTRODUÇÃO

Estimativas globais da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o ano 2016 apontam a ocorrência de 376 milhões de novos casos de infecções sexualmente transmissíveis (IST) curáveis (clamídia, gonorreia, sífilis e tricomoníase), o que pode significar que mais de 1 milhão de pessoas foram infectadas diariamente. Ainda de acordo com a OMS, estima-se que 417 milhões de casos de herpes tenham sido identificados e 291 milhões de casos de HPV em mulheres (OMS, 2018, p.1). Jovens com a idade de 15 a 24 anos representam mais de um terço dos novos casos de HIV entre adultos; acredita-se que todos os dias cerca de 2 mil jovens passam a viver com o vírus (ONU, 2016, s/p).

Reconhecendo a gravidade desse cenário, a OMS e Estados-Membros das Nações Unidas estabeleceram, em 2016, metas e compromissos globais para eliminar o HIV e outras IST como problema de saúde pública até 2030. Tais metas dizem respeito à redução de novos casos de HIV, redução das mortes provocadas pela Aids e eliminação do estigma e do preconceito relacionados ao vírus (UNAIDS, 2016, p.3)

O Brasil está entre os países que pactuaram com os ambiciosos objetivos da OMS, comprometendo-se a dedicar esforços para alcançá-los. O país tem grande relevância nesse aspecto já que, em 2017, 48% dos novos casos de HIV na América Latina ocorreram no país (UNAIDS, 2018, p. 217). No mesmo ano, foram diagnosticados 42.420 novos casos de HIV<sup>1</sup> e 37.791 novos casos de Aids<sup>2</sup>, ainda foram registrados 11.463 óbitos tendo como causa básica a Aids (BRASIL, 2018a, p.5). A maior parte dos casos de HIV ocorreu na população com idade entre 20 a 24 anos, representando 19,2% (IBID, p.31).

Outro dado a ser destacado, diz respeito aos novos casos de sífilis. Em 2017, foram notificados 119.800 casos de sífilis adquirida no país (BRASIL, 2018b, p.5), sendo a maior parte por faixa etária (32,2%), em jovens com idades entre 20 a 29 anos (IBID, p.25).

---

<sup>1</sup> O HIV “é um retrovírus, classificado na subfamília dos Lentiviridae e é uma Infecção Sexualmente Transmissível”. Fonte: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z>

<sup>2</sup> A Aids é a doença causada pela infecção do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV é a sigla em inglês)”. Fonte: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z>

Dados epidemiológicos apresentados no decorrer do presente trabalho, indicam um aumento expressivo de novos casos de HIV, Aids e sífilis entre a juventude no Brasil, evidenciando a pouca adesão dessa população aos métodos de prevenção e mais do que isso, as limitações das estratégias de prevenção existentes.

A população jovem representa um quarto da população brasileira (BRASIL, 2017a, p.12), sua representatividade torna ainda mais urgente o planejamento de estratégias capazes de incluí-las no âmbito das políticas sociais. Tal tarefa envolve um significativo grau de complexidade, já que as juventudes<sup>3</sup> se expressam de diferentes maneiras e a vivência desse período tem um significado particular para os(as) jovens. Assim, “[...] a passagem para a vida adulta apresenta especificidades segundo as diferentes condições materiais de existência e os diferenciais de gênero e de raça/cor que condicionam as trajetórias juvenis” (HEILBORN, 2006, p. 41).

No presente trabalho a população jovem será compreendida como aquela formada por pessoas com idade entre 15 a 29 anos, conforme o estabelecido pelo Estatuto da Juventude<sup>4</sup> (BRASIL, 2017a, p.24). O documento em seu Art. 20 compreende que a educação sexual e reprodutiva como um direito que deve ser garantido a essa população. No entanto, tal concepção esbarra em outras perspectivas que não enxergam nas juventudes suas potencialidades, optando por perverter as iniciativas que busquem proporcionar certa autonomia nesse campo.

No mais, como ponderou Barros, Henrique e Mendonça (2000, p.120), o Brasil é “um país desigual, exposto ao desafio histórico de enfrentar uma herança de injustiça social que exclui parte significativa de sua população do acesso a condições mínimas de dignidade e cidadania”. Tal condição é aprofundada num contexto como o que vivemos, de crise econômica, no qual os excluídos estão cada vez mais excluídos.

A população jovem constitui parcela significativa dos novos casos de IST, especialmente de HIV. Investigar as causas que contribuem para a maior exposição desse grupo ao vírus pressupõe compreender qual o lugar que a juventude ocupa em nossa sociedade e as condições existentes para seu pleno desenvolvimento.

---

<sup>3</sup> Optamos por utilizar o termo juventudes com o objetivo “ilustrar a multiplicidade de enfoques e identidades inerentes à etapa da vida conhecida como juventude” (UNESCO, 2004, p. 15).

<sup>4</sup> LEI Nº 12.852, DE 5 DE AGOSTO DE 2013.

Partindo do pressuposto que essa fase não é vivenciada da mesma forma por todos(as) os(as) jovens, tornando uns mais vulneráveis a um conjunto de fatores prejudiciais ao seu desenvolvimento e construção de sua autonomia, do que outros. Nesse sentido, cabe pensarmos em quais aspectos tornam nossos(as) jovens desprotegidos(as). De quais juventudes tratamos?

A principal causa de morte em jovens é o homicídio. Em 2015, pessoas jovens representaram 54,1% do caso de homicídio no país. Considerando raça/cor, 71% eram negros(as)<sup>5</sup> e 92% eram do sexo masculino. O risco relativo de um jovem negro de morrer assassinado é 2,70 vezes mais chances do que um jovem branco. Já uma jovem negra tem 2,19 vezes mais chances de sofrer um homicídio do que uma jovem branca. (IBID., p.15). É importante compreender que “[...] essas mortes tem uma geografia e um endereço certo, pois estamos falando dos jovens, sobretudo das periferias, que estão mais expostos à violência” (IBID., p. 11).

O documento “Mortes Violentas de LGBT+ Relatório 2018” elaborado pelo Grupo Gay da Bahia (GGB) expõe dados sobre mortes causadas por homofobia no Brasil. Das 420 mortes, 76% foram causadas por homicídio e 24% suicídios. Considerando a faixa etária, a maior parte das mortes ocorre em jovens com idade de 18 a 25 anos (29%).

O objetivo de desacelerar o avanço de novos casos de IST em jovens não deve ignorar realidades como as expostas. As estratégias de prevenção devem ser formuladas considerando as especificidades das juventudes e as sexualidades, temas a serem abordados com clareza e naturalidade, permitindo a construção de um diálogo permanente com essa população. Para tanto, é preciso que tais estratégias pensadas compreendam todos esses contornos.

Nesse sentido, questionamos os limites das ações desenvolvidas para reverter a atual tendência das IST no país. Convém avaliar quais as reais possibilidades que os(as) jovens encontram para vivenciar de fato sua sexualidade. Como o desmonte das políticas sociais, especialmente da saúde, produzem efeitos no aumento de casos de IST no território nacional? Como o governo brasileiro tem direcionado suas ações para superação de vulnerabilidades? O que tem reduzido o potencial das ações de prevenção? Quem tem interesse em produzir uma sociedade insegura para determinados grupos? O que coloca

---

<sup>5</sup> A população negra de acordo com o IBGE é aquela composta por pretas e pardas.

população jovem a margem e ao mesmo tempo no centro das políticas sociais? São inúmeras as indagações que fomentam o presente trabalho.

A saúde no Brasil passa a ser considerada direito da população e dever do Estado a partir da promulgação da Constituição de 1988 (Art. 196). Desde então muitas conquistas foram alcançadas, ao mesmo tempo em que múltiplos desafios são colocados para o seu desenvolvimento. Como toda política social a saúde está constantemente sujeita a interferências políticas e econômicas, de acordo com os interesses do projeto de poder vigente. Portanto, o fato de integrar a seguridade social brasileira não impede que esta sofra ataques estruturais, capazes de reduzir qualidade e alcance.

A resposta brasileira ao HIV/Aids reflete as particularidades da nossa sociedade, o que pode colaborar para grandes conquistas, como produzir retrocessos. A maneira com que o país lidou com a epidemia definiu sua conduta diante de outras IST. No entanto, a prevenção no Brasil sofreu significativos recuos nos últimos anos. A conhecida “onda conservadora” têm impulsionado a formação de uma “nova onda” de IST que atinge principalmente os(as) jovens.

O estabelecimento de metas ambiciosas, como as estipuladas pela OMS, não são capazes de mudar o cenário atual sem ação e interesse político dos países envolvidos. A disputa entre diversos atores, fator determinante para sua condução, permanece. Recursos que potencialmente auxiliariam na redução de novos casos de IST, como a inclusão da educação sexual nas escolas, não recebem o devido reconhecimento. A prevenção de novos casos de IST demanda um intenso investimento financeiro e científico, assim como esforços políticos para que tenham os resultados esperados.

Tendo em vista os aspectos mencionados, pretendemos com o presente trabalho analisar o desenvolvimento das estratégias de prevenção às IST formuladas e executadas pelo governo federal, considerando o aumento de novos casos na população jovem. Buscamos: 1) identificar os elementos determinantes para a formação das primeiras iniciativas de prevenção das IST no Brasil, 2) demonstrar como as interferências político-partidárias prejudicam o desenvolvimento das estratégias de prevenção; 3) analisar como o recente avanço do conservadorismo reduz a prevenção às intervenções biomédicas acarretando prejuízos à saúde da população, especialmente a dos(as) jovens.

Ressaltamos que as análises relacionadas às IST requerem atenção para que não sejam incorporadas à reprodução de discursos que buscam condenar determinados comportamentos sexuais, considerados de risco (sexo anal) e inconsequentes (múltiplas parcerias sexuais), por isso, atrelando a questões individuais, aos números elevados. O que dentro de uma “lógica” excludente justificaria a pouca atenção direcionada pelo Estado à redução de desigualdades e ampliação dos espaços legítimos à manifestação segura da diversidade em todos os seus aspectos. Esse julgamento pode ser estendido para além do campo sexual, servindo como pretexto para perseguições, atos de violências e discriminações, naturalizando a barbárie. A intenção desse trabalho, como será visto, percorre um caminho oposto.

### **ASPECTOS METODOLÓGICOS**

Marconi e Lakatos (2003, p.83) definem o método como “o conjunto das atividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permite alcançar o objetivo [...] traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões do cientista”. O percurso realizado para chegarmos às reflexões e constatações que resultam no presente trabalho tem início em 2011, período em que a etapa do estágio curricular em serviço social estava sendo cumprida no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) dentro do Programa Municipal DST/Aids, atual Centro de Doenças Infecto-Parasitárias (CDIP).

As atividades de estágio eram desenvolvidas durante o aconselhamento pré-teste (coletivo e individual) dos(as) usuários(as) que procuravam o serviço em busca de diagnóstico para HIV, sífilis, hepatite B e C, acompanhada da supervisão de assistentes sociais do Programa. Naquele período, chamou a atenção a grande procura das gestantes pelas testagens. O Ministério da Saúde recomenda que sejam realizadas ao menos duas no decorrer da gestação e que os parceiros sexuais também passassem pelo procedimento, com o objetivo de reduzir casos de transmissão vertical do HIV e sífilis congênita.

Muitas mulheres não atendiam ao recomendado. Entre os motivos estava a dificuldade em ter que sair de seus bairros e comparecer ao serviço, que apesar de bem localizado (na área central, próxima a uma rodoviária) não é necessariamente acessível a toda população do município.

As experiências do estágio fomentaram inquietações e a partir da leitura dos materiais indicados pelo assistente social supervisor e pelo orientador, somadas a discussões cotidianas com os demais profissionais do CTA e o interesse em ampliar o conhecimento sobre a política de prevenção das, até então, DST<sup>6</sup>, geraram a monografia intitulada “A PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL: sua efetivação no município de Campos dos Goytacazes/RJ”.

O trabalho abordou discussões sobre a feminização do HIV, desigualdades de gênero, as dificuldades que envolvem a descentralização das testagens para as Unidades Básicas de Saúde (UBS), como orientado pelo governo federal, a noção que parte das mulheres grávidas e seus respectivos parceiros sexuais<sup>7</sup> demonstravam em relação ao uso do preservativo. A maioria acreditava que ele poderia ser dispensado, pois não cumpriria sua principal função: a prevenção de uma gestação não planejada.

Foi possível perceber durante os aconselhamentos individuais que parte considerável das pessoas atendidas não utilizava o preservativo e que essa decisão, quando não acompanhada de violências, imposições e acordos, não passavam por um processo de reflexão profundo. Algumas das pessoas atendidas não sabiam explicar o motivo para não usar o preservativo. Era notável o distanciamento entre o uso do preservativo e a perspectiva de cuidado com o próprio corpo. A falta de informação sobre prevenção e a transmissão de IST era uma questão recorrente.

A experiência do estágio despertou o interesse nos debates sobre as estratégias de prevenção das IST e como o governo federal as têm conduzido. A partir de tem então, tem início uma nova discussão, com um novo objeto – a juventude – mas que traz em sua essência as mesmas inquietações: o que impede o êxito das estratégias de prevenção?

Nesse sentido, adotamos a combinação de procedimentos comparativo e histórico, com abordagem quali-quantitativa, o que acreditamos ter beneficiado as análises realizadas, considerando que apenas o uso de uma delas restringiria a possibilidade de “abarcara toda a realidade observada [...] conhecimento científico é

---

<sup>6</sup>Em 2016, “o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais passa a usar a nomenclatura “IST” (infecções sexualmente transmissíveis) no lugar de “DST” (doenças sexualmente transmissíveis)”. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/departamento-passa-utilizar-nomenclatura-ist-no-lugar-de-dst>

<sup>7</sup> Na experiência vivenciada no estágio foi notada pouca procura desses homens, seja por falta do encaminhamento do pré-natal, seja pela falta de interesse ou de tempo para comparecer ao serviço para testagem.



sempre uma busca de articulação entre uma teoria e a realidade empírica” (MINAYO; SANCHES, 1993 p. 239).

As análises referentes à temática proposta incluem a pesquisa e a revisão bibliográfica, realizadas a partir do levantamento e seleção de produções científicas, considerando sua proximidade com o objeto de estudo. Para tanto *web sites* de pesquisa como Google Acadêmico, Biblioteca Virtual de Saúde Pública Brasil, Localizador de Informação em Saúde (LIS) e a Revista Ciência & Saúde Coletiva são utilizados. Os descritores escolhidos para a pesquisa foram: “jovens e infecções sexualmente transmissíveis”, “jovens e HIV”, “jovens e sexualidades”, “jovens e uso do preservativo”, “jovens e comportamento sexual”, “política de saúde e política social”, “prevenção de infecções sexualmente transmissíveis” e “estratégias de prevenção do HIV”.

Nas buscas realizadas no Google Acadêmico e na Biblioteca Virtual de Saúde Pública Brasil foram excluídos da análise trabalhos que já no título demonstravam pouca aproximação com o objeto de estudo, monografias também foram excluídas, dando prioridade para artigos, dissertações e teses. No Google Acadêmico analisamos todos os resultados até 10ª página do site.

Na Biblioteca Virtual de Saúde Pública Brasil, utilizamos os filtros “Base de Dados Nacionais – Brasil” e “Idioma – Português”. Já na Revista Ciência & Saúde Coletiva, foram analisados trabalhos pesquisados dentro das categorias “Artigo/Tema Livre” e “Artigo Temático”.

Consultamos também a biblioteca virtual do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (DIAHV), para acessar Boletins Epidemiológicos, campanhas de prevenção, entre outros conteúdos pertinentes publicados até dezembro de 2018.

Publicações da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids também foram importantes na construção desse trabalho, já que possibilitaram a aproximação com outro lado do debate, que por vezes difere das perspectivas apresentadas pelas autoridades.

No decorrer do processo de pesquisa e leitura do material reunido, recebeu atenção também as referências utilizadas pelos(as) autores(as), como uma medida importante para o aprofundamento da discussão.

Identificamos uma vasta literatura sobre as políticas sociais, e apesar de suas diferentes perspectivas, compartilham do esforço em encontrar um conceito capaz

de defini-las. Na elaboração desse trabalho foram reunidos entendimentos que dialogam e refletem sobre os aspectos contraditórios da política social e sua importância no enfrentamento de injustiças sociais.

Para Pereira (2011, p. 28) a política social é resultado da relação, nem sempre harmônica, entre Estado e sociedade, nascendo da disputa entre projetos distintos e da pressão que estes são capazes de exercer. A autora ressalta que a existência de uma política social por si só não garante que sejam gerados resultados positivos para a população, principalmente aquelas mais pobres. Portanto, para que as políticas sociais produzam os resultados esperados, se faz necessário que parte da sociedade se organize com o objetivo de acompanhar sistematicamente o desenvolvimento das iniciativas dos governos, assim como, as cobranças e artifícios utilizados pelo capital para fazer com que seus interesses também sejam atendidos. A sua elaboração demanda que estejam previstas uma série de “conceitos, teorias e objetivos” para direcioná-la, mesmo que “na prática, percebam-se hiatos entre o que foi concebido e realizado” (IBID; p. 29).

Fleury e Ouverney (2014, p. 36) definem a política social como “ações permanentes ou temporárias relacionadas ao desenvolvimento, à reprodução e à transformação dos sistemas de proteção social”, demandando “o desenvolvimento de estratégias coletivas para reduzir a vulnerabilidade das pessoas aos riscos sociais”. Destacam seu caráter multifacetado, que em sua dimensão de proteção social, envolve um conjunto de “relações, processos, atividades e instrumentos” objetivando o desenvolvimento das atribuições públicas, sejam estatais ou não “na promoção da seguridade social e do bem-estar”. Incluindo medidas interventivas no que tange a maneira como se dará a “distribuição de recursos e oportunidades, a promoção de igualdade a serem tomados como referência para a organização da sociedade”.

Castro (2013, p. 167) adota um “conceito organizador”, reconhecendo a complexidade em fazê-lo. Para o autor, a política social é “composta por um conjunto de programas e ações do Estado, que se manifestam em oferta de bens e serviços, transferências de renda e regulação”. Nesse sentido, seu objetivo está em responder “as necessidades e os direitos sociais que afetam vários dos componentes das condições básicas de vida da população, inclusive aqueles que dizem respeito à pobreza e à desigualdade”. Assim como Fleury e Ouverney, o

autor compreende que “entidades privadas, lucrativas ou não” podem ofertar bens e serviços semelhantes aos do Estado.

As definições apresentadas fundamentam a concepção adotada no presente trabalho, na qual a política social é compreendida enquanto um conjunto de intervenções promovidas – principalmente – pelo Estado, com a finalidade de reduzir desigualdades sociais e amortecer seus impactos na vida da população. Todas as etapas relacionadas à sua elaboração, condução e efetividade estarão sujeitas a mudanças propiciadas pelo contexto político, social e econômico de cada momento, assim como a interferência das forças dominantes e a capacidade de resistência de outros setores da sociedade.

A seleção do referencial teórico conta também com obras relevantes, que independentemente do ano de publicação contribuem para o desenvolvimento da discussão proposta, e também por suas contribuições no campo das políticas sociais e especificamente no âmbito das discussões sobre saúde.

O Brasil tornou-se referência mundial no enfrentamento do HIV, e muito desse reconhecimento deve-se a sua atuação no início da epidemia. A conjuntura daquele período foi extremamente importante para que esse pioneirismo fosse possível. A reivindicação popular por direitos (civis, políticos e sociais) abriu caminhos para que as políticas sociais fossem estabelecidas como direito dos(as) brasileiros(as). Nesse sentido, a Constituição Federal de 1988, o Movimento de Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) são marcos fundamentais para a política de saúde, como abordado por Paim (2008) e Escorel (1999).

Ao tratar da história da epidemia no Brasil, no período entre 1983 e 2003, Laurindo-Teodorescu e Teixeira (2015) reúnem diversas perspectivas sobre o período em questão. A resposta brasileira ao HIV/Aids é resultado de um conjunto de esforços, como as importantes participações das ONGs/Aids nas estratégias de prevenção são lembradas por Góis (2003) e a luta contra a culpabilização e o estigma das pessoas afetadas pelo vírus, como pontuam Daniel e Parker (2018).

Ayres *et al.* (2009), baseados em Mann, Tarantola e Netter (1993) e Gorovitz (1994), tratam da vulnerabilidade em uma perspectiva ampla, considerando diversos aspectos de interferência no grau de exposição dos indivíduos ao HIV. O conceito de vulnerabilidade no campo da saúde emerge em meio a epidemia da Aids, superando a noção de fator/grupo de risco, criticada por estigmatizar grupos específicos, e de comportamento de risco, que transfere ao indivíduo todo ônus pela infecção.

Para Ayres *et al.* (2009, p. 127), a perspectiva da vulnerabilidade está relacionada à interferência de diferentes componentes no processo de exposição à infecção, de modo que, a existência de um fator não anula os impactos dos demais. A vulnerabilidade é compreendida em suas três dimensões: individual, social e programática (IBID., p.127). A dimensão individual está relacionada aos tipos de informações que se tem sobre a questão e o quanto essas são confiáveis. A condição do indivíduo em compreendê-las, tê-las como motivo de preocupação e de gerar práticas de prevenção.

Em sua dimensão social, entende-se o acesso à informação e a capacidade em aplicá-las. Os autores (IBID., p.127) ressaltam a interferência de aspectos que nem sempre são determinados pelo indivíduo, como questões econômicas, acesso a educação e exposição à violência.

Por fim, o aspecto programático da vulnerabilidade está ligado à disponibilidade e ao alcance dos recursos destinados à prevenção do vírus. Assim, os investimentos ao serem aplicados de maneira responsável e transparente na política de enfrentamento ao HIV potencializam a proteção dos indivíduos em relação à epidemia.

O conceito de vulnerabilidade, ao incluir nesse processo aspectos subjetivos pretende agregá-lo objetivamente ao campo teórico, validando-o enquanto conhecimento (IBID., 2009, p.131). Contudo, a definição está sujeita a interpretações equivocadas e fatalistas, distanciadas de seu sentido abrangente (IBID., 2009, p.135 e 138). É importante salientar que vulnerabilidade não é uma condição inalterável. Superá-la é possível, desde que se compreendam quais elementos atuam com maior intensidade na vulnerabilidade da população e alternativas sejam construídas para mudança do cenário atual.

Amuchástegui (2006) ao analisar o contexto mexicano, identifica os efeitos das representações sociais heteronormativas<sup>8</sup> nas políticas de saúde e seus rebatimentos para homens e mulheres. Grangeiro, Castanheira e Nemes (2015) denunciam a “re-emergência da Aids” no território nacional em meio a discursos otimista produzidos pelas autoridades, que impulsionados pelos avanços

---

<sup>8</sup> “[...] o regime de heteronormatividade, entendida como norma que articula as noções de gênero e sexualidade, estabelecendo como natural certa coerência entre sexo (nasceu macho, nasceu fêmea), gênero (tornou-se homem, tornou-se mulher) e orientação sexual (se é um homem, irá manifestar interesse afetivo e sexual por mulheres, e vice-versa)” (SEFFNER, 2013, p.150).

tecnológicos, acenam para o fim da epidemia.

Sobre a questão, Parker (2015 e 2016) associa a centralidade nas intervenções biomédicas à redução de investimentos nas respostas sociais, tão eficientes no início da epidemia, mas que desagradam os mais conservadores. Recentemente, a intervenção desses grupos fez com que o Ministério da Saúde adotasse uma postura autoritária, resultando em vetos a campanhas de prevenção, como exposto por Greco (2016). Seffner e Parker (2016) analisam tal contradição, considerando que a medicalização por si só não é suficiente para alcançar os objetivos pretendidos.

Os dados secundários foram acessados em *sites* e publicações ligadas ao Ministério da Saúde, ao Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) e à Organização Mundial da Saúde (OMS). Recorremos, também, ao TabNet<sup>9</sup> para obter informações que permitiram a análise mais específica de dados relacionados à juventude, entre os anos de 2006 e 2016.

Pesquisas de abrangência nacional como o Estudo POP-Brasil, II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD), Pesquisa de Conhecimento, Atitudes e Práticas na População Brasileira (PCAP) e Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) contribuíram com informações sobre o comportamento sexual dos(as) jovens, indiciando uma baixa adesão ao preservativo.

Solicitamos informações sobre o financiamento da resposta brasileira ao HIV/Aids e outras IST, por meio da Lei de Acesso à Informação (lei nº 12.527)<sup>10</sup>. As informações recebidas foram utilizadas para apresentar a redução do financiamento destinado as OSC durante os anos.

O Ministério da Saúde tem utilizado as redes sociais para comunicar-se com a população jovem, portanto utilizamos os mesmos recursos para acompanharmos o desenvolvimento das ações de prevenção, lançamentos de campanhas anuais, como as do Carnaval e do dia 1º de dezembro (Dia de Mundial de Luta contra a

---

<sup>9</sup> “O programa TabNet foi elaborado com a finalidade de permitir às equipes técnicas do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde a realização de tabulações rápidas sobre os arquivos .DBF, que constituem os componentes básicos dos Sistemas de Informações do Sistema Único de Saúde dentro de suas Intranets ou em seus sites Internet” (Fonte: <http://datasus.saude.gov.br/projetos/10-informacoes-de-saude/276-tabnet>).

<sup>10</sup> Solicitamos informações sobre o financiamento da resposta brasileira ao HIV/Aids, Sífilis e demais infecções sexualmente transmissíveis (protocolo: 25820006599201808) e informações relativas à política de enfrentamento ao HIV/Aids e demais infecções sexualmente transmissíveis, referente ao período de 1985 até 2018 (protocolo: 25820000866201914).

Aids), e também observar a integração com o público em questão. As redes sociais utilizadas foram o Facebook e Instagram oficiais do Ministério da Saúde e do DIAHV. Também utilizamos o canal do YouTube de ambos para acompanhar as demais iniciativas e transmissões em tempo real de eventos. Percebemos que a Prevenção Combinada é apresentada com foco nas combinações entre intervenções biomédicas.

A dissertação foi estruturada em três capítulos, organizados de acordo com o objetivo de apresentar a discussão fundamentada nos aspectos históricos que a permeiam, assim como expor dados que em certa medida refletem a condição de jovens brasileiros(as) diante das infecções sexualmente transmissíveis.

No Capítulo 1, tratamos das particularidades que envolvem a resposta brasileira ao HIV/Aids desde o início da epidemia, com destaque para a “coincidência” de sua chegada ao país em um momento propício para a inserção da sociedade civil em discussões políticas e o seu confronto com grupos conservadores que buscaram limitar as ações de prevenção.

Nesse sentido, dedicamos ao Capítulo 2 à discussão sobre o posicionamento (não oficial) do governo federal em concentrar seus esforços no campo da prevenção às intervenções biomédicas em uma tentativa de propiciar um equilíbrio no atendimento de demandas distintas: reduzir os casos de IST e não desagradar setores de grande poder político.

No campo da saúde, o êxito da ofensiva conservadora/reacionária converte-se no restrito acesso de determinadas populações aos serviços de saúde, assim como limita as iniciativas que pretendem alcançá-las. A conjuntura brasileira tem produzido um ambiente inóspito para o desenvolvimento de estratégias de prevenção. No Capítulo 3 abordaremos as consequências que esse processo tem causado especificamente para a juventude.

Com o desenvolvimento do presente trabalho esperamos contribuir para a discussão acerca da vulnerabilidade de jovens às IST e das limitações das atuais estratégias de prevenção.

## CAPÍTULO 1 – O BRASIL QUE A AIDS ENCONTRA: A CONJUNTURA POLÍTICA E SOCIAL NO INÍCIO DA EPIDEMIA

“[...] ‘Ela é tão livre que um dia será presa’. ‘Presa por quê?’ ‘Por excesso de liberdade’. ‘Mas essa liberdade é inocente?’ ‘É. Até mesmo ingênua.’ ‘Então por que a prisão?’ ‘Porque a liberdade ofende.’” Clarice Lispector

A Aids “chega” ao Brasil na década de 1980, período atravessado por mudanças políticas e sociais importantes que conduziram o país ao processo de redemocratização. A saúde passa a integrar o repertório de reivindicações de diversos setores da sociedade, favorecendo o desenvolvimento da resposta brasileira ao HIV/Aids, possibilitando bases sólidas para a conquista de direitos fundamentais no campo da prevenção e da garantia ao tratamento gratuito para pessoas que vivem com HIV.

O Movimento Sanitário, iniciado na década de 1960, contrapôs-se à lógica de saúde dominante naquele período e mesmo diante da forte ascensão do regime militar mostrou-se capaz de reunir diversos setores da sociedade, em prol de um mesmo objetivo: reivindicar a saúde enquanto direito da população. Os militares assumiram o poder com a promessa de restabelecer a ordem e promover o fortalecimento da economia, além de possuir caráter transitório (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 17). A história demonstra que nem sempre as promessas são feitas para serem cumpridas. O período em questão foi marcado por perseguições aos opositores do regime, pelo cerceamento dos direitos políticos, pela censura à imprensa, entre outras características próprias de regimes autoritários.

A Reforma Sanitária resultou de um processo persistente de mobilização da sociedade civil “[...] em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde. Transformou-se em *projeto* a partir da 8ª CNS e desenvolveu-se como *processo* desde então, especialmente com a instalação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária” (PAIM, 2008, p. 173), sendo possível defini-la como uma “reforma social”, composta pelos seguintes aspectos: “democratização da saúde”, “democratização do Estado e seus aparelhos” e “democratização da sociedade” (IBID., p. 173).

Nesse sentido, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, foi expressão dessa estratégia que visa à ocupação de espaços para

promoção de debates democráticos sobre a política de saúde, tornando-se reflexo da dimensão alcançada pelo Movimento Sanitário. A 8ª CNS apresentou uma proposta diferente daquelas que a antecedeu, pois, além da participação de profissionais, técnicos e prestadores de serviços, propiciou a participação de usuários dos serviços de saúde (ESCOREL 1999, p.192).

Segundo Bravo (2006, p. 8) foi nesse período que “a saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia”. A Constituição Federal de 1988 inseriu avanços importantes para a correção de injustiças sociais históricas, quando não se pensava na universalização de direitos “tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes” (IBID., p.10). Os princípios defendidos pelo Movimento Sanitário foram posteriormente incorporados na Constituição com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Contudo, tais conquistas não foram suficientes para barrar o avanço de pautas que não coadunam com a essa nova perspectiva em relação à saúde. A conjuntura da época favorecia o fortalecimento do projeto neoliberal “[...] reorganizando as relações entre Estado e sociedade em bases distintas daquelas pressupostas pelos formuladores do SUS” (FLEURY, 2009, p. 748). Nesse sentido, “[...] foram retomadas as orientações liberais que propugnam por uma forte redução da presença do Estado, seja na economia seja nas políticas sociais” (IBID, p. 748).

Portanto, a conjuntura brasileira viabilizou que discussões que incluíam desde o controle de qualidade do sangue destinado à doação ao acesso universal ao tratamento antirretroviral fossem tratadas dentro da perspectiva do direito à saúde, impulsionadas pelos “novos ares” proporcionados pela criação do SUS. O fortalecimento da sociedade civil e de movimentos sociais e a pressão que exerceram na reivindicação de ações governamentais efetivas possibilitaram, também, o surgimento de iniciativas que independentemente da vontade e do interesse do Estado, colaboraram para a construção da resposta brasileira ao HIV/Aids.

Como veremos nesse capítulo, é em meio a este cenário de transformações políticas e sociais que a Aids passa a ser uma questão que desperta o interesse de toda sociedade.



## 1.1 O PAPEL DESEMPENHADO PELA SOCIEDADE CIVIL E A CONSTRUÇÃO DO “SEXO SEGURO”

Os primeiros casos de Aids no Brasil são registrados em 1982 (DANIEL; PARKER, 2018, p.17) gerando grande mobilização, já que epidemia alastrava-se rapidamente pelo mundo, provocando pânico à sociedade e inquietação à comunidade científica, desafiando autoridades políticas mundiais a buscarem o controle da doença. Seu surgimento ocorre em um momento onde se acreditava que as doenças infecciosas estavam sob o controle da tecnologia, que somada ao moderno conhecimento médico seriam capazes de lidar com possíveis ameaças à saúde (MARQUES, 2002, p. 43).

Inicialmente, o enfrentamento da epidemia resultou da articulação dos governos municipais e estaduais, que vivenciavam o crescimento de novos casos de Aids, como o estado de São Paulo, assim como da cobrança de grupos ativista e da imprensa. A atuação desses setores foi imprescindível para pressionar o governo federal a posicionar-se diante da questão. A resposta inicial do governo federal “embora seja entendida como um marco importante na história social da Aids no Brasil, na prática só ocorreu tempos mais tarde com a efetivação do Programa Nacional” (IBID., p. 61 e 62).

Apesar de alguns casos de aids terem sido identificados desde 1982, em diferentes estados do país, como São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e Pernambuco, o Ministério da Saúde mostrava-se refratário a investir em uma doença que, embora grave, estava acantonada em grupos específicos e em algumas unidades da Federação (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a, p. 133).

Bastos (2006, p. 47) ressalta que inicialmente a Aids foi encarada como um problema de grupos específicos (e marginalizados), portanto não considerada uma questão de saúde pública pelas autoridades. No mais, como “foi identificada quando a geração pós-1968 ainda vivenciava a chamada Revolução Sexual, cujos marcos podem ser resumidos em uma maior experimentação e na separação entre a busca do prazer e a reprodução”. (PELÚCIO; MISKOLCI, 2009, p. 132).

A epidemia crescia em um ritmo acelerado enquanto as autoridades demonstravam pouco interesse em encará-la, acreditando que apenas “grupos específicos” pudessem ser afetados pela doença, até então desconhecida e que,

possivelmente, apresentava uma predileção a determinados corpos e práticas sexuais.

Atingindo inicialmente homossexuais, jovens das classes médias urbanas das regiões mais desenvolvidas do mundo, a aids gradualmente se introduziu em outros grupos, como receptores de sangue e hemoderivados, particularmente os hemofílicos, até atingir grupos marginalizados, como usuários de drogas injetáveis, profissionais do sexo e presidiários. (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015b, p. 341).

No repertório de setores conservadores e “moralistas” a epidemia seria consequência de comportamentos promíscuos. A falta de conhecimento sobre o vírus somado ao preconceito fizeram dos primeiros anos da epidemia um período sombrio, deixando marcas visíveis até os dias de hoje. A Aids atuava como “marcador social de estigma” (SEFFNER; MÚSCARI, 2012, p. 376) para quem já vivenciava um cotidiano de marginalização, invisibilidade e perseguições. Por muitas vezes, impulsionando e justificando decisões arbitrárias contras esses grupos.

[...] ações policiais – contra lugares bem conhecidos de encontro de homossexuais ou, num caso amplamente noticiado, contra áreas que servem de ponto para a prostituição de travestis – foram apresentadas pelas autoridades como esforços dirigidos no sentido da prevenção da AIDS (DANIEL; PARKER, 2018, p. 23).

Nesse sentido, as vítimas foram culpabilizadas por sua condição, fruto do desvio, das escolhas pecaminosas, da falta de controle. No sentido oposto, recaía piedade sobre os hemofílicos que foram infectados pelo HIV. Assim, surgem duas categorias de vítimas, sendo elas classificadas como “vítimas-culpadas e vítimas-inocentes” (GOÍS, 2003, p. 28). A causa dos hemofílicos foi extremamente importante para a que o governo criasse mecanismos de controle da qualidade do sangue destinado à doação.

Boa parte da mídia empenhava-se em reforçar estigmas, colaborando para a disseminação de preconceitos em relação àqueles que tinham o vírus, especialmente os homossexuais. A Aids rapidamente foi associada a uma peste, a “peste gay”. A imprensa “atualizava” a população a cada descoberta sobre a doença, entretanto, as informações científicas eram incipientes e muitas delas pouco

confiáveis, sem comprovação, e mesmo assim eram divulgadas, o que alarmava cada vez mais as pessoas.

[...] a aids se tornou notícia quase cotidiana na grande imprensa e na chamada imprensa marrom. Durante todo o ano de 1983, indistintamente, essas duas categorias de imprensa publicaram reportagens nomeando a aids, ora 'doença que atinge os homossexuais', ora de 'câncer gay' ou 'peste gay', denominações colhidas na imprensa norte-americana e reproduzidas pela imprensa brasileira (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a, p. 40).

Essas informações foram responsáveis pela forma como a sociedade reagia à doença e aos doentes. A “peste” tinha um corpo, um comportamento sexual “reprovável”. A forma como a questão foi tratada ajudou na criação de uma imagem da Aids, que ainda hoje se faz presente.

Não é muito surpreendente que, desde o princípio, as mais básicas respostas sociais a AIDS tenham sido de pânico e de medo porque, precisamente, a epidemia de AIDS tomou forma nos meios de comunicação e na concepção popular antes que tivesse de fato afetado as vidas de um número significativo de pessoas e porque a concepção popular da epidemia foi quase sempre baseada em desinformação ou distorção (DANIEL; PARKER, 2018, p.22).

Em abril de 1989, a revista “Veja” publicou uma matéria com Cazuzza. Na capa da edição estava o cantor, muito magro, e o título “Uma vítima da aids agoniza em praça pública”. Ele, que tinha assumido sua condição publicamente dois meses antes, ficou bastante abalado com a postura da “Veja”. A revista foi duramente criticada e a indignação foi tamanha que um manifesto “foi publicado poucos dias depois no ‘Jornal do Brasil’, sob o título 'Brasil, mostra sua cara', assinado por centenas de intelectuais, jornalistas, cineastas, compositores, artistas de televisão, teatrólogos, escritores, jogadores de futebol e profissionais liberais”. Neste mesmo jornal, Cazuzza respondeu a infeliz matéria em um texto com o título “Veja: agonia de uma revista” (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015b, p. 335).

Figura 1 - Reportagem publicada pelo “Jornal Notícias Populares”, em 1983.



Fonte: <http://www.ioc.fiocruz.br/aids20anos/linhadotempo.html>

Apesar dessas questões, a imprensa também foi um importante aliado na divulgação de informações verdadeiras, no momento em que boatos sobre a epidemia criavam uma onda de medo. Assim, “passada essa fase inicial, a maioria dos jornalistas contribuiu com a divulgação de informações científicas, honestas e não alarmantes, dando espaço à palavra de profissionais da saúde engajados na luta contra a nova epidemia” (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a, p.41).

A imprensa também sofreu com as limitações impostas por grupos mais conservadores, como a Igreja católica. A Rede Globo, em 1989, por exemplo, teve uma de suas campanhas sobre a Aids retirada do ar devido, principalmente, à pressão de lideranças católicas, que não via com bons olhos “o uso de termos como *camisinha* ou *esperma*” (IBID, p. 314).

Nesses termos, apresentar o preservativo como possibilidade de prevenção era sinônimo de incentivo ao sexo, à depravação. Inicialmente, com “o anúncio da nova doença que atingia principalmente os homossexuais, parte das Igrejas católicas e protestantes percebeu a aids como ‘coisa de pecadores’, associada à decadência moral de um grupo” (IBID., p. 279).

Entretanto, a intervenção de instituições religiosas não se deu apenas no sentido de repressão, muito foi feito no sentido da colaboração. Baseados na solidariedade e na ideia de amor ao próximo, muitos(as) religiosos(as) empenharam-se em minimizar o sofrimento das pessoas com Aids, inclusive aqueles(as) que não viviam de acordo com as orientações da Igreja. Mesmo dentro dos limites impostos pela própria conduta religiosa, em um momento que pouco era feito oficialmente, a participação da Igreja foi importante, inclusive no âmbito da prevenção.

Da mesma maneira, observou-se intenso envolvimento de adeptos das religiões de matizes africanas, como o candomblé, nas ações de prevenção da aids em vários estados do Brasil, principalmente na promoção de medidas de biossegurança nos rituais de purificação. Nessas cerimônias são utilizados coletivamente objetos perfurocortantes, o que pode expor os adeptos ao risco de infecção pelo HIV. Grupos de religiões espíritas e do candomblé investiram também na criação de casas de apoio para pacientes de aids. [...] A mesma solidariedade se manifestou em Igrejas protestantes históricas e Igrejas pentecostais brasileiras. [...] A comunidade judaica teve participação discreta na luta contra a aids, mas foi significativo o envolvimento do rabino Henry Sobel, presidente do Rabinato da Congregação Israelita Paulista, que atuou politicamente promovendo a prevenção e reivindicando a assistência adequada aos doentes (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015b. p 280).

Como destacado por Marques (2002, p. 62) “a sociedade, através das Ongs, Igreja, mídia e outros grupos organizados, considerando o período em análise, passou a exercer importante função na construção das políticas públicas em relação à Aids no Brasil”.

As iniciativas mais ousadas de prevenção tiveram início em meados da década de 1980, um exemplo foi o cartaz “Transe numa Boa”, campanha pioneira promovida pela GAPA-SP<sup>11</sup>, em 1985. Segundo Grangeiro *et al.* (2009, p. 92) o material “dirigido principalmente à comunidade homossexual, chamava a atenção para a aids e proclamava o sexo seguro para evitar a infecção, empregando diversos termos usados nas cenas em que ocorre a prática sexual”. A produção, considerada inovadora, gerou grande repercussão, caindo no gosto de alguns e sofrendo duras críticas de outros, inclusive de grupos notoriamente opostos. Os mais conservadores viam no cartaz um estímulo a comportamentos “inadequados”, já para determinados integrantes da comunidade gay, as sugestões de sexo mais

---

<sup>11</sup> Grupo de Apoio à Prevenção da Aids.

seguro apresentadas pelo cartaz era uma intromissão nos direitos individuais (LAURINDO-TEODORESCU e TEIXEIRA, 2015 b, p.42–44).

Com o lançamento do cartaz, começou-se a insistir no uso do preservativo masculino como modo de prevenção. A camisinha era um objeto que causava rejeição em muitos e, certamente, não era hábito dos gays lançar mão desse recurso. Naquela época, o uso da camisinha era considerado um hábito dos mais antiquados, extremamente desprestigiado, o antierotismo para uma geração que vivia o advento da pílula anticoncepcional, do dispositivo intrauterino (DIU) e a liberação sexual (IBID., p. 44).

Em meio ao advento da Aids outras alternativas foram pensadas para além do preservativo. O intuito era fortalecer a prevenção sem reduzir a importância do prazer e sem propagar o terror sobre determinadas atividades sexuais e, conseqüentemente, sobre corpos específicos. É relevante pontuar que o sexo entre homens (sexo anal) era considerado o responsável pela “nova praga”.

Ao sexo arriscado passou-se a oferecer o “sexo seguro”, iniciativa que nasceu mais da criatividade dos grupos gays organizados do que de formuladores de políticas públicas em saúde, mas que foi incorporada, adaptada e difundida por equipes multidisciplinares ligadas aos diversos programas de prevenção em várias partes do mundo (PELÚCIO; MISKOLCI 2009, p. 138).

A inércia do governo também abriu espaço para o envolvimento da sociedade civil na criação de estratégias de prevenção. As ONGs/Aids passaram a “produzir uma linguagem descritiva da epidemia que não fosse fundada no preconceito e no desejo de criar novas divisões sociais” (GOÍS, 2003, p. 28). Para tanto, confrontaram diretamente poderosos grupos conservadores colocando em prática uma série de iniciativas que visavam o enfrentamento da Aids com base na solidariedade e na educação (IBID, p.28).

Respalda-se nas descobertas científicas que identificaram como se dava a transmissão do vírus, essas organizações pautaram suas ações, recusando medidas de prevenção que não atuassem especificamente no caráter biológico da infecção. Iniciativas que estimulavam mudanças comportamentais para o enfrentamento da epidemia, como “a redução de parceiros, a monogamia e, no limite, a abstinência” (IBID., p.29), eram baseadas na avaliação moral sobre práticas consideradas condenáveis e defendidas por setores conservadores e religiosos da sociedade, por isso foram afastadas pelas ONGs/Aids.

Desde o início, perceberam que, para evitar uma onda moralista, deveriam atuar junto aos profissionais de saúde e participar da construção do discurso social sobre a aids. Mostrar a cultura do mundo homossexual com naturalidade, de maneira a barrar qualquer tentativa de moralização dos valores sexuais e atuar como voluntários nas ações de informação e prevenção nos locais de frequência gay, foi o caminho escolhido (LAURINDO-TEODORESCU e TEIXEIRA, 2015a, p. 50).

Nesse sentido, Góis (2003) identifica limitações nos discursos e nas ações desenvolvidas pelas ONGs/Aids entre 1985 e 1998. Para ele, o período em questão pode ser compreendido em dois tempos onde as ações educacionais promovidas caracterizam-se por suas fases “campanhistas” e “focalista”. As primeiras iniciativas de promoção do preservativo surgem em 1983, organizadas por grupos gays, intensificando-se pouco depois com “a confirmação, em 1984, de que a doença era causada por um vírus específico” (IBID., p. 29).

As ONGs/Aids empenhavam-se em desenvolver ações que contribuíssem para universalizar o acesso ao insumo e promover campanhas que informavam à população sobre a sua importância, caracterizando-se por seu cunho informativo. Criticavam a abordagem utilizada pelo governo para tratar da questão e sua limitada capacidade para informar a população, consideravam que as ações existentes reforçavam noções errôneas sobre a doença, e contribuíam para a reprodução e à manutenção de preconceitos (IBID., p. 30).

Nesse sentido, “a informação era vista como um valor político, como uma alavanca de libertação e, principalmente, como fator democratizante” (Ibid., p.30). Dessa forma, o preservativo passa a ser promovido associado ao seu duplo benefício: a prevenção do HIV e outras IST e a manutenção da vida sexual. Considerado um artifício de alcance universal, vigorando a ideia de que todas as pessoas poderiam utilizá-lo em todos os cenários sexuais. A compreensão vigente entre as ONGs/Aids era que esse novo entendimento e o reforço de ações educacionais que levassem novas informações a população fossem suficientes para reduzir novos casos de HIV/Aids. A mudança de comportamento seria motivada pelo o acesso à informação.

Centrada na ideia de responsabilidade individual, a estratégia campanhista-informacionista manteve-se fiel à tradição punitiva que com frequência a acompanha. No Brasil, o rigor da nova etiqueta sexual levou ao silêncio (e à mentira) dezenas, centenas e milhares de indivíduos que vez por outra (ou freqüentemente) saíam do

figurino. A interdição da possibilidade de afirmar a incapacidade de aderir plenamente a tal etiqueta e de, a partir disso, buscar outras formas de proteção; a repressão de desejos; a expansão de tensões emocionais; a sensação de incapacidade individual e os sentimentos de culpa por uma eventual infecção foram, certamente, os produtos principais, mas não os únicos, derivados do traço coercitivo dessa estratégia (GÓIS, 2003, p. 32).

No segundo momento da atuação das ONGs/Aids destacado por Góis (2003, p. 33), a “fase focalista”, manteve a perspectiva anterior, porém voltando-se com maior ênfase a grupos específicos, o que até então não era uma prioridade. Tais mudanças relacionavam-se também com a forma de financiamento das ações de enfrentamento à Aids. A partir dos anos de 1990, cobra-se dos projetos demarcações mais específicas sobre atuação das ONGs e sobre as populações que pretendiam alcançar.

A informação passa a ser trabalhada considerando as particularidades desses grupos. O sexo e as sexualidades passam a ser compreendidos “a partir de uma pluralidade de olhares”, possibilitando uma leitura mais abrangente de aspectos relacionados à política e as complexidades “da dinâmica dos micro poderes contidos nas relações afetivas”, assim como sua contribuição para o estabelecimento dos chamados comportamentos de risco (IBID., p.33).

Nesse contexto, o autor (IBID., p.36) ressalta que o conceito de vulnerabilidade social<sup>12</sup> se consolida no com maior centralidade nas discussões relacionadas às classes sociais e à pobreza. Há uma expansão das ações educativas voltadas para a comunidade e para os grupos populacionais mais vulneráveis, mesmo que pontualmente. Os esforços direcionam-se para compreender e buscar atuar sobre as causas que tornavam alguns indivíduos/grupos mais expostos ao HIV. O discurso educacional passou a adequar-se às particularidades de cada população, incluindo o seu vocabulário. As ações das ONGs/Aids baseavam-se em um conjunto de pressupostos, entre eles, a ideia de que a concentração de ações educacionais formaria um corpo crítico nessas comunidades e propiciariam naturalmente a reprodução de novos comportamento sexuais.

No período em questão, as ONGs/Aids intensificaram suas ações direcionadas à população de homens que faziam sexo com homens, indo até os

---

<sup>12</sup> O conceito de vulnerabilidade foi apresentado na Introdução desse trabalho.



locais conhecidos por serem frequentados por tal público, como bares e boates (IBID., p. 37 e 38). Uma das presenças mais marcantes da fase campanhista, na fase focalista, foi a insistência no sexo seguro como uma alternativa democrática de prevenção, facilmente adequada a diferentes contextos. Tal posicionamento contribuía para a condenação daquelas pessoas que não conseguiam incluir em seu cotidiano as medidas preventivas disponíveis. “No centro estava a certeza, mais uma vez, de que a pedagogia em si permanecia correta e que as falhas preventivas situavam-se nos indivíduos” (IBID., p. 39).

Então, compreendia-se o indivíduo a partir de dois eixos contraditórios: em um momento este era visto como uma “vítima político-econômica”, enquanto as ações educativas das ONGs/Aids encaravam a adesão às estratégias de prevenção como fruto de sua “escolha racional”. Apesar da notória contradição, essas visões coexistiam no interior das organizações (IBID., p. 40).

Góis reconhece que “no campo da educação para AIDS, as noções de razão e escolha racional foram responsáveis pela derrubada de muitas concepções errôneas e preconceitos sobre o HIV e sobre as pessoas por ele afetadas” (IBID., p. 40). Entretanto, mesmos apresentando pontos positivos, especialmente no início da epidemia, as ações baseadas nessa noção produziram consequências:

A primeira, vale reafirmar, foi a repetição tautológica da concepção de que a mudança de comportamento sexual era o resultado de decisões conscientes entendidas como produtos do intelecto, subestimando, por exemplo, o papel do inconsciente na modelação do comportamento sexual. A segunda foi a não consideração dos múltiplos significados do sexo não-seguro para pessoas e grupos. Deixou-se de ver que muitas atividades consideradas inseguras podem ser emocionalmente importantes para aqueles que as praticam. Por exemplo: as práticas penetrativas não-protegidas podiam tanto representar mais prazer quanto funcionar como um indicador de maior confiança e intimidade, mútuo-pertencimento e complementariedade entre parceiros sexuais (GÓIS, 2003, p. 41).

A visão simplista sobre o uso do preservativo encontra adeptos ainda nos dias atuais. Supõe-se que garantir o acesso ao insumo e às informações sobre prevenção fará com que população altere sua rotina sexual. Assim, ignora-se a complexidade que envolve as relações humanas e a interferência de aspectos sociais e individuais neste processo. Torna-se necessário reconhecer que o preservativo pode não ser uma opção viável para todos(as), mesmo que se tenha

conhecimento sobre sua capacidade de proteção. Daí surge a necessidade de um novo pensar sobre o sexo e sobre as estratégias de prevenção.

O protagonismo desses grupos também é destacado por Parker (2016, p. 17), que ao tratar da “invenção do sexo seguro” recorda que o conceito foi criado e desenvolvido pela comunidade gay, que munida das poucas informações existentes, adota o preservativo como uma possibilidade de prevenção. Este, por sua vez, não foi o único artifício utilizado, sendo criadas estratégias diferenciadas que podem auxiliar na prevenção da transmissão sexual do HIV sem que fosse necessário abdicar do prazer, como “transar sem penetração ou transar sem o gozo dentro ou transar de várias outras maneiras que pudessem reduzir a probabilidade de infecção” (IBIDI., p.17).

Aqui, e mundo a fora, o discurso do sexo seguro (safe sex) teve de acrescentar mais uma palavra (e a depender da língua, uma letra) ao seu vocabulário. Em tempos de AIDS, o sexo correto foi muitas vezes denominado de seguro (safe), mas em muitas outras, pelas entidades e pessoas envolvidas, foi também chamado de mais seguro (safer sex). Em outros termos, significou que a idéia de tornar o uso da camisinha uma norma cultural à qual todos adeririam sempre e indefinidamente era uma proposta que precisava ser re-estruturada, admitindo-se que mesmo seu uso contínuo não conferia total segurança contra a infecção (GOÍS, 2003, p. 32 e 33).

Para Parker (2016, p.18) as estratégias baseadas na ideia de “sexo seguro” também tinham suas limitações. Considera-se que “nada é perfeito em termos de segurança no mundo. No contexto da epidemiologia, há um maior ou menor risco associado ao conceito de vulnerabilidade. Não existe um risco zero”. No entanto, há de reconhecer-se que a promoção do “sexo seguro” foi fundamental para a prevenção, especialmente no início da epidemia. Sua construção demandou a mobilização dos grupos mais afetados, inclusive na cobrança de respostas governamentais.

A resposta inicial da sociedade brasileira diante da epidemia de HIV e AIDS tem sido, quando muito, uma resposta mista. Concepções distorcidas ou completos desentendimentos sobre a natureza e o impacto tanto do HIV quanto da AIDS levaram muito frequentemente a um clima de medo e culpabilização, a atos concretos de crueldade e discriminação. No entanto, o fato de que o medo e as injustiças deram origem a uma oposição crescente e organizada, dirigida a formar uma resposta mais justa e humana contra a AIDS e a favor

das pessoas que ela mais obviamente afeta [...] (DANIEL; PARKER, 2018, p. 30).

Grangeiro *et al.* (2009, p. 88) apontam que além de seu caráter político, a participação desses grupos possibilitou “uma organização social fundada na solidariedade” (IBID., p.88), podendo ser compreendida como uma forma de preservação da cidadania dos acometidos pela doença e dos grupos mais afetados. A partir daí, o autor ressalta que os movimentos sociais passaram a reclamar “a não negação da doença e do doente” (IBID, p.88) a questionar a Aids como um fator de exclusão social.

A identidade social do doente passou a ser fundamentada na ideia de cidadania e direito à vida. Isso foi fundamental para compreensão de que os termos utilizados até então para designar pessoas atingidas de forma direta pela doença (como aidético e soropositivo) traziam em si uma denominação biomédica que restringia o indivíduo à doença. Pela primeira vez esses termos foram substituídos por “viver com HIV e Aids”, influenciando na formulação e manutenção de políticas públicas para Aids. Sua substituição mostrou que a morte não chega com o diagnóstico da doença (GRANGEIRO *et al.*, 2009, p. 91).

A ação dos movimentos sociais e da sociedade civil contribuiu para que noções moralistas não contaminassem (ainda mais) a resposta brasileira ao HIV/Aids, agindo diante da epidemia com criatividade e empenho, tratando da prevenção de uma maneira que o próprio governo não foi capaz devido às pressões políticas que marcam essa trajetória.

## **1.2 A ATUAÇÃO DO GOVERNO BRASILEIRO: ENTRE AVANÇOS E LIMITES**

As primeiras orientações governamentais para encarar a epidemia no país foram estabelecidas por meio da Portaria nº 236, de 2 de maio de 1985, do Ministério da Saúde, instituindo o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids – DST/Aids<sup>13</sup>, sob a coordenação da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde<sup>14</sup> e determina a notificação de casos da doença (LAURINDO-TEODORESCU;

<sup>13</sup> Atual Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais.

<sup>14</sup> Em 1987, é criada a Divisão Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids, que passa a coordenar o Programa (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a, p.161).

TEIXEIRA, 2015a, p.134 e 135). Até então, a notificação tem caráter de recomendação, não sendo obrigatória. No entanto, no ano seguinte o Ministério da Saúde torna compulsória a notificação da Aids e da sífilis (IBID., p. 141).

Com a Portaria, o governo reconhece o crescimento da epidemia em território nacional, as limitações dos recursos terapêuticos existentes até o momento e a necessidade de proporcionar o acesso aos cuidados contínuos às pessoas acometidas pelo vírus, atribuindo responsabilidades ao governo federal e estabelecendo diretrizes para a execução de ações de controle da epidemia no país. Ainda assim, o governo federal não demonstrava grande preocupação em buscar prevenir novos casos no território nacional, portanto deixava de tomar medidas de prevenção importantes, tanto que, “em 1985, o ministério não havia previsto no orçamento do ano seguinte recursos destinados à luta contra a aids compatíveis com a dimensão da epidemia” (IBID., p. 137).

Apesar desse reconhecimento, o governo ainda não priorizava ações voltadas para a prevenção e ao controle do HIV dentro da política de saúde, o que era notado pela sociedade. Nesse período, uma colocação do então ministro da saúde sobre a questão de testagem de sangue destinado à doação reforçou a postura do Ministério da Saúde, gerando uma forte reação, como destacado por Laurindo-Teodorescu e Teixeira (2015a, p.137) “as críticas se tornaram mais contundentes, quando o ministro Carlos Santana, em uma reunião com ativista da causa sanguínea, deu a infeliz declaração de que existiam no Brasil problemas de saúde mais importantes do que a aids”.

A discussão ganhou destaque, gerando intensos debates e embates, já que naquele período, o sangue era um negócio rentável. O que hoje é considerado um procedimento indispensável não era encarado da mesma forma pelo Ministério da Saúde.

A necessidade do controle de qualidade do sangue estava em plena discussão em São Paulo, no Rio Grande do Sul e no Rio de Janeiro, onde Betinho se destacava como o porta-voz dessa luta. Explodia no Brasil, de maneira gritante, o escândalo do sangue contaminado. Tornou-se evidente a falta de controle por parte das autoridades sanitárias sobre os bancos de sangue e chamava a atenção o número crescente de pessoas infectadas por transfusão de sangue e hemoderivados. Revelou-se também ser frequente a transmissão de outras doenças como sífilis e hepatites, na prática hemoterápica, em todo o país (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a, p. 156).

A dificuldade em resolver esse impasse fez com que os estados criassem estratégias próprias para encarar a questão. São Paulo ganha destaque com a aprovação da Lei nº 5/90 que tornava obrigatório o teste sorológico de HIV em todos os bancos de sangue do estado, a Lei é de 1986, mas sua regulação e implementação ocorreu em 1987 (IBID., p.72).

Em um primeiro momento, disponibilizaram-se testes anti-HIV para os serviços de saúde que tratavam de pessoas com a doença e para a rede privada de saúde. No ano seguinte, o estado de São Paulo passou a testar, obrigatoriamente, todo sangue destinado à transfusão. Tal atitude somente foi tomada em nível nacional, após a Constituição Federal de 1988, por meio da lei nº 7.649 (BRASIL, 2008, p. 21).

Em 11 de fevereiro de 1988, o ministro Roberto Santos publicou uma portaria regulamentando o decreto presidencial que estabeleceu a obrigatoriedade do teste anti-HIV para os bancos de sangue públicos de todo o país. Teve início, então, um processo de fiscalização e de reestruturação do controle de qualidade do sangue em âmbito nacional. A política de controle do sangue ganhou relevância ainda maior quando entrou no debate da Assembleia a Constituinte em 1988. Pela nova Constituição, ficou proibida a comercialização do sangue e estabelecido que todo sangue recebido por doações deveria ser testado para a detecção de certas doenças, como a aids (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015 a, p.382).

Em 1986, o I Congresso Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis, ocorreu junto ao I Encontro Latinoamericano de Aids, em Canela (RS). O evento foi um acontecimento importante para a interação de estudiosos da Aids e de representantes do Programa Nacional. Pouco tempo depois, a Comissão Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais (CNAIDS) foi criada pelo Ministério da Saúde. A CNAIDS possuía caráter consultivo, destaca-se a diversidade de sua formação, composta por “representantes de diferentes ministérios, de secretarias estaduais da Saúde, de universidades, das Igrejas protestante e católica, do movimento social de aids e do movimento homossexual” (IBID, p.141 e 142).

Em 1988, é criado, no Rio Grande do Sul, o primeiro Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS)<sup>15</sup> do Brasil; posteriormente, (1989), o estado de São Paulo

---

<sup>15</sup>Em 1997, o COAS muda a nomenclatura para Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). Com a construção dos CTAs houve a demarcação de normas de organização e funcionamento sistematizados (BRASIL, 2008, p.22). “A partir de 1999, os recursos para a implantação de novos CTA foram descentralizados para estados e municípios, que passaram a se responsabilizar pela

tem a mesma iniciativa. Gradualmente, esses serviços passaram a ser implementados em todo país. O objetivo do COAS “era o de interromper a cadeia de transmissão da doença” (IBID., p. 21), além de:

[...] oferecer acesso à testagem sorológica, anti-HIV principalmente aos designados “grupos de risco” – homossexuais masculinos, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis. A meta principal era redirecionar a demanda por testes nos bancos de sangue e enfatizar as ações de prevenção da transmissão do HIV (WOLFFENBÜTTEL; CARNEIRO, 2007, p. 184).

Em 1989, foi criada a Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da Aids. O documento foi elaborado por profissionais da saúde em união com a sociedade civil e apoio do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, s/p). O documento foi uma grande conquista, nele constam determinações contra o preconceito e a discriminação, bem como o reconhecimento dos direitos das pessoas que vivem com HIV. Além do ativismo dos movimentos sociais na constituição de uma política de combate à Aids no país, a conjuntura sociocultural da época possibilitou a fundamentação dos princípios e diretrizes dessa política.

Apesar da desarticulação da coordenação do Programa Nacional DST/Aids promovida pelo o governo do presidente Fernando Collor de Mello (1990-1992), em 1991, contemplou-se a distribuição universal e gratuita de medicação antirretroviral para as pessoas que vivem com HIV como direito (MARQUES, 2002 p. 62). Essa conquista foi determinada pela luta “incessante da sociedade diante do quadro que a epidemia alcançou no Brasil e constitui exemplo mundial de eficiência no combate à infecção” (IBID., p. 62).

A distribuição dos antirretrovirais (ARV) permitiu reduzir em 50% a mortalidade por Aids no Brasil, e aumentou em 80% o tratamento para as doenças oportunistas, o que reflete na melhor qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV (ALVES *et al.*, 2007, p. 48).

Em 1992, houve a retomada do programa nacional. Foi mais ou menos neste período que começou a se construir o chamado programa modelo de enfrentamento à epidemia. Muitos políticos naquela ocasião tinham na família pessoas vivendo com HIV. Isto

---

elaboração dos novos projetos e pela formação dos gerentes e profissionais dos serviços” (IBID., p.23).

produziu uma certa sensibilidade ao problema e garantiu a aprovação de algumas leis de acesso no Brasil, como a lei de acesso aos novos tratamentos antirretrovirais em 1996 (PARKER, 2016, p. 15 e 16).

Outro ponto fundamental para a construção da resposta brasileira foram os recursos advindos de empréstimos obtidos pelo país, a partir de uma negociação iniciada em 1991; “a partir de 1994, estimulados pelo Ministério da Saúde e viabilizados financeiramente pelos convênios com o Banco Mundial, (Aids I, Aids II e Aids III), fortaleceu-se a estratégia de implantação de CTA” (WOLFFENBÜTTEL; CARNEIRO, 2007, p.1 84). No entanto, o processo gerou alguns confrontos, principalmente sobre o uso do recurso.

As maiores divergências entre o Brasil e o Banco Mundial se referiam à não previsão de recursos para o tratamento antirretroviral e de doenças oportunistas, por exigência da instituição financeira. O Banco Mundial era um ferrenho adversário do tratamento antirretroviral em países em desenvolvimento, por considerá-lo inviável do ponto de vista técnico e de custo-benefício, e concentrava suas prioridades na área de prevenção (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015b, p. 419).

Mesmo sem o apoio do Banco Mundial, o país consegue implementar a Política Nacional de Medicamentos para Aids. A gratuidade do tratamento foi garantida por meio da Lei Federal nº 9.313/1996, “até 1987, não havia fornecimento de qualquer medicamento a pacientes de aids em tratamento ambulatorial. Somente os pacientes hospitalizados tinham acesso gratuito a terapias para doenças bacterianas, fúngicas e parasitárias” (IBID., p. 423).

A partir de 1996, novas abordagens terapêuticas, com múltiplas drogas, estabelecem mecanismos mais eficazes de luta contra a doença. Sua mortalidade começa a cair e, amparado por legislação garantindo o acesso a esses novos medicamentos, mesmo contra advertências do Banco Mundial, o Brasil adota a política de distribuição da medicação, via SUS, para todas as pessoas acometidas pela doença. Esta estratégia mostra-se eficaz, tanto do ponto de vista da redução da mortalidade, quanto da redução de gastos com o tratamento (BRASIL, 2016a, p. 172).

A medida produziu efeitos importantes, logo nos primeiros anos, entre 1996 a 2002, houve uma significativa redução nas taxas de mortalidades causadas pela Aids, variando “entre 40% e 70%, e nas taxas de morbidade, entre 60% e 80%, nas

diferentes regiões do país. Estima-se que 90 mil mortes tenham sido evitadas nesse período” (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015b, p. 435).

Todavia, é importante lembrar que o sucesso da política brasileira de acesso universal aos medicamentos de aids não dependeu somente de processos de negociação e produção de medicamentos. A existência do SUS foi essencial e viabilizou a organização de ambulatórios, centros de testagem, hospitais dia e leitos hospitalares, tecnicamente preparados para oferecer tratamento especializado aos milhares de pacientes de aids diagnosticados no país (IBID., p. 435).

Tal perspectiva que permeia as ações voltadas para prevenção do HIV e de outras IST parece estar perdendo força. Em um momento em que as ameaças às políticas sociais intensificam-se, os direitos humanos não são reconhecidos em sua importância e seus defensores estão sob constantes ameaças, torna-se relevante pensar quais são os riscos para a política de saúde brasileira e para as estratégias de prevenção do HIV e de outras IST. Os êxitos alcançados estão ameaçados, especialmente quando setores conservadores e reacionários se unem em um mesmo projeto de poder.

A prevenção poderia ganhar fôlego com o incremento de novas tecnológicas, aumentando as possibilidades a serem ofertadas à população. No entanto, como veremos no Capítulo 2, escolhas de caráter partidário/ideológico reduzem o potencial das intervenções sociais e programáticas, enquanto centralizam esforços nas intervenções biomédicas para não perderem apoio político.



## **CAPÍTULO 2 – NOVAS POSSIBILIDADES DE PREVENÇÃO, VELHAS ESTRUTURAS SOCIAIS**

“A ausência de políticas, isto é, não agir, é também uma forma de tomar partido”. Mario Pecheny e Rafael De la Dehesa (tradução nossa)

Como apresentado anteriormente, a resposta brasileira à epidemia de HIV/Aids contou com a participação ativa da sociedade civil organizada e movimentos sociais, opondo-se aos discursos moralistas que tentavam restringir as ações de prevenção e de assistência aos doentes.

O governo federal demorou a agir diante da epidemia, por vezes moldando suas ações aos limites impostos por setores conservadores, o que prejudicou as primeiras iniciativas nesse campo. Ainda assim, seu posicionamento foi importante quando comparado com outros países, principalmente por tratar-se de um país em desenvolvimento.

Contudo, nos últimos anos, percebemos um avanço conservador/reacionário em direção as ações de prevenção das IST, assim como, de direitos conquistados por populações LGBTTTQI+<sup>16</sup>, mulheres, indígenas, entre outros. Tal contexto reflete não só na qualidade e no alcance das políticas sociais, entre elas a saúde, como repercute no aumento de casos de IST.

### **2.1 INTERFERÊNCIAS POLÍTICO-PARTIDÁRIAS E A CENTRALIDADE NAS INTERVENÇÕES BIOMÉDICAS**

O Ministério da Saúde produziu e veiculou sua primeira campanha sobre a Aids na televisão em 1985. Nela, o jogador de futebol Sócrates informava aos(as) telespectadores(as) sobre os riscos da doença. A crítica considerou que a campanha teve pouca expressão e não divulgou abertamente a possibilidade de prevenção com o uso do preservativo (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a, p.136). Naquele momento, tratar da prevenção de maneira clara envolvia uma série de complexidades.

---

<sup>16</sup> LGBTTTQI: lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, travestis, queer e intersexuais. O + é utilizado como o reconhecimento de múltiplas expressões da sexualidade e que nem todas se poderão ser resumidas a palavras ou termos específicos.

A primeira campanha nacional relevante promovida pelo Ministério da Saúde foi fruto da pressão da sociedade civil, de profissionais da área da saúde e também da imprensa. A campanha trazia a mensagem “Aids: você precisa saber evitar”. Todo processo relacionada à campanha foi de (excessiva) cautela por parte governo federal, pois havia uma grande preocupação de como seria a reação da população e dos setores mais conservadores da sociedade, incluindo a Igreja Católica. Tanto que a campanha, elaborada em 1986, foi divulgada em 1987 (IBID., p. 144).

As mensagens continham informações sobre as formas de transmissão, o caráter fatal da doença, a importância do uso da camisinha e de seringas e agulhas descartáveis. Promoviam também a solidariedade aos doentes, recomendavam a redução do número de parceiros e alertavam para o fato que a doença podia atingir homens, mulheres e crianças, indistintamente (IBID., p. 144).

Como abordado anteriormente, a Igreja desempenhou um papel colaborativo importante no início da epidemia, por outro lado, em alguns momentos sua força serviu para descontinuar ou retardar algumas iniciativas no campo da prevenção. Sua reprovação em relação à promoção do preservativo fez com que o Programa Nacional demorasse a adotá-lo como uma estratégia de prevenção, o que só foi acontecer em 1989 (IBID., p. 168 e 169). Quando finalmente o preservativo passou a ser distribuído gratuitamente pelo Ministério da Saúde, a instituição teceu fortes críticas ao governo brasileiro (CORRÊA, 2016, p. 14).

Desde o primeiro momento, a resposta brasileira ao HIV/Aids lidou com este tipo de intervenção. A sociedade civil e os movimentos sociais denunciaram em muitos momentos a interferência direta de forças conservadoras nas ações preventivas. Acordos firmados na década de 1990, principalmente com o Banco Mundial, por meio de empréstimos, elevaram os recursos para a implementação de ações de combate à Aids, inclusive para o financiamento de projetos apresentados por ONGs (CAMPOS, 2008, p. 86), o que conferiu uma maior capacidade de atuação.

[...] os projetos do Aids I instrumentalizaram as ONGs para trabalho de prevenção com populações específicas, até então pouco desenvolvido pelo setor governamental. Com o financiamento, as ONGs passaram a investir em uma estratégia mais audaciosa, estabelecendo parcerias com diferentes grupos como as travestis, os profissionais do sexo e os homossexuais (BRASIL, 2016b, p. 104).

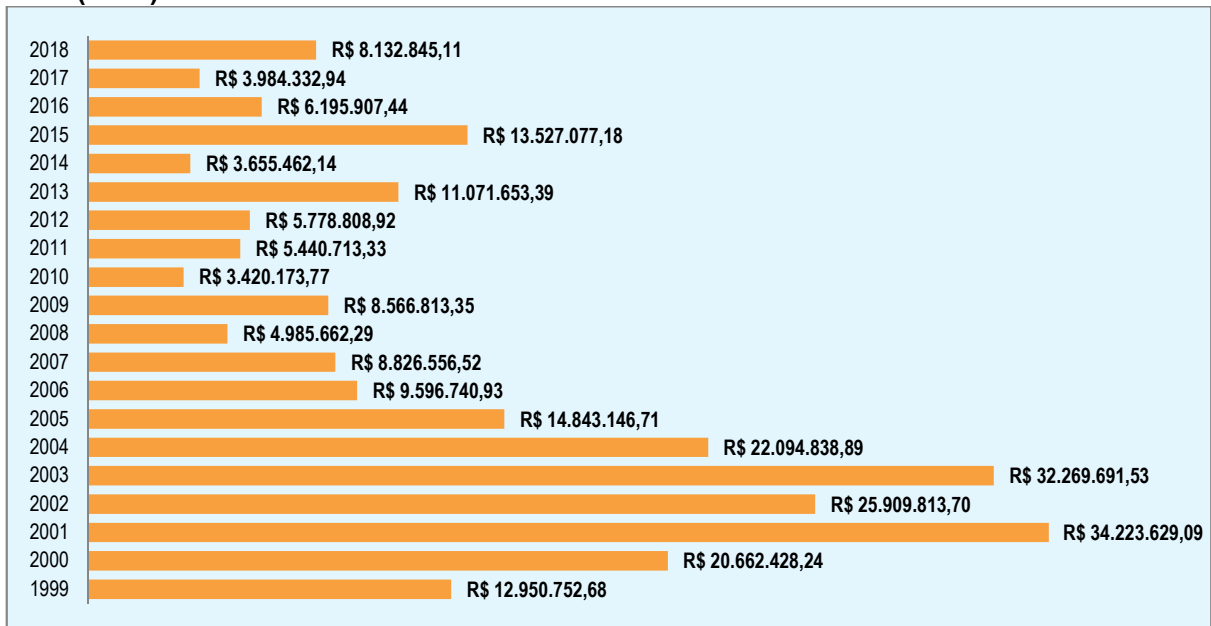
Por outro lado, iniciou-se “o processo de profissionalização das ONGs para responder à exigência de elaboração de projetos a serem financiados” (BRASIL, 2016b, p. 64), resultando no “engessamento” das ações promovidas por essas organizações, intensificando-se na gestão do presidente Lula.

A partir de 2008, já no segundo governo do presidente Lula (2003 até 2006, e 2007 até 2010), manifestaram-se os efeitos de um prolongado período em que lideranças da sociedade civil se integraram na máquina governamental (nos níveis federal, estadual ou municipal), com a perda progressiva de autonomia das ONGs, processo que conjuga tanto adesão voluntária quanto cooptação deliberada. [...] De modo geral, as organizações da sociedade civil que não se abrigam nos programas de governo passam a ter cada vez mais dificuldades em sobreviver, enquanto aquelas que se integram à gestão governamental perdem autonomia de crítica e desaparece a postura de controle social (SEFFNER; PARKER, 2016, p. 28).

Na mesma linha segue Carrara (2010, p. 144). O autor observa que a proximidade entre organizações da sociedade civil (OSC) com o Estado, podem ter dois desdobramentos. O primeiro é capaz de “empoderar” as OSC, fortalecendo-as, enquanto o segundo significa uma maior exposição ao controle do poder do Estado, resultando em “situações de clientelismo e cooptação”.

De fato, a dependência das organizações da sociedade civil nos recursos destinados pelo Estado – que por vezes são a principal, quando não, única fonte de financiamento para o andamento de suas atividades – limitam sua capacidade de oposição, diante de decisões governamentais que representem perdas para suas principais “bandeiras” de luta. No entanto, quando as atividades dessas organizações são descontinuadas em decorrência da falta de financiamento, o espaço deixado por elas nem sempre é preenchido pelo próprio Estado, afetando diretamente a população.

**Gráfico 1 – Recursos destinados pelo governo federal às Organizações da Sociedade Civil (OSC)<sup>1,2</sup>**



<sup>1</sup>Informações fornecidas pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (DIAHV/SVS/MS) após solicitação a Secretaria de Informação ao Cidadão do Ministério da Saúde (SIC/MS). Não foi informado se os valores em questão passaram por correções monetárias.

<sup>2</sup>Gráfico elaborado pela autora.

Como é possível observar no Gráfico 1, a partir de 2005, os recursos destinados a tais organização tendem a reduzir significativamente. Não por acaso, as dificuldades encontradas pelas ONGs/Aids ocorrem ao mesmo tempo em que pautas conservadoras ganham espaços no governo, enquanto debates relacionados aos direitos humanos passam a ser tratados a partir de uma perspectiva fundamentalista e excludente.

Esse processo se conjuga no plano interno a um avanço conservador, em particular no aspecto moral, conduzido pela força de alguns atores sociais, como as igrejas de religiões neopentecostais, que constituem bancadas no interior das casas legislativas e dispõem de forte poder de mídia e arregimentação de pessoas. Mas esses atores conservadores são também cortejados pelo governo federal que não tem mais maioria no Congresso [...] (SEFFNER. PARKER, 2016, p. 28).

É perceptível o avanço da “onda” conservadora/reacionária no governo da presidente Dilma Rousseff. Nesse sentido, Terto Jr. E Beloqui (2012) elencam retrocessos causados pela pressão política orquestrada por representantes da Frente Parlamentar Evangélica. Os autores criticam as censuras feitas pelo

Ministério da Saúde a campanhas de prevenção das IST, especialmente a de carnaval em 2012. Para tanto, retomam alguns pontos que antecederam os fatos em questão, mas que estão intimamente associados ao posicionamento do Ministério.

De acordo com os autores, em 2011, em meio a denúncias contra um dos ministros do governo, a retirada de um vídeo que integrava o “kit anti-homofobia” foi condição imposta pelo grupo para não convocar o ministro em questão a dar explicações ao Congresso Nacional. No ano seguinte, o Ministério da Saúde vetou um filme que trazia dois jovens se abraçando. O material fazia parte da campanha de carnaval 2012 e havia sido divulgado publicamente.

Atribui-se o veto a uma decisão direta da Casa Civil, por influência da bancada evangélica da Câmara dos Deputados (GRECO, 2016, p. 1559). Outra suspensão ocorreu em 2013, com o recolhimento de materiais (histórias em quadrinhos) que seriam distribuídos em escolas, como parte das ações do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas<sup>17</sup> (SPE) durante atividade prevista no calendário anual do Ministério da Educação (MEC).

O material tinha sido aprovado e lançado publicamente pelo ministro anterior, sendo suspenso com a justificativa de que este não teria passado pela comissão editorial do ministério (IBID., p.1559). O fato repercutiu na imprensa, a decisão do governo foi associada à pressão de setores religiosos.

Um material educativo para prevenção de aids dirigido adolescentes teve sua distribuição suspensa por determinação do governo federal. O kit, formado por seis revistas de histórias em quadrinhos, aborda temas como gravidez na adolescência, uso de camisinha e homossexualidade. A suspensão ocorre quase dois anos depois da polêmica interrupção da distribuição do kit anti-homofobia, por pressão de grupos religiosos (ESTADÃO, 2013).

No mesmo ano, uma campanha nas redes sociais do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais<sup>18</sup> (DDAHV) para o “Dia Internacional da Visibilidade das Prostitutas” ganhou visibilidade ao trazer uma mulher e a “imprópria” frase “eu sou feliz sendo prostituta”. O ministro da saúde da época afirmou de maneira incisiva que as campanhas em sua gestão abordariam especificamente a prevenção das

---

<sup>17</sup> “A proposta resulta da parceria entre o Ministério da Educação, o Ministério da Saúde, com o apoio da Unesco e do Unicef, na perspectiva de transformar os contextos de vulnerabilidade que expõem adolescentes e jovens à infecção pelo HIV e à AIDS, a outras doenças de transmissão sexual e à gravidez não-planejada” (BRASIL, 2006, p.16).

<sup>18</sup> Atual “Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais”.

doenças sexualmente transmissíveis. O episódio culminou em exonerações de profissionais do Departamento. Mais uma vez, atribui-se a decisão do Ministério da Saúde à exigência de parlamentares. A iniciativa do ministro “foi comemorada por forças conservadoras” (GRECO, 2016, p.1559) como era de se esperar.

Infelizmente, o papel assumido pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (DDAHV) na defesa dos direitos humanos sofreu retrocesso nos últimos anos. A pressão de grupos conservadores fez que o MS retirasse campanhas, impedisse a distribuição de material educativo para o programa saúde nas escolas e cancelasse material de apoio para o Dia Internacional de Visibilidade das Prostitutas. A decisão foi de alinhamento com as forças retrogradadas do país, com vistas a possíveis e intangíveis ganhos (GRECO, 2016, p. 1.559).

Como pontuado por Corrêa (2016, p.15) a postura adotada pelo Ministério da Saúde foi uma resposta aos seus apoiadores, que, por sua vez, utilizaram a pauta como “moeda de troca” para questões relevantes para o governo. É importante destacar que nem sempre se trata apenas de parlamentares ligados à Frente Parlamentar Evangélica, “[...] na forma como se apresenta no Brasil, o conservadorismo articula uma série de atores, entre os quais se destacaram lideranças religiosas conservadoras e defensores de interesses de setores ligados ao agronegócio e à segurança” (FACCHINI; PINHEIRO; CALAZANS, 2018, p. 256).

Figura 2 – Campanha Dia Internacional das Prostitutas – 2013



Diante do conjunto de retrocessos percebidos na então gestão, podemos considerar que mesmo indiretamente, ao acatar as restrições impostas por grupos conservadores/reacionários, o próprio governo fortaleceu aqueles que mais tarde iriam beneficiar-se do acentuando desgaste político ao redor da presidenta Dilma Rousseff e do Partido dos Trabalhadores, desencadeando o processo de impeachment que a tiraria do poder.

A chegada de um novo governo causou mudanças na política de HIV, tanto que, o então diretor do Departamento na época, Fábio Mesquita, pediu demissão, alegando ser insustentável manter-se no cargo naquelas condições.

O dilema entre resistir dentro do governo provisório em defesa do SUS ou encerrar um ciclo de gestão arrojada chega ao fim em apenas 13 dias. Os problemas que afetam a política pública de saúde no Brasil não começaram neste governo provisório, mas em

poucos dias foram intensificados de maneira alarmante. [...] Já convivíamos internamente, há certo tempo, com inúmeras imposições político-partidárias, como a inclusão – ainda na gestão do então ministro da Saúde Arthur Chioro – do ex-secretário de saúde Municipal de Maringá, Antônio Nardi, na cota do Partido Progressista, como secretário de Vigilância em Saúde, contrariando a história dessa Secretaria – que, desde a sua criação, sempre foi dirigida por profissionais de Saúde Pública altamente qualificados (REVISTA FÓRUM, 2017).

Os sucessivos acontecimentos evidenciam o retrocesso das estratégias de prevenção, causada, principalmente, pelo emprego de valores morais sustentados como únicos e universais por grupos que dela se beneficiam e que nada tem a ver com os princípios da política de saúde brasileira.

As ações de prevenção que deveriam estar pautadas na aceitação e reconhecimento da diversidade, em busca do diálogo com toda a população, acabam restringidas por aqueles que não compreendem, ou não querem compreender, a importância desse debate. Reforçando preconceitos e distanciando das políticas sociais grupos que possuem um longo histórico de estigma e marginalização, elevando os casos de IST no país.

A interferência conservadora/reacionária não é privilégio das políticas de saúde. Essa articulação acompanha atentamente os assuntos relacionados à política de educação. Empenha-se em participar de todas as discussões em que o peso de sua “moralidade” possa barrar avanços de grupos minoritários (no sentido das relações de poder). No entanto, não se observa a mesma dedicação nas iniciativas que diz respeito aos recursos que lhe são destinados e nem em debates que visem à melhoria da qualidade do ensino.

Em 2014, o Congresso Nacional retirou do Plano Nacional de Educação (PNE) todas as menções as palavras “gênero”, “orientação sexual” e “sexualidade”. A maior parte dos deputados e senadores, ligados a alguma denominação cristã, opuseram-se a abordagem das questões citadas (CARRARA, 2015, p.323). A mudança ignorou a movimentação realizada pela sociedade civil para a elaboração do Plano e as discussões que levaram ao entendimento do quanto é importante tratar desses aspectos dentro do contexto escolar e reconhecer contribuição da política de educação para a superação de desigualdades sociais.



Tais expressões estavam presentes no Plano Nacional de Educação (PNE), enviado pelo Executivo para aprovação no Congresso em finais de 2010 através do Projeto de Lei 8035/2010. O Plano foi elaborado a partir dos resultados da Conferência Nacional de Educação (CONAE), realizada no início daquele ano. Segundo o Documento Final da CONAE (Brasil 2010), em todas as suas etapas, a conferência teria mobilizado 3,5 milhões de pessoas. Com inúmeras alterações, o projeto se transformaria em lei em junho de 2014 (Lei 13005/2014). Nesse processo, substituíram-se trechos como o que dizia “são diretrizes do PNE a superação das desigualdades educacionais, com ênfase na promoção da igualdade racial, regional, de gênero e de orientação sexual” por: “são diretrizes do PNE a superação das desigualdades educacionais, com a ênfase na erradicação de todas as formas de discriminação” (CARRARA, 2015, p. 337 – nota do autor ).

A retirada dessas expressões e substituição por outras mais genéricas escondem que nem “todas as formas de discriminação” são tratadas com a mesma atenção. Por trás da alteração no PNE está a “lógica” de que tais assuntos ao serem abordados facilitariam a inserção da “ideologia de gênero” nas escolas.

## 2.2 PANORAMA DAS IST NO BRASIL

No início da epidemia de Aids, a previsão pouco otimista do Banco Mundial para o Brasil era de que no ano 2000 aproximadamente 1,2 milhões de pessoas estariam com HIV no país (BRASIL, 2013a, p.428). As estimativas não se cumpriram, mas os novos casos de HIV e Aids continuam despertando preocupação, principalmente pelo avanço percebido nos últimos anos em populações específicas.

Apesar de todo sucesso conquistado desde seu surgimento, o HIV está longe de ser uma questão solucionada. A epidemia tem adquirido novas características, demandando o desenvolvimento de novas estratégias, para que todo esforço dispensado no início de sua história não seja perdido. (Kurokawa e Silva; Terto Junior, 2016, p. 172).

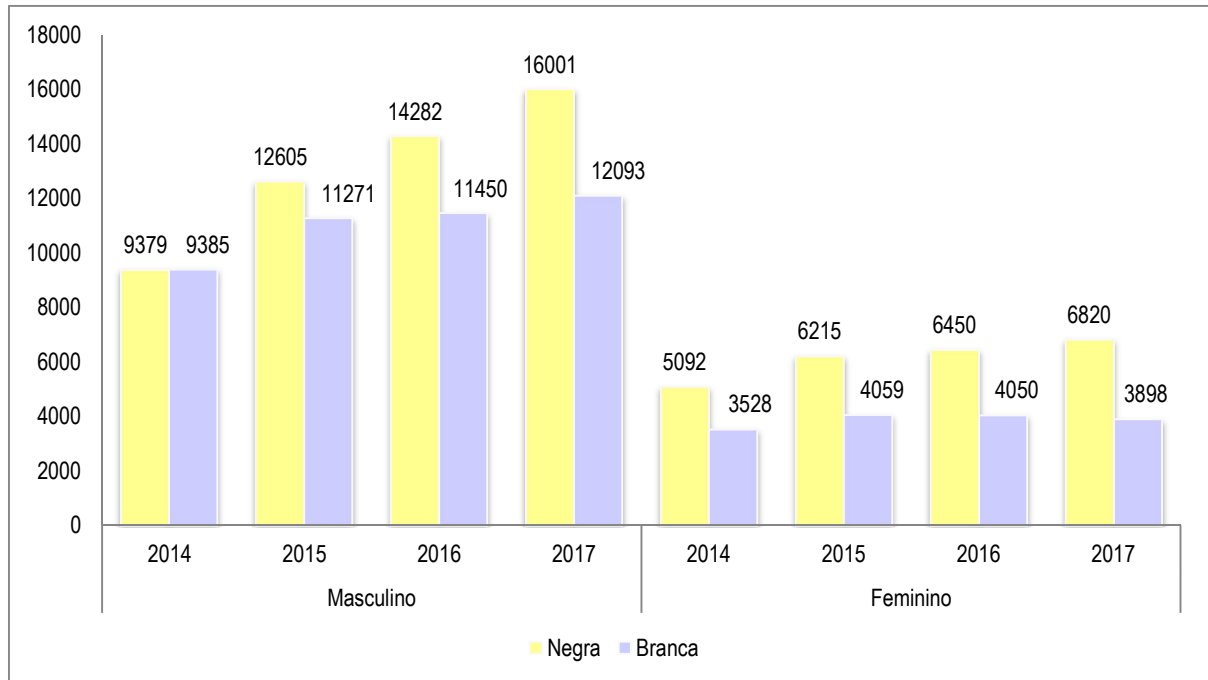
Em 2014, foram registrados 30.259 novos casos de HIV<sup>19</sup>, sendo 9.541 em mulheres e 20.709 em homens. Considerando a raça/cor, mulheres negras representavam 58,5% dos casos, enquanto mulheres brancas, 40,6%. Entre os

---

<sup>19</sup> Notificação compulsória desde 2014 (BRASI, 2018, p.5).

homens, 49,5% eram negros e 49,6% brancos. Já em 2017, foram notificados 42.420 novos casos, sendo 11.753 em mulheres, 35,9% brancas e 62,8% negras. Entre homens os 30.659 em homens, 42,6% eram brancos e 56,3% negros (BRASIL, 2018a, p. 32).

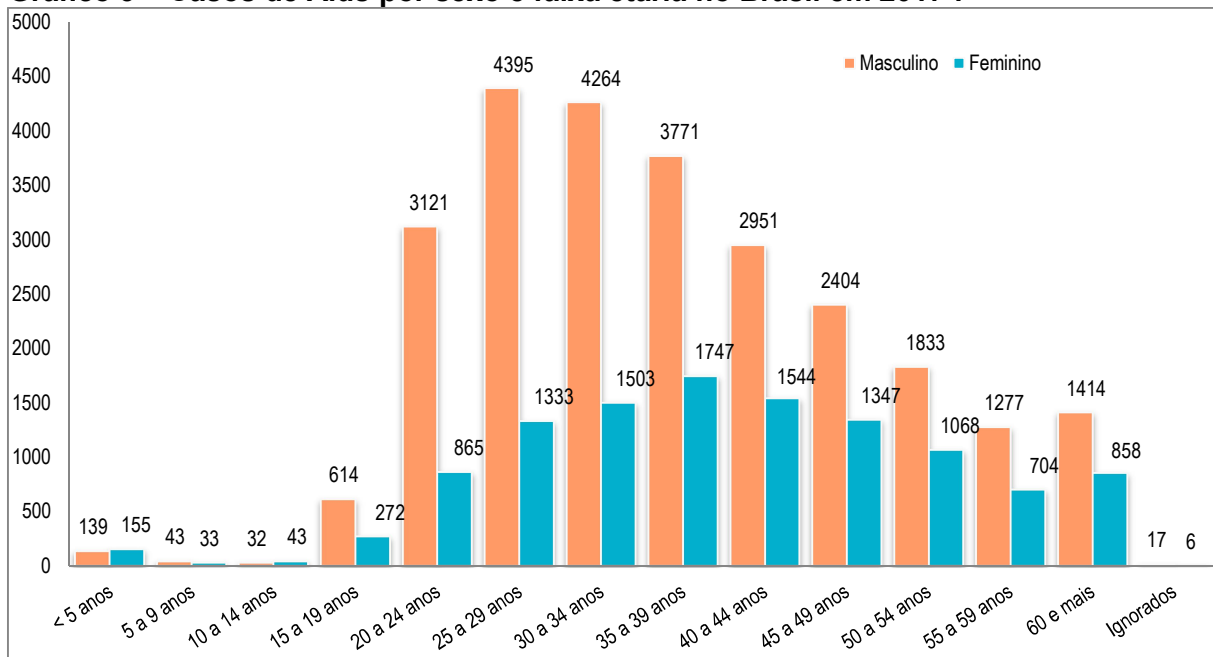
**Gráfico 2 – Casos de HIV, por sexo e raça/cor, no Brasil, no período e 2014 a 2017<sup>1</sup>.**



<sup>1</sup>Elaborado pela autora, com base nos dados do Boletim Epidemiológico – Aids e IST (2018). Fonte: MS/SVS/Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais.

Considerando os casos de Aids no Brasil, no período de 2007 a 2017, observa-se o aumento da razão de sexo, que era de 1,5 (M:F) e passou para 2,2 (M:F), aumentando a distância entre os homens e mulheres (BRASIL, 2018X, p.41).

Em 2007, foram notificados 38.302 casos de Aids no país, sendo 23.049 casos em homens e 15.251 em mulheres. Já em 2017, surgiram 37.791 novos casos, 26.275 em homens e 11.478 em mulheres (BRASIL, 2018a, p. 50). No ano de 2017, a partir da faixa etária de 15 a 19 anos, os casos de Aids são superiores em homens.

**Gráfico 3 – Casos de Aids por sexo e faixa etária no Brasil em 2017<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup>Elaborado pela autora, com base nos dados do Boletim Epidemiológico – Aids e IST (2018)

Fonte: MS/SVS/Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais.

Analisando os casos de Aids em 2007, segundo o sexo e a raça/cor, verificamos um equilíbrio entre mulheres brancas (49,9%) e mulheres negras (49,3%). Em 2017, há um distanciamento, mulheres negras representaram 61,0% enquanto mulheres brancas 38,1%. A tendência ao aumento é identificada também entre homens negros, que passaram de 45,9%, em 2007, para 57,3%, em 2017. No mesmo período, homens brancos representavam 52,8% reduzindo para 42,0% no mesmo período.

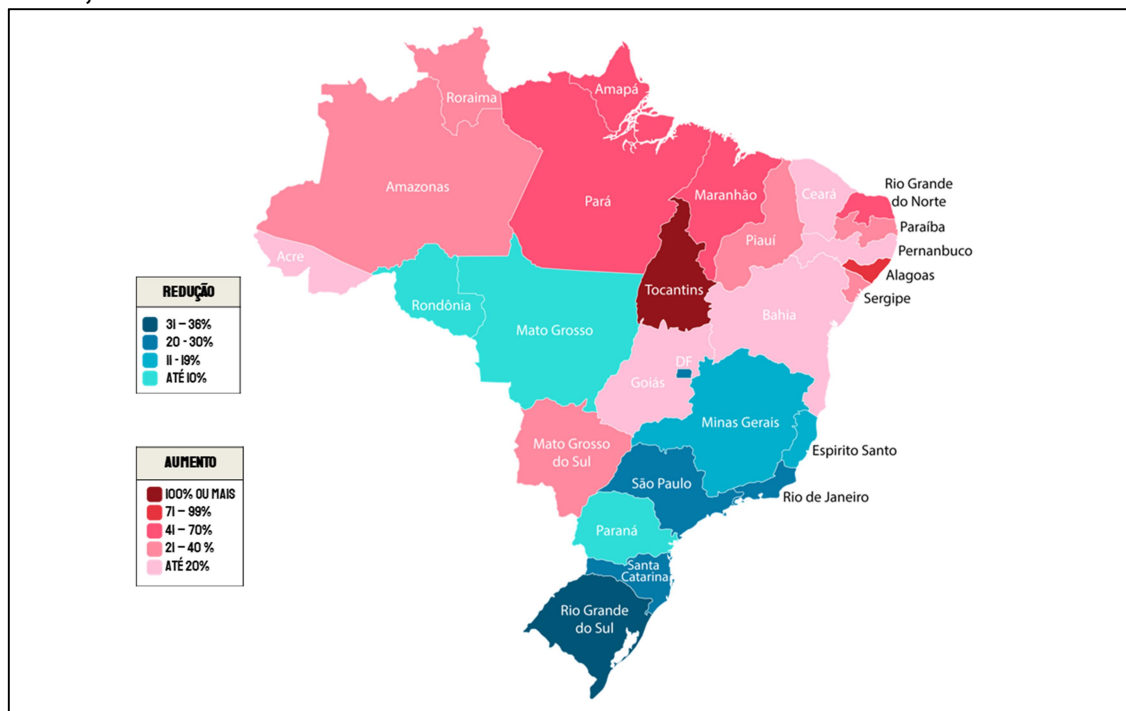
Em relação à categoria de exposição, em 2007, HSH representavam 35,6% dos casos, passando para 48,7% em 2017. No período em questão os casos de Aids nos HSH aumentaram 30,6%, enquanto em homens heterossexuais, reduziram 16,5% (IBID, p. 48).

A experiência da prevenção, como a do adoecimento, não é igual para negras e brancas, homens e mulheres, em diferentes idades ou extratos sociais, para diferentes identidades de gênero, orientações sexuais ou religiosidades, e é marcada pelo território (PAIVA, 2018, 25).

A taxa de detecção da Aids no país em 2017, é 18,3/100.000 habitantes. No entanto, distribuição desse índice no território nacional não é uniforme. No geral, os

casos de Aids estão concentrados no Sudeste e no Sul<sup>20</sup>, que nos últimos anos vem apresentado tendência à redução. Observamos o aumento da taxa na maior parte do Norte (exceto Rondônia), Nordeste e Centro-Oeste (exceto o Mato Grosso e Distrito Federal). O estado do Tocantins apresentou um aumento de 143%, enquanto o Rio Grande do Sul, uma redução de 36% (BRASIL, 2018a, p.11).

**Mapa 1 – Taxa de detecção de Aids (x 100 mil habitantes) e percentual de declínio ou incremento, segundo UF de residência, por ano de diagnóstico. Brasil, 2007 e 2017<sup>1</sup>.**



<sup>1</sup>Elaborado pela autora, com base nos dados do Boletim Epidemiológico HIV/Aids (2018). Fonte: MS/SVS/Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais.

O aumento ou a redução nos casos de Aids varia dentro da mesma região. Cada território possui um conjunto de diversidades, acentuadas pelo fato que “o Brasil é uma das sociedades mais desiguais do mundo, tem uma população grande e diversa e regiões geográficas com graus de urbanização, desenvolvimento e acesso aos cuidados de saúde bastante heterogêneos” (MALTA; BASTOS, 2012, p. 941).

<sup>20</sup> “A distribuição proporcional dos casos de aids, identificados de 1980 até junho de 2018, mostra uma concentração nas regiões Sudeste e Sul, correspondendo cada qual a 51,8% e 20,0% do total de casos; as regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste correspondem a 15,8%, 6,4% e 6,1% do total dos casos, respectivamente” (BRASIL, 2018, p. 10).

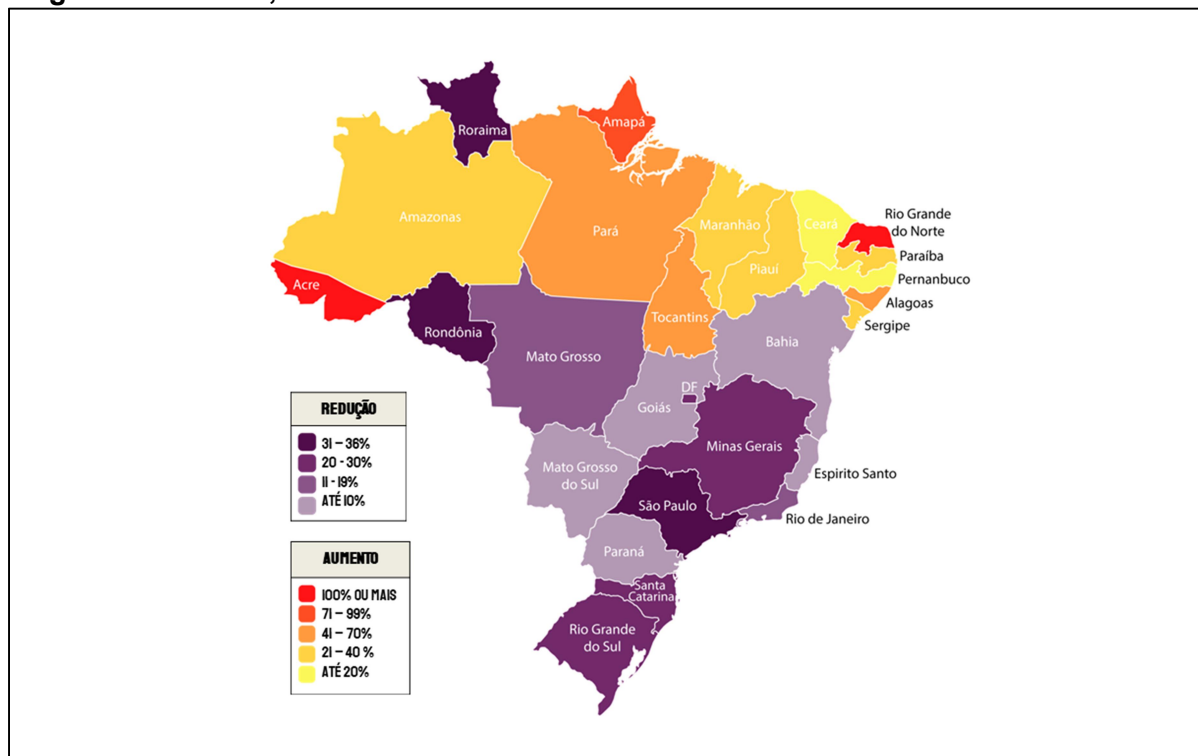
**Quadro 1 – Taxa de detecção de Aids, por região, considerando as maiores e menores taxa<sup>1</sup>.**

Taxa de detecção (x 100mil hab.) por região		Maior taxa de detecção (x 100mil hab.) da região		Menor taxa de detecção (x 100mil hab.) da região	
Norte	23,6	Roraima	36,8	Acre	8,8
Nordeste	15,7	Maranhão	21,4	Bahia	11,9
Sudeste	17,1	Rio de Janeiro	26,4	Minas Gerais	12,3
Sul	24,1	Rio Grande do Sul	29,4	Paraná	17,1
Centro-Oeste	17,9	Mato Grosso do Sul	24,3	Distrito Federal	14,4

<sup>1</sup>Elaborado pela autora, com base nos dados do Boletim Epidemiológico HIV/Aids (2018). Fonte: MS/SVS/Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais.

As mortes causadas pela Aids também varia de acordo com os estados. No Norte e no Nordeste estão os maiores índices. O Rio Grande do Norte apresentou um aumento de 201%, enquanto o estado de São Paulo, redução de 41% (IBID., p.41).

**Mapa 2 – Coeficiente de mortalidade padronizado de Aids (x 100 mil habitantes) e percentual de declínio ou incremento, segundo UF de residência, por ano de diagnóstico. Brasil, 2007 e 2017<sup>1</sup>.**



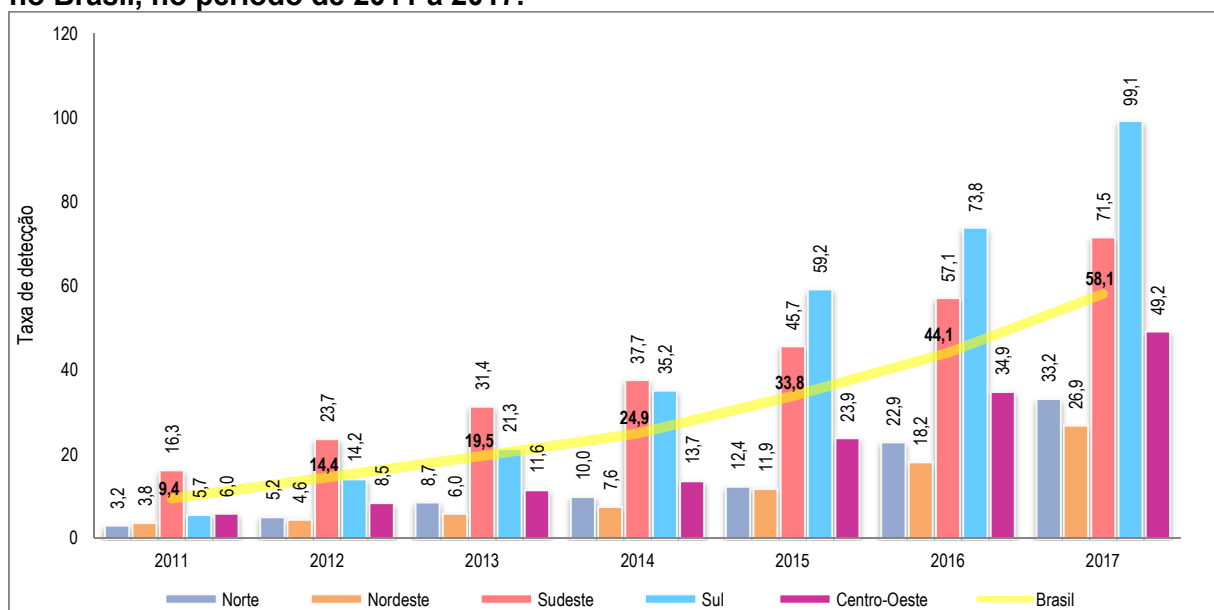
<sup>1</sup>Elaborado pela autora, com base nos dados do Boletim Epidemiológico – Aids e IST (2018). Fonte: MS/SVS/Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais.

As mortes podem indicar o diagnóstico tardio da doença ou dificuldades na adesão a terapia antirretroviral (TARV). No de 2007, foram notificados 11.372 óbitos, a maior parte referente a homens (66,7%). Houve uma pequena variação no ano de 2017, com 11.463 óbitos, os homens permanecem a maior dos casos (66,2%) (IBID., p. 55). Entre eles, em 2007, os negros representaram 47,5% dos óbitos, enquanto os brancos 52,1%. Já em 2017, 40,7%, dos óbitos foram de brancos, enquanto 58,8% foram homens negros (IBID., p. 57).

Entre mulheres essa diferença é ainda mais profunda. Em relação às mulheres, no ano de 2007, 49,5% eram brancas, enquanto 50,2% mulheres negras. Em 2017, mulheres brancas 36,2%, enquanto mulheres negras corresponderam a 63,3% dos óbitos (IBID., p. 57).

Em 2017 foram notificados 119.800 casos de sífilis adquirida no Brasil. A taxa de detecção da sífilis é de 58,1 casos/100 mil habitantes. Entre as regiões do país, o índice mais alto foi o do Sul (99,1) e o mais baixo, do Nordeste (33,2). O gráfico 4 mostra o rápido aumento da taxa, no período de 2011 a 2017. No período analisado, a taxa no Sudeste é superior a nacional em todos os anos, enquanto no Sul isso ocorre a partir de 2014.

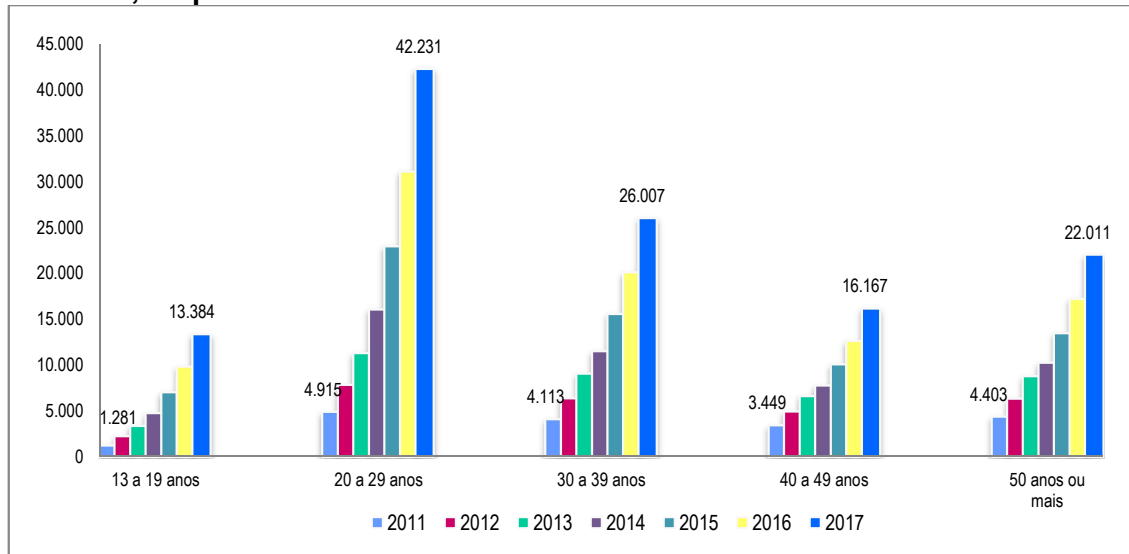
**Gráfico 4 – Taxa de detecção da sífilis adquirida segundo região e ano de diagnóstico no Brasil, no período de 2011 a 2017.**



Elaborado pela autora, com base nos dados do Boletim Epidemiológico – Sífilis (2018).  
Fonte: MS/SVS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

No que diz respeito à faixa etária, a população com idade entre 20 a 29 anos representa a maior parte dos novos casos de sífilis adquirida. Em 2011, 60,3% dos casos de sífilis ocorreram em homens e 39,7% em mulheres. Já em 2017, 58,6% dos casos em homens e 41,3% em mulheres.

**Gráfico 5 – Casos de sífilis adquirida segundo faixa etária e por ano de diagnóstico no Brasil, no período de 2011 a 2017.**



Elaborado pela autora, com base nos dados do Boletim Epidemiológico – Sífilis (2018).  
Fonte: MS/SVS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

Os dados disponíveis em relação aos novos casos de sífilis não são tão específicos quanto os de HIV e Aids, mas reforçam a existência de desigualdades entre as regiões. Destacamos, no entanto, que das todas apresentam tendência a aumento. Novamente, a população jovem representa a maior parte dos casos.

A partir das informações apresentadas podemos perceber que as atuais estratégias de prevenção têm produzidos diferentes resultados, de acordo com cada população e cada região do país. Os dados relacionados ao HIV e a Aids, indicam as limitações de um modelo de prevenção provavelmente pensando para atender as áreas onde há maior concentração dos casos (Sudeste e Sul), com isso, outras regiões acabam desprotegidas. Quando observamos os aspectos raça/cor, percebemos que no decorrer do período analisado houve um distanciamento, no qual pessoas negras estão mais vulneráveis ao HIV e a Aids.

O aumento de HIV, Aids e sífilis demonstra que o acesso à prevenção e ao tratamento não possuiu a mesma capilaridade em todo país. Assim, no Capítulo 3,

tratará especificamente da população jovem e das questões ao redor das estratégias de prevenção formuladas pelo governo federal para lidar com as tendências apresentadas anteriormente.



## **CAPÍTULO 3 – O “BOOM” DAS IST NA JUVENTUDE BRASILEIRA**

Tanto a epidemia de HIV/Aids, quanto o aumento de outras IST, como o HPV (Papilomavírus Humano) e a sífilis, ao adquirirem novas características epidemiológicas demandam respostas eficientes, que, na prática, nem sempre acompanham a sua dinamicidade. O aumento de casos de IST na população jovem demanda atuação do governo federal no planejamento e na execução de estratégias capazes de desacelerar o ritmo desse crescimento, tendo em vista as particularidades desse grupo. A população jovem é reconhecidamente um grupo relevante para o desenvolvimento de estratégias de prevenção do HIV/Aids, tanto que o Ministério da Saúde a classificou como umas das populações prioritárias para o direcionamento de ações preventivas.

O atual contexto político e socioeconômico representa um desafio para a prevenção das IST. Para enfrentá-las, o Ministério da Saúde tem investido em campanhas publicitárias e ações educativas com o objetivo de estimular a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das IST, principalmente daquelas de notificação compulsória e do HPV. Ao menos no campo do discurso, o governo brasileiro propõe-se a enfrentar os aspectos que produzem vulnerabilidades. Contudo, na prática, percebemos uma centralidade nas intervenções biomédicas, enquanto outras estratégias de prevenção que envolvem a superação de desigualdades sociais são colocadas em segundo plano.

Nesse capítulo, serão analisados dados epidemiológicos relacionados ao HIV, à Aids e à sífilis. Também serão apresentados resultados de pesquisas de abrangência nacional que revelam o comportamento sexual e a adesão aos métodos de prevenção.

### **3.1 AS CONSEQUÊNCIAS DA “NOVA ONDA” CONSERVADORA SOBRE A JUVENTUDE**

A população jovem representa parcela significativa dos novos casos de IST no país. Em 2017, 44,2% dos casos de HIV no Brasil ocorrem em pessoas jovens (BRASIL, 2018a, p. 31). Entre 2014 a 2017, houve um aumento no número de novos casos expressivo em jovens, sobretudo do sexo masculino. Na faixa etária de 15 a 19 anos, o aumento foi de 51,6%, enquanto na de 20 a 24 anos 66,3% e entre

aqueles com 25 a 29 anos 47,6%. Entre as mulheres, o aumento foi de 14,0% entre aquelas com 15 a 19 anos, 13,5% na faixa de 20 a 24 anos e 17,5% na de 25 a 29 anos (BRASIL, 2018a, p. 30).

Nesse mesmo ano, aqueles(as) com idade entre 13 a 29 anos corresponderam a 43,4% dos casos de sífilis adquirida no país, enquanto mulheres na faixa etária de 15 a 19 anos e de 20 a 24 anos somadas corresponderam a 78,5% de sífilis em gestantes (BRASIL, 2017a, p. 23 e 25).

### **3.1.1 – Aids em jovens: uma comparação entre os anos de 2006 e 2016**

Optou-se por analisar informações referentes aos anos de 2006 e 2016 por uma haver possibilidade mais ampla de analisar tendências na população jovem, no que diz respeito à Aids e suas particularidades, considerando as regiões do país, categoria de exposição, raça/cor<sup>21</sup>.

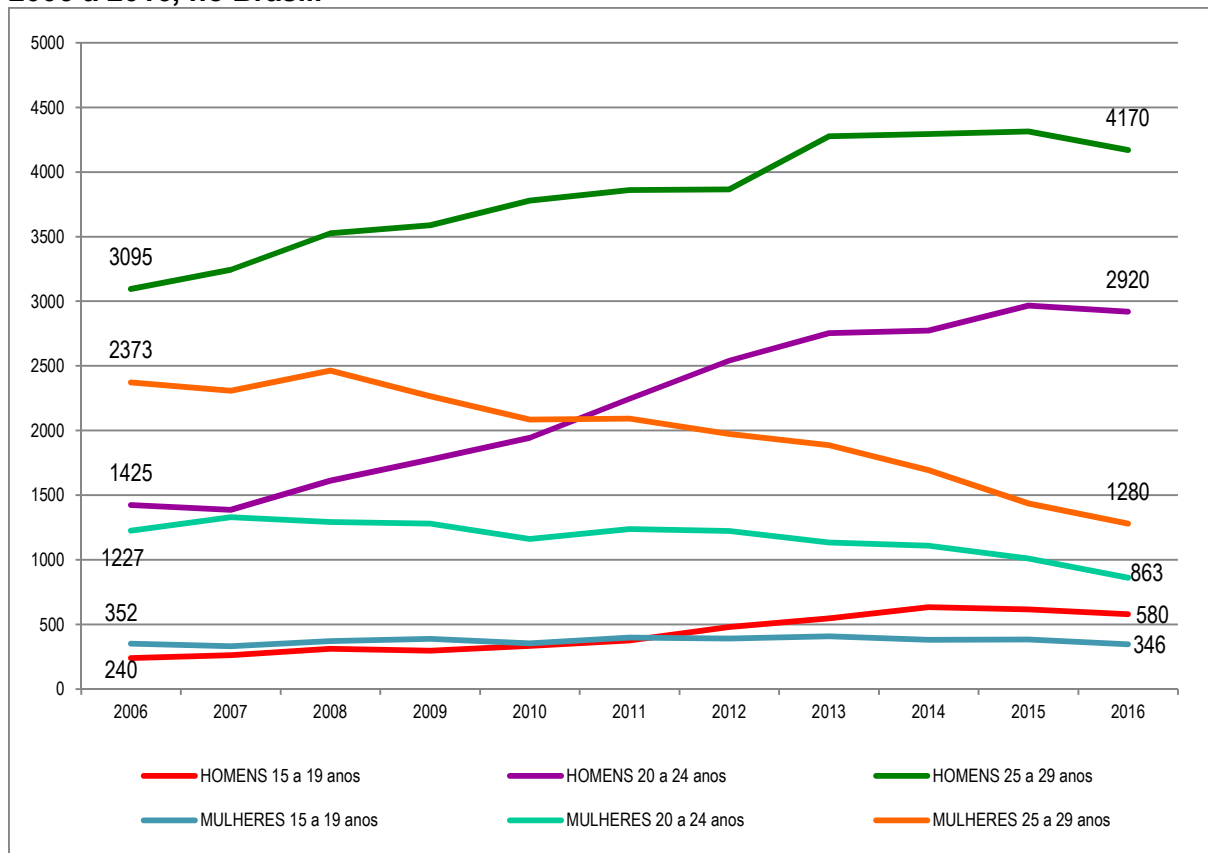
No período em questão, nota-se o aumento de 16,7% (8.712 para 10.167) nos novos casos de Aids entre jovens. No entanto, considerando a categoria sexo, observam-se tendências distintas. Os casos de Aids em homens foram superiores do que em mulheres em todas as faixas etárias correspondentes à juventude. Além disso, a tendência entre mulheres é de redução nas três faixas etárias<sup>22</sup>, enquanto em homens a tendência é de aumento em todas. Destacam-se os casos em homens na faixa etária de 15 a 19 e 20 a 24 anos, pois mais que duplicam no período analisado, aumentando em 141,6% e 104,9% respectivamente.

---

<sup>21</sup> Os dados foram acessado pelo TabNet. O sistema possui informações de até 30/06/2017.

<sup>22</sup> No período de 2006 a 2016, a redução de casos de Aids em mulheres, na faixa etária de 15 a 19 anos foi de 1,7%, enquanto nas de 20 a 24 anos e 25 a 29 anos, foram de 29,7% e 46,1%, respectivamente (BRASIL, 2017a, p. 38).

**Gráfico 6 – Casos de Aids na população jovem, por sexo e faixa etária, no período de 2006 a 2016, no Brasil.**



Fonte: Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico 2017.

Considerando-se os casos de Aids e a categoria de exposição (sexual), no ano de 2006, mulheres com idade de 13 anos ou mais, 96,2% delas foram expostas ao vírus via relação heterossexual, apresentando uma pequena variação em 2016 (97,1%). Em homens, em 2006, 88,9% dos casos ocorreram por meio da exposição sexual (bissexual, heterossexual ou homossexual), passando para 95,8% em 2016.

Observamos entre homens jovens uma mudança nessa categoria: uma pequena redução entre heterossexuais (21,6%) e um aumento acentuado entre HSH (102,4%). Em 2006, foram registrados 1.290 casos de Aids em jovens HSH e em 2016, 2.611.

Essa disparidade torna-se ainda mais perceptível quando observado o aumento ou redução de casos de Aids, segundo a categoria de exposição por região do país. Todas apresentam um aumento significativo de casos de Aids em HSH, com destaque para o Norte que apresenta um aumento de 208%. Tanto no Norte,

quanto no Nordeste, observa-se um aumento entre heterossexuais, porém não tão expressivo como em HSH. No Sudeste evidencia-se uma redução importante de casos de Aids em homens jovens heterossexuais (41%).

**Quadro 7 – Aumento e declínio de novos casos de Aids identificados no Brasil por exposição sexual, segundo região, em homens jovens (15 a 29 anos) entre os anos de 2006 e 2016.**

REGIÃO	HETEROSSEXUAL	HSH
BRASIL	- 21%	+ 102%
NORTE	+ 27%	+ 208%
NORDESTE	+ 18%	+ 97%
SUDESTE	- 41%	+ 84%
SUL	- 36%	+ 111%
CENTRO-OESTE	- 23%	+ 106%

Fonte: Ministério da Saúde - TabNet.

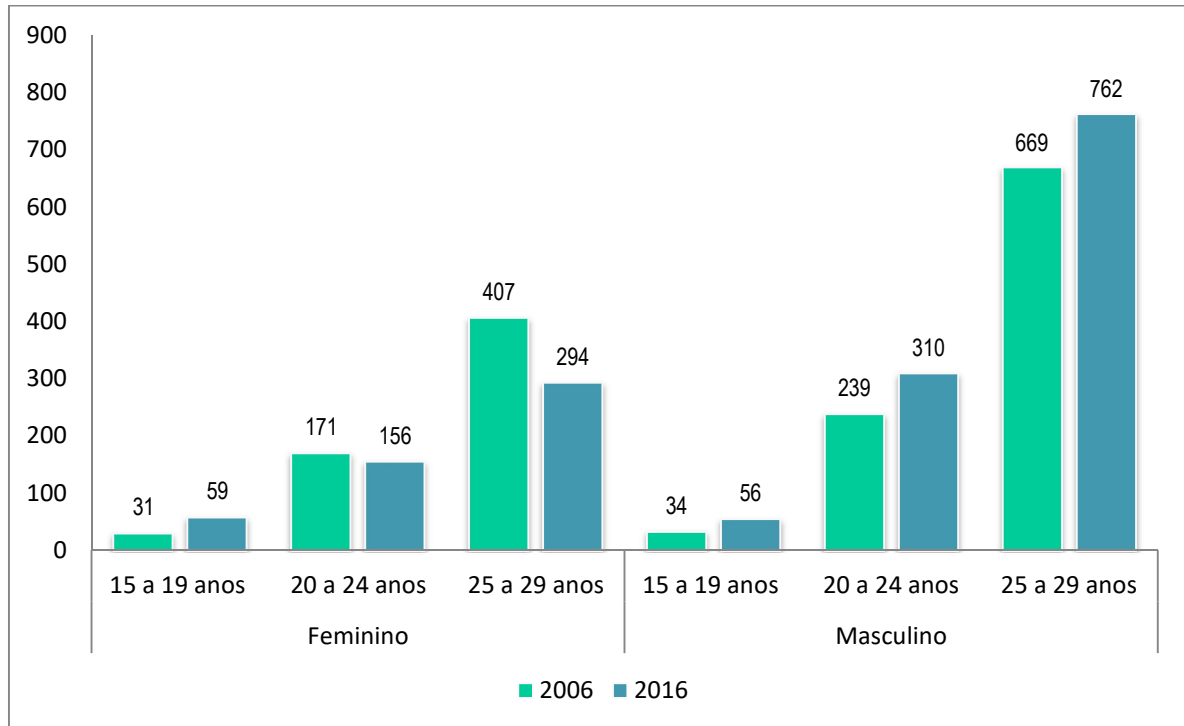
Sobre a atual fase da resposta brasileira à Aids, Seffner e Parker (2016, p.297) identificam uma “dupla tensão entre o fazer viver” proporcionado pela ampliação das ações de testagem e o acesso aos antirretrovirais e, por outro lado, o “deixar morrer”, que é relacionado ao “reforço das situações de estigma e discriminação as populações vulneráveis”. Os dados anteriores demonstram bem essa contradição. A recente conjuntura política e social tem sido perversa para os HSH.

Desde 2011, o entorno político no âmbito nacional também tem desfavorecido o retorno de uma resposta inovadora e arrojada à epidemia entre gays, como existia antes. O recrudescimento do fundamentalismo religioso e sua interferência na gestão das políticas públicas têm feito com que a resposta à AIDS junto à população gay esteja em descompasso com os dados epidemiológicos, em descumprimento ao que estipula a Lei 8.080, que determina “a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática (REIS, 2015, p.23 e 24).

Outro dado importante sobre a população jovem diz respeito ao aumento de mortes em decorrência da Aids. No período analisado, observa-se um aumento de 64,7% em homens jovens com idade entre 15 a 19 anos, de 29,7% naqueles na faixa etária de 20 a 24 anos e 13,9% na de 25 a 29 anos. O aumento em mulheres

também é presente entre aquelas com idade de 15 a 19 anos, sendo de 90,3%, nas demais faixas etárias nota-se redução (BRASIL, 2017, p. 50).

**Gráfico 7 – Número de óbitos por Aids, segundo sexo e faixa etária, no Brasil (2006-2016)**



Fonte: Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico 2017.

A morte de jovens em decorrência de Aids pode indicar três questões, a primeira e mais óbvia é que as estratégias de prevenção não estão evitando novos casos de HIV na população jovem e, portanto, a adesão aos métodos preventivos está insatisfatória. A segunda seria que essa população ao descobrir o HIV não adere ao tratamento adequadamente, o que pode ser relacionado à baixa capacidade dos serviços de saúde em acompanhá-los e criar vínculos com essa população. A terceira suposição é que quando esse(a) jovem descobre o diagnóstico, a Aids já está avançada.

### 3.1.2 HPV E Jovens

O Estudo POP-Brasil<sup>23</sup>, cujo objetivo principal é determinar a prevalência da infecção pelo HPV e seus tipos tanto no Brasil, quanto em suas diversas regiões (ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR MOINHOS DE VENTO, 2017, p. 23), apresenta dados relevantes.

Participaram do estudo 5.812 mulheres e 1.774 homens, sexualmente ativos, com idade entre 16 e 25 anos. Das amostras coletadas, 35,2% foram analisadas, possibilitando a formulação de seus resultados preliminares. Em relação à idade de início das atividades sexuais, a média entre homens é de 15,0 anos, enquanto entre mulheres é de 15,4 anos. Em relação ao uso do preservativo, 51,5 % dos(as) participantes relataram não fazer uso contínuo do mesmo e 58,9 % não utilizaram o insumo em sua última relação sexual (IBID, p. 36). Verificou-se que “no geral, a prevalência estimada de HPV foi de 54,6%, sendo o HPV de alto risco para o desenvolvimento de câncer presente em 38,4% dos participantes” (IBID, p. 37).

Os resultados apontados pelo o Estudo, mesmo que preliminarmente, demonstram a urgência em viabilizar estratégias de prevenção do HPV, principalmente para a população jovem. Para tanto, o Ministério da Saúde fornece gratuitamente vacina para a prevenção do vírus (subtipos 6, 11, 16 e 18) em meninas (9 a 14 anos) desde 2014, e em meninos (11 a 14 anos) desde 2016. A vacina também é ofertada pelo SUS para pessoas que vivem com HIV com idade entre 9 a 26 anos, pessoas transplantadas e pacientes oncológicos em uso de quimioterapia e radioterapia (BRASIL, 2016, s/p).

Em 2017, foram adquiridas 6 milhões de doses da vacina, o investimento foi de R\$ 258,1 milhões (BRASIL, 2017c,p.3). Já em 2018, o Ministério da Saúde disponibilizou 14 milhões de doses, representando um investimento de R\$ 506,6 milhões (BRASIL, 2018c, s/p). A meta do governo federal é vacinar 80% dos adolescentes. Entretanto, adesão à vacina não tem atendido as expectativas. No ano de 2017, de 82,6% das meninas entre 9 a 14 anos de idade receberam a

---

<sup>23</sup> O Estudo Epidemiológico sobre a Prevalência Nacional de Infecção pelo HPV “é um estudo multicêntrico, demandado pelo Ministério da Saúde e executado pelo Hospital Moinhos de Vento (HMV), através do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde” (PROADI-SUS) (ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR MOINHOS DE VENTO, 2017, p. 23).

primeira dose da vacina, enquanto 52,8% para a segunda dose. Entre os meninos de 12 e 13 anos, 43,8% tomaram primeira dose da vacina (BRASIL, 2017c, p.9).

A vacina contra o HPV é alvo de diversas notícias disseminadas em redes sociais, fazendo com que o Ministério da Saúde venha a público desmentir algumas delas. Entre as mais difundidas está a notícia que alega que o Ministério Público Federal teria proibido a vacina, pois ela não seria segura, resultando em danos irreversíveis e até mesmo a morte<sup>24</sup>.

Além disso, pode-se supor que a baixa adesão à vacina tem relação ao fato de tratar-se da prevenção de uma IST e, por isso, os(as) responsáveis pelas(os) adolescentes possivelmente associam a necessidade da prevenção ao início da vida sexual ou da intenção de ter relações sexuais em um futuro próximo. Desta forma, considerando que essas(es) adolescentes não “correm o risco” de ter HPV, portanto a vacinação não se caracteriza como um cuidado primordial.

O fato é que independentemente das motivações que interferem na adesão à vacina, o Ministério da Saúde precisará rever suas estratégias junto aos governos estaduais e municipais, para que os resultados sejam equivalentes aos investimentos realizados. Isto inclui o estabelecimento de um debate nacional amplo, capaz de compreender as distintas dinâmicas territoriais e a necessidade de se pensar em abordagens diferenciadas.

### **3.1.3 Adesão aos métodos de prevenção**

Os dados apresentados preocupam órgãos internacionais e nacionais de saúde, demonstrando a necessidade de atentarmos para as causas desse aumento considerável de casos HIV e outras IST em jovens. Nesse sentido, pesquisas de abrangência nacional buscam conhecer o comportamento sexual de jovens, assim como o seu conhecimento acerca das medidas de prevenção e conhecimento sobre as IST.

O II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) promovido pela Unifesp, em 2012, realizou entrevistas domiciliares que abrangeu 149 municípios brasileiros. Dos(as) 4607 participantes, 1742 eram jovens com idade entre 14 e 25 anos. Sobre o uso do preservativo, 29,6% dos homens e 38,2% das mulheres declararam que nunca ou quase nunca o utiliza (UNIFESP, 2014, p.9).

---

<sup>24</sup> Ver em: <http://portalms.saude.gov.br/fakenews/44143-mpf-proibe-vacina-contra-hpv-fake-news>.

A Pesquisa de Conhecimento, Atitudes e Práticas na População Brasileira<sup>25</sup> (PCAP), realizada em 2013, com pessoas de 15 a 64 anos, constata que 94% da população brasileira reconhece que o uso do preservativo é a melhor maneira de evitar a transmissão sexual do HIV. Entre jovens de 15 a 24 anos, 93,8% possuem o mesmo entendimento (BRASIL, 2016a, p 21).

Ainda de acordo com a PCAP, 23,5% da população sexualmente ativa utiliza o preservativo em todas as relações sexuais dos últimos 12 meses com qualquer parceria (fixa ou casual). Demonstrando que as repetidas recomendações por trás do “use camisinha” até evidenciam a importância do insumo na prevenção do HIV, mas não provocam automaticamente a adesão ao método. O fato de apenas 33,1% das pessoas entrevistadas saberem que uma pessoa que vive com HIV, realizando tratamento, tem chances reduzidas de transmitir o vírus, demonstra que ao menos no período de execução da pesquisa, as informações sobre formas de prevenção disponíveis à população estavam centralizadas no preservativo (IBID., p. 21).

Entre o total de jovens de 15 a 24 anos, 75,0% declaram ter iniciado a vida sexual e 67,5% eram sexualmente ativos(as) nos últimos 12 que antecederam a pesquisa. Dos(as) jovens sexualmente ativos(as) na vida, 35% deram início à vida sexual antes dos 15 anos (maior percentual entre os grupos entrevistados) e 35,4% afirmam que ter mais de dez parceiros(as) sexuais no decorrer da vida. (IBID., p. 100). Em relação a esse grupo, 64,2% declaram ter usado preservativo na primeira relação sexual (IBID, p.109).

Sexualmente ativos(as) nos últimos 12 meses: 36,9% fizeram uso do preservativo em todas as relações sexuais dos últimos 12 meses com qualquer parceria (maior índice entre os entrevistados) e 39,1% usaram na última relação. Por outro lado, a mesma pesquisa revela que 56,6% afirmam ter usado preservativo em todas as relações com parceiros casuais. Quando se trata de parceiro(a) fixo(a), apenas 34,2% utilizam o preservativo em todas as relações sexuais (IBID.,p.109).

Os resultados indicam que o uso ou não do preservativo envolve certo grau de confiança e intimidade com o(a) outro(a), a sensação de segurança pode fazer com que este seja dispensado.

---

<sup>25</sup> “(...) a “Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira” (PCAP) e um inquérito domiciliar de abrangência nacional, com edições já realizadas nos anos de 2004 e de 2008, que permite investigar, como evidencia o título, os conhecimentos, atitudes e práticas dos brasileiros relacionados com a infecção pelo HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis” (BRASIL, 2016, p.7).



**Quadro 3 – Comparativo entre as três edições da PCAP: população com idade de 15 a 24 anos, sexualmente ativa na vida.**

População com idade 15 a 24 anos	2004	2008	2013
Sexualmente ativa na vida	73,9%	77,6%	64,2%
Início da vida sexual antes dos 15 anos	36,1%	35,4%	35,0%
Mais de 10 parceiros na vida	16,2%	21,9%	35,4%
Uso do preservativo na primeira relação	53,2%	60,9%	64,2%

Fonte: Ministério da Saúde. Pesquisa de Conhecimento, Atitudes e Práticas na População Brasileira (2004, 2008, 2013).

**Quadro 4 – Comparativo entre as três edições da PCAP: população com idade de 15 a 24 anos, sexualmente ativa nos últimos 12 meses.**

População com idade 15 a 24 anos	2004	2008	2013
Sexualmente ativos 12 meses	66,4%	67,2%	67,5%
Uso na última relação	57,3%	55,0%	61,1%
Em todas as relações sexuais com qualquer parceria	39,0%	34,8%	36,9%
Todas as relações com parceiro fixo	38,8%	30,7%	34,2%
Todas as relações com parceiro casuais	58,4%	49,6%	54,9%

Fonte: Ministério da Saúde. Pesquisa de Conhecimento, Atitudes e Práticas na População Brasileira (2004, 2008, 2013).

No geral, percebe-se pouca variação do comportamento sexual de jovens, considerando as questões selecionadas para análise. Nota-se uma redução no início da vida sexual dos jovens, demonstrando uma opção por adiar o início da vida sexual, por outro lado, há um aumento de parceiros sexuais daqueles sexualmente ativos(as). Há uma maior adesão ao preservativo na primeira relação sexual, assim como na última relação. Contudo, o uso do insumo em todas as relações sexuais independentemente da parceria permanece baixo.

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar<sup>26</sup> (PeNSE), realizada em 2015, a partir de um convênio entre o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Ministério da Saúde, com o apoio do Ministério da Educação, entrevistou 1742

<sup>26</sup> A PeNSE foi realizada nos anos de 2009, 2012 e 2015.

peças com idade entre 14 a 25 anos, contemplando entre outros aspectos, questões relativas a saúde e sexual e reprodutiva dos(as) jovens.

A PeNSE – 2015 utilizou dois tipos de amostra. A Amostra 1 diz respeito à estudantes do 9º ano e a Amostra 2, jovens com idade de 13 a 17 anos, estudantes do 6º ao 9º ano do ensino fundamental e 1º a 3º ano do ensino médio.

Na Amostra 1<sup>27</sup> 36,0% dos estudantes sexo masculino declaram-se ter iniciado a vida sexual, enquanto 19,5% do sexo feminino encontrava-se na mesma condição. Desses(as), 63,5% usaram preservativo na última relação sexual, índice menor que o apresentado na PeNSE, realizada em 2012, que mostrou que 75,3% utilizaram o insumo em sua última relação (IBGE, 2016).

Entre os estudantes da Amostra 2<sup>28</sup>, percebe-se que o início da vida sexual se intensifica quando comparado as duas faixas etárias que compõem a Amostra.

Nas três amostra (Quadro 5) nota-se uma tendência inversa em relação ao sexo e a adesão ao uso do preservativo. Os rapazes tendem a usá-lo com mais frequência no decorrer da vida sexual, enquanto as moças tendem a reduzi-lo com o tempo.

Quadro 5 - Início da vida sexual e uso do preservativo – escolares PeNSE 2015.

ESCOLARES (%)	AMOSTRA 1			AMOSTRA 2			AMOSTRA 2		
	9º ANO			13 A 15 ANOS			16 A 17 ANOS		
	TOTAL	SEXO		TOTAL	SEXO		TOTAL	SEXO	
		M	F		M	F		M	F
INICIARAM A VIDA SEXUAL	27,5	36,0	19,5	27,0	34,5	19,3	54,7	59,9	49,7
UTILIZARAM PRESERVATIVO NA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL	61,2	56,8	68,7	59,7	56,0	66,5	68,2	62,6	74,7
UTILIZARAM PRESERVATIVO NA ÚLTIMA RELAÇÃO SEXUAL	66,2	66,3	66,0	60,3	59,5	61,8	65,6	70,6	59,7

Fonte: Pesquisa nacional de saúde do escolar – 2015 (IBGE, 2016)

<sup>27</sup> “A primeira amostra, tradicional da PeNSE, permite a comparação temporal entre os Municípios das Capitais e o Distrito Federal nas três edições da pesquisa” (IBGE, 2016).

<sup>28</sup> “A segunda amostra possibilita, entre outros aspectos, melhor identificação e acompanhamento de fatores relacionados ao desenvolvimento físico-biológico e ao tempo de exposição às condições de risco para o grupo etário considerado” (IBGE, 2016).

Utilizam-se os dados relacionados aos estudantes do 9º ano das capitais brasileiras, com o objetivo de traçar uma análise comparativa entre as edições anteriores da Pesquisa (2009 e 2012). O início da vida sexual cai entre os escolares, enquanto permanece estável entre as jovens. A adesão ao preservativo na última relação sexual tende a reduzir para ambos os sexos. O acesso à informação sobre IST revela-se estável, com tendência à queda.

Quadro 6 – Escolares dos municípios das capitais brasileiras – comparativo PeNSE dos anos 2009, 2012, 2015

ESCOLARES (%)	INICIARAM A VIDA SEXUAL			UTILIZARAM PRESERVATIVO NA ÚLTIMA RELAÇÃO SEXUAL			RECEBERAM INFORMAÇÕES SOBRE IST E/OU AIDS NO AMBIENTE ESCOLAR		RECEBERAM ORIENTAÇÕES DE COMO ADQUIRIR O PRESERVATIVO GRATUITAMENTE	
	TOTAL	SEXO		TOTAL	SEXO		REDE PRIVADA	REDE PÚBLICA	REDE PRIVADA	REDE PÚBLICA
		M	F		M	F				
2009	30,5	43,7	18,7	75,9	77,0	73,5	89,4	87,5	65,4	71,4
2012	30,8	40,9	21,1	74,4	75,9	71,6	89,3	86,8	55,3	72,0
2015	27,1	35,3	19,3	63,5	62,9	64,5	87,2	84,5	56,3	68,3

Fonte: Pesquisa nacional de saúde do escolar

Considerando os dados relacionados à orientação recebida pelos(as) escolares sobre os meios para adquirir o preservativo gratuitamente, é possível que as discussões que envolvam “informações sobre IST e/ou Aids no ambiente escolar” não são acompanhadas de orientação sobre a aquisição dos métodos de prevenção às IST, como é o caso do preservativo. A rede privada de ensino demonstra ser o local onde essa informação tem maior dificuldade de ser difundida. Ou seja, fala-se sobre as implicações das IST, como ela deve ser evitada, mas não se facilita o acesso ao preservativo. É como se a informação fosse transmitida para ser aplicada no futuro, porém para muitos(as) a vida sexual já faz parte de seu cotidiano.

As pesquisas citadas, somadas aos dados epidemiológicos apresentados anteriormente, indicam a dificuldade dos(as) jovens em aderirem aos métodos de prevenção, especialmente o preservativo, demonstrando uma lacuna entre a informação e a adoção de métodos de prevenção. O uso do insumo possui diversos significados, que vão para além da prevenção.

Nesse sentido, recorre-se aos dados cedidos pelo Centro de Doenças Infecto-Parasitárias (CDIP) do município de Campos dos Goytacazes. Trata-se de dados restritos para análises mais aprofundadas, mas que trazem contribuições importantes para a presente discussão. As informações disponibilizadas referem-se às justificativas para o não uso do preservativo, dadas por pessoas do sexo masculino e feminino, que foram testadas no CDIP no período de 2009 a 2017 e receberam o diagnóstico positivo para HIV.

Observa-se que para ambos os sexos “confiar no(a) parceiro(a)” é a principal justificativa para abrir mão da prevenção. A partir de então, notam-se diferenças entre os sexos. O segundo motivo elencado por homens, é fato de “não gostar” de usá-lo, enquanto que para mulheres é o fato do “parceiro não aceitar”. Mostrando-nos que a desigualdade entre os gêneros manifesta-se atribuindo diferentes pesos em que relação “aos quereres”, sobretudo em relações heterossexuais<sup>29</sup>.

Amorim e Andrade (2006, p.336) pontuam que a sexualidade masculina se expressa de forma expansiva e quase incontrolável, enquanto a feminina é vista como objeto do controle masculino. A busca pelo prazer sexual durante muito tempo foi um direito do homem e negado a mulher, essa concepção ainda produz efeitos na nossa sociedade. Tais desigualdades compõem fatores estruturantes da vulnerabilidade das mulheres ao HIV/Aids e IST, considerando que o poder de decisão em relação ao preservativo, geralmente, é delegado ao homem.

A negociação do uso do preservativo masculino esbarra em padrões sociais pautados em relações de gênero, vulnerabilizando particularmente as mulheres, muitas vezes com a sua cumplicidade, é quando a insegurança afetiva, noções de amor romântico e fidelidade podem contribuir para que as mulheres abram a guarda em relação à administração do seu poder de fecundação e direito a se prevenir em relação a DST/Aids – o que se demonstra nas análises sobre motivos para o não uso da camisinha (ABRAMOVAY; CASTRO; SILVA, 2004, p. 171).

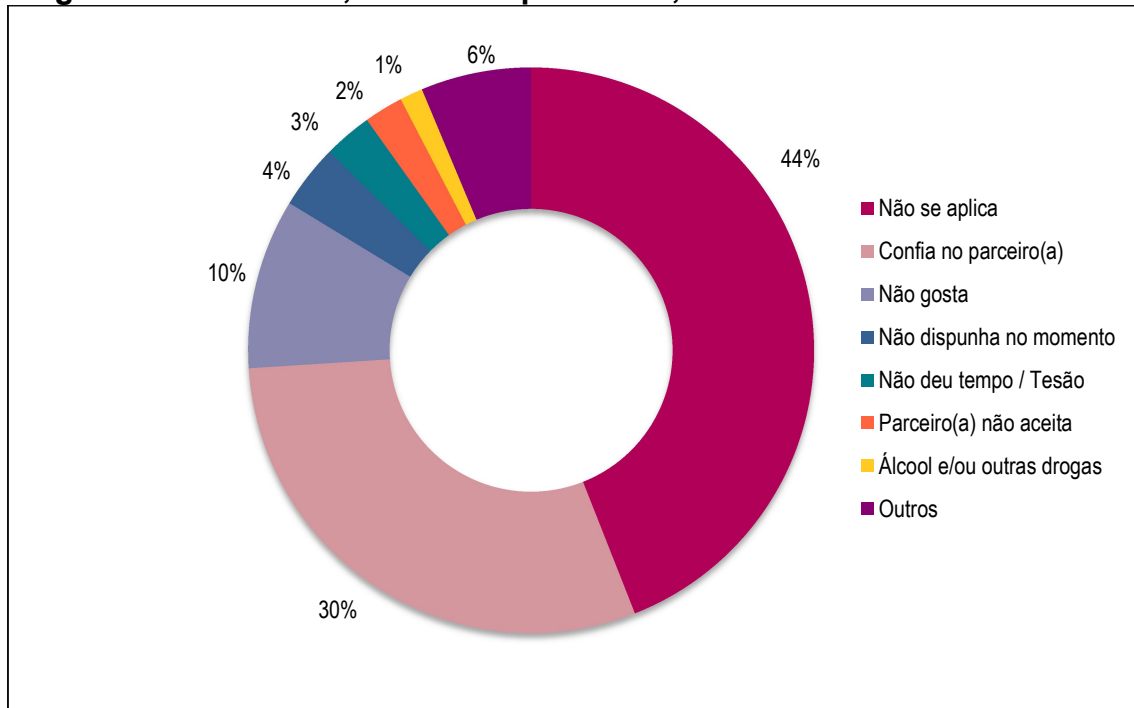
Nesse contexto, acrescentam-se as situações de violência, onde sugerir o uso do preservativo pode ser um motivo para uma nova agressão, seja ela física, sexual, psicológica e/ou moral, podendo ser encarada como uma afronta pelo

---

<sup>29</sup> A suposição é que se trata de relações entre homens e mulheres, considerando os dados do Ministério da Saúde sobre a categoria de exposição sexual ao HIV em mulheres, já citado nesse capítulo. A absoluta maioria das infecções ocorre por meio de relações heterossexuais.

agressor. Propor o preservativo, manifestar seus desejos, pode abrir uma brecha dolorosa para acusações e chantagens emocionais. Tal comportamento pode ser visto por alguns homens como perda de poder. Ao expor para seu parceiro uma mudança na rotina sexual do casal, a mulher se apropria de um espaço de autonomia, tanto sobre seu corpo quanto no relacionamento.

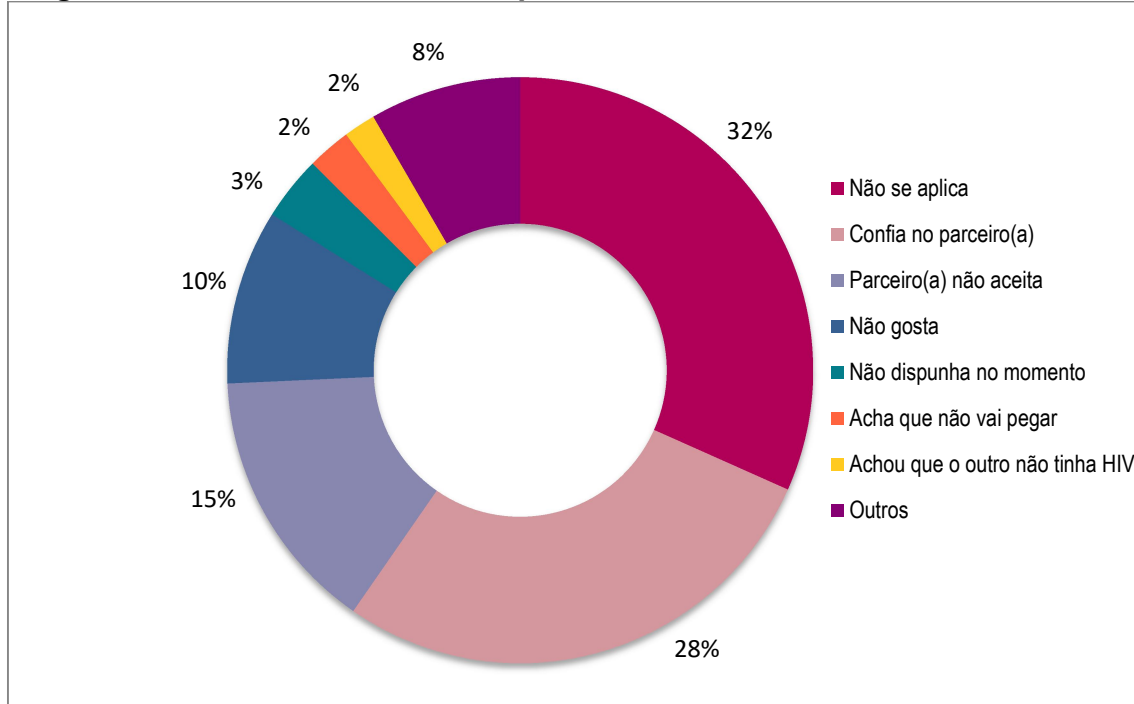
**Gráfico 8 – Motivos para o não uso do preservativo – Homens<sup>1</sup> diagnósticos com HIV, atendidos pelo CDIP, entre os anos de 2009 e 2017.**



<sup>1</sup>Inclui todas as faixas etárias.

<sup>2</sup>O CDIP funciona no município de Campos dos Goytacazes e atende cidades vizinhas.

**Gráfico 9 – Motivos para o não uso do preservativo – Mulheres<sup>1</sup> diagnósticas com HIV, atendidas pelo CDIP, entre os anos de 2009 e 2017.**



<sup>1</sup>Inclui todas as faixas etárias.

<sup>2</sup>O CDIP funciona no município de Campos dos Goytacazes e atende cidades vizinhas.

É importante ressaltar que a orientação sexual não é uma categoria utilizada nesta análise. Portanto, pode tratar-se de homens que se relacionam sexualmente e afetivamente com outros homens ou com mulheres. Relações desiguais de poder podem fazer parte de relações homoafetivas, considerando que o gênero não é o único fator a desencadeá-la, apesar de ter um peso significativo e ter representações até mesmo entre relações entre pessoas do mesmo sexo.

O binômio comer/dar está fundamentado na metáfora da absorção, apropriação e consumo do parceiro passivo (a mulher ou um sujeito simbolicamente feminalizado) pelo sujeito ativo. Todo o comportamento sexual é percebido a partir dessas categorias de atividade e passividade, estritamente associadas ao masculino e ao feminino (BOZON, 2004, p. 23).

Em relações estáveis pode ter pouca aceitação, já que para muitos pressupõe uma confissão de traição ou uma desconfiança na fidelidade do(a) parceiro(a). Além do mais, muitos acreditam que o preservativo reduz o prazer sexual, dificultando a negociação. Este não pode ser negligenciado, já que o sexo é – ou deveria – envolver o prazer. Como pontuado por Bozon (2004, p. 149) “ao

contrário do que desejariam os responsáveis pela prevenção, o fato de uma relação homo ou heterossexual não ser protegida indica paradoxal, mas logicamente, a sua importância ou centralidade para o indivíduo”. O uso preservativo possuiu inúmeros significados e representações, que não se resumem ao da prevenção tão difundida pelo Ministério da Saúde e profissionais da área.

### **3.2 ATUAIS ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DO GOVERNO FEDERAL**

As iniciativas de prevenção das IST estiveram durante muito tempo restritas à promoção do preservativo masculino. Posteriormente, o preservativo feminino “[...] foi introduzido em dezembro de 1997. A partir do ano 2000, as Secretarias Estaduais de Saúde passaram a recebê-lo do Ministério da Saúde” (VILLELA, 2015, p.5). A “camisinha” é uma velha conhecida da população, estando presente nas mais diversas ações de prevenção, no entanto existem implicações práticas a sua adesão. Como demonstraram as pesquisas anteriores, apenas ter conhecimento sobre a importância do insumo não determina a adesão.

Atualmente, com o surgimento de novas tecnologias, a prevenção ganha novas possibilidades. O Ministério da Saúde tem concentrado esforços na estratégia de Prevenção Combinada do HIV, sendo este o carro-chefe das atuais campanhas e ações governamentais. O modelo de prevenção em questão é definido pelo Ministério da Saúde como:

[...] uma estratégia de prevenção que faz uso combinado de intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais aplicadas no nível dos indivíduos, de suas relações e dos grupos sociais a que pertencem, mediante ações que levem em consideração suas necessidades e especificidades e as formas de transmissão do vírus (BRASIL, 2017, p. 19).

As intervenções biomédicas têm como objetivo reduzir o risco do indivíduo à exposição ao HIV seja em decorrência de relações sexuais sem proteção ou por contato com material biológico que viabilize a contaminação pelo HIV. Podem ser classificadas em dois grupos: as “intervenções biomédicas clássicas, que empregam métodos de barreira física ao vírus”, ou seja, no uso de preservativo (feminino e masculino) e as “intervenções biomédicas, baseadas no uso de ARV como medida



de prevenção ao HIV”, como Profilaxia Pós-Exposição (PEP)<sup>30</sup>, Profilaxia Pré-Exposição (PrEP)<sup>31</sup> e o Tratamento para Todas as Pessoas (TTP)<sup>32</sup> (p. 50 e 51). No carnaval de 2018, o Ministério da Saúde deu ênfase a Prevenção Combinada, pretendendo chamar atenção para as novas tecnologias de prevenção.

**Figura 3 – Campanha de Carnaval (2018) do Ministério da Saúde**



Fonte: <http://www.aids.gov.br>

<sup>30</sup> “A Profilaxia Pós-Exposição, ou simplesmente PEP, é uma medida de prevenção com a utilização de antirretrovirais como profilaxia, o que evita a multiplicação do vírus HIV no organismo de uma pessoa. A PEP é indicada a usuários (as) que possam ter tido contato com o vírus em alguma situação de risco, tais como: violência sexual, relação sexual desprotegida e acidente ocupacional” (BRASIL, 2017a, p.53).

<sup>31</sup> “A Profilaxia Pré-Exposição (PrEP): consiste no uso de antirretrovirais (ARV) por pessoas não infectadas pelo HIV, com o intuito de reduzir o risco de infecção pelo vírus nas relações sexuais. As evidências científicas produzidas por recentes pesquisas demonstram que o uso de PrEP reduz em mais de 90% o risco de infecção pelo HIV” (IBID., p.54).

<sup>32</sup> “O pressuposto dessa estratégia de prevenção do HIV é o de que as PVHIV sob TARV, além de terem uma melhor qualidade de vida, apresentam menor quantidade de vírus em circulação em seus corpos (com carga viral baixa ou mesmo indetectável), o que impacta na redução da transmissão do HIV na comunidade” (IBID, p.56).



As intervenções comportamentais são aquelas que objetivam disponibilizar “a indivíduos e segmentos sociais um conjunto amplo de informações e conhecimentos, de maneira a torná-los aptos a desenvolver estratégias de enfrentamento ao HIV/aids” e assim potencializar sua condição de “gerir os diferentes graus de risco a que estão expostos” (IBID., p.19). Inclui orientações antes e após da testagem, oferta de aconselhamento em HIV, incentivo à rotina de testagem e aos métodos de prevenção, cuidado contínuo da pessoa que vive com HIV e redução de danos para pessoas que usam álcool e outras drogas, silicone industrial e hormônios (IBID., p. 60-75).

Já as intervenções estruturais pretendem modificar os fatores ou estruturas principais que interferem e geram riscos e vulnerabilidades em relação ao HIV, “[...] remete a fatores e características sociais, culturais, políticas e econômicas que criam ou potencializam vulnerabilidades de determinadas pessoas ou segmentos sociais” (IBID., p.21). Entre as principais estratégias para ações desse tipo são a “diminuição das desigualdades socioeconômicas”, “normas e marcos legais”, “fomento ao protagonismo e empoderamento”, “divulgação e informação” e “fortalecimento da estrutura institucional do SUS” (IBID., p.79). Portanto, o enfrentamento dessas questões é reconhecido como um importante movimento em direção à redução de vulnerabilidades.

Preconceito de classe social, preconceito religioso, preconceito linguístico, machismo, chauvinismo, racismo, xenofobia, etnocentrismo, homofobia, lesbofobia, transfobia, bifobia, heterossexismo, estereótipos degradantes, elitismo, preconceito contra portadores de deficiência e pessoas vivendo com HIV e preconceito quanto à conduta em relação a sexo ou drogas: todas essas formas de discriminação potencializam as vulnerabilidades em relação ao HIV/aids e devem ser objeto das intervenções estruturais (BRASIL, 2017a, p. 21).

A partir dessa perspectiva, que considera a importância de promover a prevenção ofertando uma variedade de possibilidades e do reconhecimento da existência de grupos mais vulneráveis ao HIV, o Ministério da Saúde direciona suas ações de prevenção mais recentes. As populações que apresentam maior vulnerabilidade ao HIV são classificadas como populações-chave ou populações prioritárias.

As populações-chave são aquelas que apresentam uma taxa de detecção do vírus superior à identificada na população geral (0,4%), tornando-se mais

vulneráveis ao HIV/Aids seja “por razões comportamentais, mas sobretudo estruturais” (BRASIL, 2017a, p. 26 e 27). Nesse grupo estão homens que fazem sexo com homens (HSH), pessoas que usam álcool e outras drogas, trabalhadoras do sexo, pessoas trans e pessoas privadas de liberdade.

Já as populações prioritárias são definidas como aquelas que “também apresentam fragilidades que os tornam mais vulneráveis ao HIV/Aids que a média da população e, portanto, também devem ser priorizados pelo Ministério da Saúde em ações específicas de prevenção” (BRASIL, 2017a, p. 28). Esse grupo é composto pela população negra, população jovem, população em situação de rua e população indígena.

Objetivando monitorar a epidemia de HIV, sífilis e hepatites B e C em populações vulneráveis, o DIAVH financiou pesquisas no ano de 2016. Os resultados demonstram que essas populações estão, de fato, mais expostas à IST do que a população geral.

Resultados preliminares apresentaram uma prevalência de VIH de 18,4% entre HSH com 18 anos ou mais de idade e de 9,4% entre os HSH de 18 a 24 anos; para as hepatites, as prevalências observadas foram 0,75% e 1,73% para as hepatites B e C, respectivamente; para a sífilis, a prevalência encontrada foi de 27,6%. Com relação as mulheres trabalhadoras do sexo, a prevalência de VIH foi de 5,3%, e a de sífilis, de 8,5%. Já entre os conscritos, a prevalência de VIH foi de 0,1%; a de sífilis, de 1,6%; e a das hepatites, de 0,22% e 0,28%, respectivamente, para B e C. Entre os conscritos HSH, a prevalência de sífilis encontrada foi de 5,2% (sendo 4,9% de sífilis ativa) e a prevalência de VIH foi de 1,3% (UNAIDS, 2018, p.38).

O Ministério da Saúde tem aproveitado o alcance das mídias sociais para difundir informações sobre métodos de prevenção disponíveis no SUS, entre elas, o preservativo e mais recentemente a PrEP. Inclusive o Brasil é pioneiro no mundo na oferta desse tipo de prevenção. entre os países em desenvolvimento, foi o primeiro a recorrer a PrEP como uma medida de saúde pública (FIGUEIREDO, 2018, p. 83).

Na tentativa de envolver jovens no processo de planejamento e execução da resposta ao HIV, o DIAHV e o UNAIDS<sup>33</sup> promoveram, em 2015 e 2016, três edições do “Curso de Formação de Novas Lideranças das Populações-Chave, objetivando o

---

<sup>33</sup> Com o apoio da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) (UNAIDS, 2017, p.8).

Controle Social do Sistema Único de Saúde no âmbito do HIV e aids” (UNAIDS, 2017, p.13). Objetivando incentivar e valorizar o protagonismo da população jovem, o Ministério da Saúde uniu-se ao Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), e em parceria com a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) teve início em 2014 a “estratégia de engajamento de jovens na resposta a epidemia de HIV/AIDS no Brasil” (UNAIDS, 2017, p.10).

A estratégia foi inaugurada com a criação da “Força-Tarefa Jovem Zero Discriminação”<sup>34</sup> (IBID., p. 11), e com a promoção de edições do “Curso de Formação de Novas Lideranças das Populações-Chave Visando o Controle Social do Sistema Único de Saúde no âmbito do HIV/AIDS”<sup>35</sup> (IBID., p. 10). Essa iniciativa teve desdobramentos, como a “Oficina do Grupo de Trabalho de Jovens Lideranças sobre Gênero, Raça e Vulnerabilidades ao HIV”<sup>36</sup>. Alcançar a juventude também foi o objetivo da “Oficina Regional de Prevenção Combinada com Jovens”<sup>37</sup> e de edições da “Oficina Integral de Mulheres Jovens e Adultas Vivendo com HIV/Aids”<sup>38</sup>.

Todas as iniciativas citadas são importantes e devem ganhar novos espaços. No entanto, considerando as ações mais amplas do governo federal e os três aspectos da prevenção combinada, notamos que a centralidade nas intervenções biomédicas ganham mais espaços, enquanto há um enfraquecimento de outros tipos de intervenção.

Atualmente, essa centralização soa como uma tentativa de “fugir” de um amplo debate sobre prevenção, que demandaria a ação sobre aspectos que sustentam e reforçam a vulnerabilidade de parte considerável da população, a exemplo das discussões sobre gênero, diversidade sexual e desigualdades raciais.

---

<sup>34</sup>“A Força-Tarefa Jovem, se utiliza de ferramentas como o Facebook e o WhatsApp para a comunicação de jovens que participaram ou não de um dos três cursos para ações coletivas sobre as demandas da juventude” (2017, p. 11).

<sup>35</sup>O Curso teve três edições que aconteceram no período de 2015 e 2016. Aproximadamente 140 jovens participaram das atividades, estes foram escolhidos por meio de edital (UNAIDS, 2017, p. 13).

<sup>36</sup>Oficina aborda resposta ao HIV entre a população jovem negra. Disponível em: <https://unaid.org.br/2016/06/oficina-aborda-resposta-ao-hiv-entre-populacao-jovem-negra/>.

<sup>37</sup>“A oficina tem como objetivo qualificar e capacitar jovens entre 18 e 26 anos, principalmente de populações-chave (...) para atuarem como multiplicadores e em ações de prevenção ao HIV em seus estados” (UNAIDS, 2017). Disponível em: <https://unaid.org.br/2017/11/jovens-da-regiao-nordeste-participam-de-nova-etapa-da-oficina-de-prevencao-combinada-em-natal/>.

<sup>38</sup>Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/aberta-ii-oficina-de-saude-integral-das-mulheres-jovens-e-adultas-vivendo-com-hiv-aids>.

O silêncio ao redor dessas questões é reflexo de escolhas políticas, que resultam no aumento de novos casos de HIV e outras IST populações vulneráveis e as expõem a outros riscos.

[...] convém lembrar que pensar as políticas de saúde que incidem sobre o domínio da reprodução e da prevenção das doenças sexualmente transmissíveis é avaliar que os sujeitos aos quais elas se destinam estão marcados por condições sociais distintas, entrelaçando estas, determinações de classe, gênero, etnia, faixa etária, posição no ciclo reprodutivo, afiliação religiosa, capital cultural e educacional. Esta lista imensa de itens deve ser considerada como constituindo a moldura que fabrica e encerra as condições de existência dos seres sociais e atualiza os dilemas da contemporaneidade, ou seja, como conciliar universalismo e diferença na formulação de políticas (HEILBORN, 1997, p.101).

A vulnerabilidade ao HIV é mais um elemento no conjunto de desproteção que determinadas populações estão inseridas. Mudanças epidemiológicas demandaram estratégias de prevenção comprometidas com o enfrentamento dos fatores que afastam esses grupos das políticas sociais. E as estratégias do governo federal “a atual ênfase nas estratégias biomédicas como diretriz principal da política nacional tampouco favorece a perspectiva de direitos humanos e não discriminação que, no passado, foi marca forte da resposta brasileira ao HIV e à AIDS” (CORRÊA, 2016, p. 14). Também não se pode ignorar que a adesão a qualquer tipo de intervenção necessitará de mudanças de comportamento, de rotinas e de adesão.

[...] o desafio mais importante sobre todas essas metodologias diversas é que todas, apesar de serem apresentadas como formas de prevenção biomédica, dependem de profundas mudanças de comportamento para serem utilizadas. Tomar um medicamento todos os dias como forma de prevenção pré-exposição não é uma coisa tão simples assim. Aliás, não é tão fácil utilizar nenhuma dessas tecnologias. Todas dependem de mudanças de comportamento que, por sua vez, dependem de questões sociais e políticas para serem colocados na prática” (PARKER, 2015a, p .6).

As intervenções biomédicas só terão os resultados esperados se executadas em conjunto ações que visem à superação de vulnerabilidades sociais e individuais, compreendendo o fortalecimento de outras políticas sociais, para além da saúde. Não basta fornecer o medicamento e passar as orientações básicas sobre ele. É preciso pensar quais as condições que ele aquela pessoa tem de colocá-las em prática.

As intervenções centradas apenas em torno da idéia de difusão de informação e responsabilização individual são incapazes de dar conta de fatores tais como classe social e gênero, que constroem em grande medida os comportamentos dos indivíduos” (KNAUTH, HEILBORN, BOZON, AQUINO, 2006, p.405).

Em meio à centralidade biomédica das ações de prevenção, os aspectos sociais do HIV acabam tratados em segundo plano, como se fossem frutos de debilidades individuais. Tais aspectos se evidenciados, levariam a uma ampla discussão sobre sexualidades, gênero, desigualdades sociais e investimento nas políticas públicas. Seria uma oportunidade para questionar, por exemplo, a constante interferência política de grupos que ao defender interesses próprios, não permitem o avanço de pautas importantes para o fortalecimento da autonomia e cidadania da população.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil é um dos países mais desiguais de todo mundo, segundo O Relatório Global de Desenvolvimento Humano de 2016, do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD, o país ocupa a 10ª posição no ranking da desigualdade (PNUD, 2017). Os efeitos desse quadro recaem sobre toda a sociedade, mas não é sentida por todos na mesma proporção. A desigualdade social pode se expressar em diversos contextos, entre eles, no que se refere ao gênero, orientação sexual e cor/raça, atingindo homens e mulheres no decorrer da vida, resultando em vulnerabilidades adicionais de acordo com cada contexto social.

A ONU Mulheres<sup>39</sup> considera que de maneira geral, nas últimas décadas, os direitos econômicos e sociais das mulheres foram os que menos progrediram em todo mundo. Pontuando que no Brasil a desigualdade social tem como base o racismo e o sexismo, interferindo diretamente na qualidade de vida dessa população. Portanto, essas questões podem ser afastadas das discussões sobre prevenção das IST.

No decorrer do presente trabalho, foram apresentados dados que demonstram que as desigualdades sociais refletem nos aumento de casos de HIV, Aids e sífilis. Existem diferenças significativas entre pessoas brancas e negras, heterossexuais e homossexuais, homens e mulheres. Há diferenças profundas entre os estados brasileiros, onde em determinados territórios a possibilidade de morrer em decorrência da Aids é maior que em outros.

Jovens HSH estão mais expostos ao HIV e Aids, assim como trabalhadoras do sexo, mulheres trans e travestis. Jovens negros são as principais vítimas de homicídio. O ódio mata a população LGBTTQI+. Como acreditar que a vulnerabilidade dos(as) jovens em relação às IST podem ser superadas, se os fatores que a alimentam não são enfrentados? Em meio a tanto risco cotidianos, por que as IST seriam o que mais apavora?

Os últimos anos têm apresentado desafios no campo das políticas sociais. Tratando especificamente da saúde, debates até então superados ganham novas roupagens. As estratégias prevenção estão sendo ampliadas no que diz respeito aos métodos biomédicos. Tal questão não deve ser encarada com desconfiança, já que todas as possibilidades podem e devem ser utilizadas na prevenção das IST. A

---

<sup>39</sup> Entidade das Nações Unidas para a Igualdade de Gênero e Empoderamento das Mulheres.

centralidade nesses métodos é que merecem um olhar atento.

É preciso criar canais de interação com os(as) jovens, que não se restrinjam ao uso das redes sociais, mas que estejam mais próximos, de fato, dessa população, como nas escolas e nos serviços de saúde. O que no contexto atual torna-se mais difícil. As ações de prevenção devem ter como base a superação de práticas conservadoras, que impõem indiscriminadamente normas sobre a conduta social e sexual de jovens. Essas normatizações além de aprofundar desigualdades sociais prejudicam a adesão aos métodos preventivos.

Deixar de priorizar uma abordagem clara sobre o sexo, seja nas escolas, nos serviços de saúde ou no ambiente familiar, não impede que jovens busquem por essas informações em outros lugares. Material de conteúdo pornográfico (filme, revistas e sites) torna-se um recurso mais acessível que ações de educação sexual advindas de políticas públicas. Ali, jovens encontram representações equivocadas sobre a prática sexual, onde não é comum o uso do preservativo, a mulher é constantemente retratada como um simples objeto de satisfação sexual do homem, fortalecendo a perpetuação de uma lógica heteronormativa e machista.

Novelas, filmes e séries também contribuem para a construção do sexo um tanto distante da realidade. Quando voltados para o público feminino, constroem uma referência romantizada do ato sexual e dos caminhos que o antecedem, produzindo frustração pelas expectativas não atendidas. Nesse contexto, jovens chegam à vida adulta carregando incertezas e informações nem sempre verdadeiras sobre o sexo, resultando em práticas que os (as) expõem à IST. Portanto, para que a vulnerabilidade a qual o jovem está exposto seja reduzida é importante trazê-los para o centro da discussão.

Ao jovem não pode ser negada a possibilidade de encarar a prática sexual de maneira positiva, seu lugar é no centro da discussão e não a margem dela. É necessário estabelecer espaços permanentes de diálogo com essa população, demandando, assim, uma associação de estratégias que caminhem em direção ao alcance de sua autonomia e superação de suas vulnerabilidades.

Nos últimos anos, a conjuntura política e social favoreceu a interferência conservadora/reacionária nesse campo, comprometendo a efetividade das estratégias de prevenção, refletindo no aumento de novos casos no país.

As relações de poder se fortalecem e se conservam pela aceitação do que está estabelecido e pela negação da existência de desigualdades, como se elas fossem resultados de elementos meramente individuais. Tal condição, quando imposta, nem sempre é reconhecida, pois seu reconhecimento implicaria na aceitação de que alguns possuem mais oportunidade e liberdade do que outros e que essa distinção possuiu profundas raízes sociais. Reconhecer a vulnerabilidade social das juventudes é essencial para a formulação de políticas sociais que promovam a construção de caminhos contrários aos que dispomos atualmente.



## REFERÊNCIAS

AMORIM, M. M.; ANDRADE, A.N. **Relações afetivo-sexuais e prevenção contra infecção sexualmente transmissíveis e aids entre mulheres do município de Vitória-ES.** *Psicol.estud.* [online]. 2006. Vol. 11, n.2, pp. 331-339. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722006000200012>. Acesso em: 13 nov. 2018

BARROS, R. P.; HENRIQUES, R.; MENDONÇA, R. **Desigualdade e pobreza no Brasil:** retrato de uma estabilidade inaceitável. *Rev. bras. Ci. Soc.* [online]. 2000, vol.15, n.42, pp.123-142. ISSN 1806-9053. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69092000000100009>. Acesso em: 27 de nov 2018.

BASTHI, A. Sexualidade: sexo e desejo na prevenção da AIDS. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS. **Boletim ABIA.** Junho de 2015. nº 60. O retorno do vírus ideológico. 2015. ABIA. Disponível em: <http://abi aids.org.br/boletim-abia-60/28270> . Acesso em: 03 fev 2019.

BASTOS, F. I. **Aids na Terceira Década.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Governo. **Índice de vulnerabilidade juvenil à violência 2017:** desigualdade racial, municípios com mais de 100 mil habitantes / Secretaria de Governo da Presidência da República, Secretaria Nacional de Juventude e Fórum Brasileiro de Segurança Pública. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2017. 87 p. ISBN 978-85-67450-06-3. Disponível em: [http://www.unesco.org/new/pt/brasil/about-this-office/single-view/news/indice\\_de\\_vulnerabilidade\\_juvenil\\_a\\_violencia\\_2017\\_desig/](http://www.unesco.org/new/pt/brasil/about-this-office/single-view/news/indice_de_vulnerabilidade_juvenil_a_violencia_2017_desig/) Acesso em: 23 jan 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 123 p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/prevencao-combinada-do-hiv-bases-conceituais-para-profissionais-trabalhadoresas-e-gestores> Acesso em: 26 fev 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Aberta II Oficina de Saúde Integral das Mulheres Jovens e Adultas Vivendo com HIV/Aids.** 2017. Disponível em: < <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/aberta-ii-oficina-de-saude-integral-das-mulheres-jovens-e-adultas-vivendo-com-hivaids>>. Acesso em: 05 Nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais.

**Boletim Epidemiológico HIV/Aids.** 2017. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-hivaids-2017> Acesso em: 16 Jan 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Prevenção Combinada do HIV/Sumário Executivo.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/prevencao-combinada-do-hiv-sumario-executivo>. Acesso em: 10 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância em Saúde. **Portaria nº- 204, de 17 de fevereiro de 2016.** Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/lista-nacional-de-notificacao-compulsoria> Acesso em: 28 Set 2018.

BRASIL. Secretaria Nacional de Juventude. **Estatuto da juventude:** lei nº5 12.852, de 5 de agosto de 2013. Secretaria Nacional de Juventude. – Brasília: SNJ, 2017. Disponível em: [http://bibjuventude.ibict.br/jspui/bitstream/192/150/2/SNJ\\_estatuto\\_2017.pdf](http://bibjuventude.ibict.br/jspui/bitstream/192/150/2/SNJ_estatuto_2017.pdf). Acesso em: 01 fev 2019.

BRASIL. 2010. **Construindo o sistema nacional articulado de educação:** O plano nacional de educação, diretrizes e estratégias de ação (Documento Final). Brasília: Ministério da Educação.

BOZON, M. **Sociologia da Sexualidade.** Michel Bozon; tradução Maria de Lourdes Menezes. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

CARRARA, 2010, p. 144 **Políticas e direitos sexuais no Brasil contemporâneo.** Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/2316>. Acesso em: 13 dez 2018.

CARRARA, S. **MORALIDADES, RACIONALIDADES E POLÍTICAS SEXUAIS NO BRASIL CONTEMPORÂNEO.** DOI <http://dx.doi.org/10.1590/0104-93132015v21n2p323> In: Políticas de Controle do HIV/AIDS no Brasil e em Moçambique.

CASTRO, J.A. Política social, distribuição de renda e crescimento econômico. In: **Políticas Sociais** – volume 1. Ana Fonseca, Eduardo Fagnani (orgs.). – São Paulo : Editora Fundação Perseu Abramo, 2013. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/forum2013/wp-content/uploads/2014/04/PolíticasSociais-Vol01.pdf>. Acesso em 14 dez 2018.

CORRÊA, S. A resposta brasileira ao HIV e à AIDS em tempos tormentosos e incertos. 2016. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS. **Mito vs realidade**: sobre a resposta brasileira à epidemia de hiv e aids em 2016. pp. 9-17. ABIA. Disponível em: <http://abi aids.org.br/mito-vs-realidade-sobre-resposta-brasileira-epidemia-de-hiv-e-aids-em-2016/29228> Acesso em: 13 jun 2018.

GRANGEIRO, A. Da estabilização à reemergência: os desafios para o enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS no Brasil. 2016. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS. **Mito vs realidade**: sobre a resposta brasileira à epidemia de hiv e aids em 2016. pp. 18-23. ABIA. Disponível em: <http://abi aids.org.br/mito-vs-realidade-sobre-resposta-brasileira-epidemia-de-hiv-e-aids-em-2016/29228>. Acesso em: 13 jun 2018.

GRANGEIRO A.; LAURINDO DA SILVA L.; TEIXEIRA P. R. **Resposta à aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária**. Rev Panam Salud Publica. 2009;26(1): 87–94. Disponível em : <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2009.v26n1/87-94/pt>. Acesso em: 23 dez 2018.

GROTZ, F. PARKER, R. O retorno do vírus ideológico. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS. **Boletim ABIA. Junho de 2015. nº 60**. O retorno do vírus ideológico. 2015. Disponível em: <http://abi aids.org.br/boletim-abia-60/28270>. Acesso em: 08 jan 2019.

KNAUTH, D.; HEILBORN, M. L.; BOZON, M.; AQUINO, E. M. L. Sexualidade Juvenil: Aportes para as Políticas Públicas. 2006. In: **O aprendizado da sexualidade**: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Org. HEILBORN, M. L.; AQUINO, E. M. L.; BOZON, M.; KNAUTH, D. R. pp. 400-416. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz e Editora Garamond, 2006.

KUROKAWA, N. E.; TERTO JUNIOR, V. A Construção da Resposta Brasileira à Epidemia de Aids e os Movimentos Sociais. pp. 171-188. In: **Políticas de Controle do HIV/Aids no Brasil e em Moçambique**. Org. TELES, N.; MATTA, J. J.; ESPÍRITO SANTO, W. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

LAURINDO-TEODORESCU, L.; TEIXEIRA, P. R. **Histórias da aids no Brasil, v. 1**: as respostas governamentais à epidemia de aids. Brasília : Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2015. 464 p. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002355/235557POR.pdf>. Acesso em: 02 fev 2019.

LAURINDO-TEODORESCU, L.; TEIXEIRA, P. R. **Histórias da aids no Brasil, v. 1**: as respostas governamentais à epidemia de aids. Brasília : Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2015. 464 p. Disponível em:

<http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002355/235557POR.pdf>. Acesso em: 02 fev 2018.

MALTA, M., BASTOS, F. I. AIDS: Prevenção e Assistência. In: **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Orgs: Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, José Carvalho de Noronha, Antonio Ivo de Carvalho. 2012.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. - São Paulo : Atlas 2003. Disponível em: Acesso em: 13 jan 2019.

MARQUES, M. C. da C. **Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil**. História, Ciências, Saúde . Manguinhos, vol. 9 (suplemento): 41-65, 2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702002000400003&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702002000400003&script=sci_abstract&tlng=pt) Acesso em: 16 dez 2018.

MARTINS, C. H. B.; BANDEIRA, M. D.; CAPUTO, P. **Estudos das condições das mulheres e das desigualdades de gênero existentes no Estado do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: FEE, 2014. Disponível em: <https://www.fee.rs.gov.br/publicacao/estudos-das-condicoes-das-mulheres-e-das-desigualdades-de-genero-existent-estado-rio-grande-sul/>. Acesso: 24 jan 2018.

MONTEIRO, S. **Qual prevenção?** Aids, sexualidade e gênero em uma favela carioca. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. 148 p.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Política sobre HIV e AIDS: Acelerar a Resposta para lutar contra o HIV e acabar com a epidemia de AIDS até 2030**. 2016. Disponível em: [https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2016/11/2016\\_Declaracao\\_Politica\\_HIVAIDS.pdf](https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2016/11/2016_Declaracao_Politica_HIVAIDS.pdf) . Acesso em 30 set 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Plano de Ação para a prevenção e o controle do HIV e de infecções sexualmente transmissíveis 2016-2021**. 2016. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/2017-cha-plan-action-prev-hiv-2016-2021-pt.pdf>. Acesso em: 20 dez 2018.

PARKER, R.; SEFFNER, F. A neoliberalização da prevenção do HIV e a resposta brasileira à AIDS. 2016. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS. **Mito vs realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de hiv e aids em 2016**. pp. 24-31. ABIA. Disponível em: <http://abiains.org.br/mito-vs-realidade-sobre-resposta-brasileira-epidemia-de-hiv-e-aids-em-2016/29228>. Acesso em: 13 Jan 2019.

PARKER, R. **A reinvenção da prevenção no século XXI: o poder do passado para reinventar o futuro**.p. 13-22. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS. **Boletim ABIA**. Dezembro de 2016. nº 61. <http://abiains.org.br/boletim-abia-61/29629>

PELÚCIO, L.; MISKOLCI, R. **A prevenção do desvio: o dispositivo da aids e a repatologização das sexualidades dissidentes.** Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana, núm. 1, 2009, pp. 125-157. Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos. Rio de Janeiro, Brasil. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293322961007>. Acesso em: 03 nov 2018.

PEREIRA. P. A. P., **POLÍTICA SOCIAL: temas e questões.** 3ª edição. São Paulo: Cortez. 2011.

REIS, Toni. **POPULAÇÃO LGBT** In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Histórias da luta contra a AIDS.** Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

REVISTA FÓRUM. Fábio Mesquita. Disponível em: <https://www.revistaforum.com.br/fabio-mesquita-deixa-ministerio-da-saude-dstaidshepatites-virais/>. Acesso em: 14 nov 2018.

SEFFNER, F. MÚSCARI, M. **PRESENÇA RELIGIOSA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ENFRENTAMENTO À AIDS NO BRASIL: UM ESTUDO DE CASO.** 2012. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/SexualidadSaludySociedad/article/view/29/26>

UNAIDS. **Avaliação dos Cursos de novas lideranças das populações-chave visando o controle social do Sistema Único de Saúde no âmbito do HIV/AIDS e da iniciativa Força-Tarefa Jovens Lideranças Zero Discriminação.** 2017. Disponível em: <https://unaid.org.br/2017/12/para-novos-desafios-novas-liderancas-avaliacao-dos-cursos-de-jovens-liderancas-de-populacoes-chave-em-hiv-e-aids/>. Acesso em: 05 Nov. 2018.

UNAIDS. **Jovens da região Nordeste participam de nova etapa da Oficina de Prevenção Combinada, em Natal.** 2017. Disponível em: <https://unaid.org.br/2017/11/jovens-da-regiao-nordeste-participam-de-nova-etapa-da-oficina-de-prevencao-combinada-em-natal/>. Acesso em: 05 Nov. 2018.

UNAIDS. **Oficina aborda resposta ao HIV entre a população jovem negra.** 2016. Disponível em: <https://unaid.org.br/2016/06/oficina-aborda-resposta-ao-hiv-entre-populacao-jovem-negra/>. Acesso em: 05 Nov. 2018.

TERTO JR. V.; BELOQUI, J. **A prevenção à AIDS no governo Dilma e a censura dos vídeos da campanha do Carnaval de 2012.** Disponível em: <http://www.clam.org.br/destaque/conteudo.asp?inford=9212&sid=4> Acesso em: 20 set 2018.

VILLELA, W.V. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS. **Boletim ABIA nº 60.** O retorno do vírus ideológico. 2015. Disponível em: <http://abiaids.org.br/boletim-abia-60/28270> . Acesso em: 18 nov 2018.

WOLFFENBÜTTEL, K.; CARNEIRO, N. **Uma breve história dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) enquanto organização tecnológica de prevenção de DST/Aids no Brasil e no estado de São Paulo Saúde**. Coletiva, vol. 4, núm. 18, bimestral, 2007, pp. 183-187. Editorial Bolina. São Paulo, Brasil Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros\\_testagem\\_aconselhamento\\_brasil.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_testagem_aconselhamento_brasil.pdf) Acesso: 13 set 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report on global sexually transmitted infection surveillance**, 2018 ISBN 978-92-4-156569-1 Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277258/9789241565691-eng.pdf?ua=1>. Acesso 19 nov 2018.

UNAIDS. **MILES TO GO**. Disponível em: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/miles-to-go\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/miles-to-go_en.pdf). Acesso em: 30 jan 2019.

UNAIDS. **HIV Prevention 2020**. Disponível em: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/hiv-prevention-2020-road-map\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-prevention-2020-road-map_en.pdf). Acesso em: 30 jan 2019.