UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

OSÉIAS CERQUEIRA DOS SANTOS

A invenção de uma epidemia: AIDS, Direitos Humanos e os grupos mais atingidos.

São Paulo
Fevereiro de 2015

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Oséias Cerqueira dos Santos

Dissertação a ser apresentada à banca avaliadora como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública.

Área de Concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade

Orientador: Professor Doutor Rubens Camargo Ferreira Adorno

São Paulo
Fevereiro de 2015

Disto tenho orgulho, do direito à resistência.
Aquele que não se leciona nas salas de aulas,
mas que há muito se aprende e se ensina na
senzala, no gueto e na favela.

(Oséias Cerqueira)

Agradecimentos

Agradeço a todos os meus antepassados. Ao suor e à resistência de meus avós analfabetos que me permitiram ler as estrelas e escrever meu próprio caminho.

A minha mãe, por existir. Tudo teria valido a pena pelo privilégio de te chamar de mainha.

A meu pai, por me ensinar a ser orgulhoso e reconhecer o talento do outro. O senhor me criou para diversidade e aqui estou vivendo e falando dela.

A Isaías, meu mais velho irmão, meu pai, meu filho.

A Gessé, o do meio, por dividir comigo o aprendizado da amizade ainda na infância.

A Otinho e Thaissa, meus sobrinhos amados, por renovarem os meus sonhos.

A Nane, pelo acolhimento, generosidade e sinceridade com quem tem me tratado todos esses anos. Aliás, tenho seguindo sua trajetória desde o CEFET Bahia, passando pelo UFBA e, se há USP na minha vida, é porque você desbravou o caminho primeiro.

A Selma, por ter apostado em meu futuro antes de mim.

A família GAPA BAHIA por me ensinar que, para ser um bom profissional, é preciso preservar a sensibilidade.

Agradeço ao CEFET Bahia por ter me permitido o contato com seres tão iluminados e inteligentes. Aos meus eternos amigos Verena, Iris, Rose, Léo,

Tássia Maria, por terem enchido a minha adolescência de esperança. Aos meus professores por me ensinarem a viver.

A UFBA pelos obstáculos que me ensinou a superar. Aos meus companheiros de caminhada que não me deixaram sucumbir diante das adversidades. A Thai pelo apoio e intenso afeto. A Gabi Sá pela ternura. Ao SAJU, a Multirão, a Mandacarú e a galera do “bem-ou-mal” por me ajudarem a amar o Direito.

Ao professor Samuel Vida, por ser o corpo preto e não deixar a minha trajetória na Universidade passar em branco.

Agradeço aos meus amigos, vizinhos e companheiro de CRUSP. Em especial a Tânia por ser meu superego. A Vivi, Alan, Bruno, Valéria pelas muitas discussões produtivas.

Agradeço a Matheus e Flávia, por me permitirem conviver com o Jorginho e por serem tão brilhantes e afetuosos.

Agradeço aos meus colegas de orientação, em especial ao Liandro por todo esforço e ajuda inicial. Ao Didz por ser parceria de todas as horas e lugares. A Selma, Letícia, Tica, Josué e Thiago pela solidariedade.

Agradeço aos meus companheiros de luta da Rede Nacional de Jovens Vivendo com AIDS e da Rede Latino-americana e Caribenha de Jovens Vivendo com AIDS. Em especial a Micaela por ser a cura em um mundo doente.

Agradeço ao CNPQ pela bolsa de fomento à pesquisa, sem a qual não existiriam condições materiais para a realização deste trabalho.

Ao professor Rubens por toda a sua sensibilidade. Costumo dizer que é sorte minha te ter na minha vida. Obrigado pelo empréstimo de seus ouvidos para minhas inquietações. Sou infinitamente grato ao universo por te conhecer e

conviver com um ser humano tão generoso e que preza pela autonomia e liberdade dos que o cercam.

Agradeço e dedico a cada um de vocês a parte que cabe neste trabalho e em meu coração.

Resumo

Este trabalho se compõe a partir de etnografia documental e estudo social-epidemiológico voltado à compreensão dos processos sociais, jurídicos e históricos que permeiam as infecções pelo HIV entre os grupos mais atingidos,

Para tanto, buscou-se a análise e interpretação de dados “oficiais”. Tendo como a principal clivagem a operacionalização de variáveis estatísticas como forma de identificação daqueles que são mais “vulneráveis” à epidemia.

Além disso, o trabalho tenta visibilizar os processos históricos de luta por direitos humanos e visibilidade dentro do contexto da epidemia de AIDS e suas consequências para o campo da Saúde Pública.

Palavras Chave: HIV/AIDS, Direitos Humanos, epidemiologia, vulnerabilidade, biopolítica.

Abstract

This work is composed from documentary ethnography and social-epidemiological study aimed at understanding the social, legal and historical processes that permeate HIV infections among the groups most affected.

Therefore, we sought to the analysis and interpretation of "official" data, having as the main cleavage operationalization of statistical variables as a way to identify those that are more "vulnerable" to the epidemic.

In addition, the work attempts to make visible the historical processes of struggle for human rights and visibility within the context of the AIDS epidemic and its consequences for the field of Public Health.

Keywords: HIV / AIDS, Human Rights, epidemiology, vulnerability, biopolitics

Relação de Siglas e abreviaturas

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Humana

OMS – Organização Mundial da Saúde

HSH- Homens que fazem sexo com homens

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

LGBT – Lésbicas Gays Bissexuais e Transgêneros

PCAP - Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas

NEPAIDS – O Núcleo de Estudos para a Prevenção da AIDS

ONU- Organizações das Nações Unidas

PEP – Profilaxia Pós-exposição

PreP – Profilaxia Pré-exposição

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

OMS – Organização Mundial da Saúde

ADPIC - Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados
ao Comércio

Relação de gráficos e figuras

Figura I – Estimativa de adultos e Crianças vivendo com HIV em 2013 ...

Gráfico 1 – Distribuição percentual dos casos de aids segundo raça/cor por ano de diagnóstico no Brasil

Gráfico 2 – Taxa de detecção de AIDS (por mil habitantes) segundo região de residência país por ano de diagnóstico

Gráfico 3 - Número estimado de infecções nos Estado Unidos entre as subpopulações mais atingidas, 2010

Figura 2 – A importância da localização das populações

Gráfico 4 – Distribuição de novas infecções e população dos Estado Unidos por grupos étnicos., 2007 a 2010

Gráfico 4 – Distribuição de novas infecções e população dos Estado Unidos por grupos étnicos., 2007 a 2010

Gráfico 5 – Prevalência de HIV entre trabalhadoras sexuais em comparação com a população feminina em geral no Marrocos.

Gráfico 6 - Prevalência de HIV entre gays e outros homens que fazem sexo com homens na América Latina, 2009 – 2013

Gráfico 7 – Taxa de incidência de AIDS (por 100 mil habitantes) em jovens de 15 a 24 anos por sexo e ano de diagnóstico no Brasil entre 1985 a 2010

Gráfico 8 – Número de casos de AIDS entre jovens de 15 a 24 anos e razão dos sexos segundo ano de diagnóstico. Brasil de 1985 a 2010

Gráfico 8 – Número de casos de AIDS entre jovens de 15 a 24 anos e razão dos sexos segundo ano de diagnóstico. Brasil de 1985 a 2010

Gráfico 9 – Distribuição percentual dos casos de AIDS em homens de 13 anos ou mais segundo categoria de exposição por ano de diagnóstico, Brasil, 2004 a 2013

Gráfico 10 – Proporção de casos de AIDS entre homens de 15 a 24 anos, segundo categoria de exposição e ano de diagnóstico. Brasil de 1985 a 2010

Figura 3 – A escolha

Figura 4 – Resumo das recomendações da OMS para populações-chave

Figura 5 – Facilitadores críticos para as populações-chave

Figura 6 – recomendações da OMS sobre facilitadores críticos para populações-chave

Figura 7 – Metas para tratamento

Figura 8 – Cobertura global da TARV em 2013

Figura 9 – Cascata de cuidados contínuos, Brasil, 2013

Figura 11 – Deixados pra trás

Figura 12 - Aprovação de Resolução sobre Direitos Humanos de LGBT

Sumário

1. Introdução.....	13
1.2. Entre o acaso e a sorte.....	13
1.3 Justificava.....	17
1.4 Objetivo geral.....	18
1.5 Objetivos específicos.....	19
1.6. Metodologia.....	19
1.7 Natureza e análise dos dados.....	20
1.8 Aspectos éticos.....	21
 2. Um míssil direcionado à desigualdade.....	22
2.1. Essa epidemia não é nossa: AIDS e os grupos atingidos.....	29
2.3 Como calcular uma epidemia: Ciência, AIDS e as ditas populações-chave	36
 3. O contexto brasileiro: a invenção de uma epidemia concentrada.....	45
3.1 Uma epidemia para além dos números.....	51
3.2. A resposta brasileira e as populações-chave: identificar pra que?..	54
3.3 Identificar para medicalizar?.....	58
3.4.1 - Medicamentos como prevenção: o Brasil saiu na frente.....	66
3.4.2 - 90, a década que não acabou.....	68
3.4.3 O lucrativo mercado da morte: indústria farmacêutica, sistema de patentes e medicalização.....	69

4. Da opressão à resistência: interfaces entre saúde pública e direitos humanos.....	72
4.1 Contra as margens de uma epidemia: Intersecção entre Saúde Pública e Direitos Humanos na epidemia de AIDS.....	78
5.1. Entendendo os impactos do estigma e da discriminação no contexto da epidemia de Aids.....	88
5.2 Estigma: conceituações e aplicabilidades ao campo da sexualidade e gênero.....	91
5.3 A não-discriminação como proteção a grupos e minorias.....	97
5.4 Direito à prevenção: a tutela do direito à saúde e os jovens gays.....	103
6. Tratados e Convenções: do descumprimento à utilização como ferramenta útil à emancipação.....	108
7. Considerações finais.....	112

1. Introdução

1.2 Entre o acaso e a sorte

“Uma das coisas que aprendi é que se deve viver apesar de. Apesar de, se deve comer. Apesar de, se deve amar. Apesar de, se deve morrer. Inclusive muitas vezes é o próprio apesar de que nos empurra para frente. Foi o apesar de que me deu uma angústia que insatisfeita foi a criadora de minha própria vida.”¹

A frese, de Clarice Lispector, faz parte da literatura que apreciava em 2008, quando, aos 21 anos, descobri que era mais um número nas estatísticas. Na angústia inevitável dos dias iniciais, lia e relia a frase que, aos poucos, rascunhou sua verdadeira semântica. Aquela que se traduz na praxe, que nos permite entender que um número pode não ser só um número. Por detrás das estatísticas existem pessoas e histórias reais.

O diagnóstico positivo para HIV trouxe consigo um processo de questionamento que se inicia com “por que comigo?”, mas que, gradativamente, se transforma em “o que pode ser feito através de mim?”. Aos poucos, fui entendendo que o “apesar da AIDS” me era tão inevitável, quanto inerente!

De repente, eu, um estudante de Direito da Universidade Federal da Bahia, morador da periferia de Salvador, homossexual, evangélico, filho de pai carregador na Feira de São Joaquim e mãe empregada doméstica, me via contagiado por inteiro e sentia circular em cada artéria e veia um vírus com grande poder transformador: a indignação!

¹ Clarice Lispector, extraída da obra “Uma aprendizagem ou um livro dos prazeres”

De um corpo com marcas da desigualdade de raça, de gênero, de classe, de geração nascia um desejo: lutar contra os processos históricos de desvalorização das identidades que interferem nas possibilidades de vida e desqualifica as respostas frente a epidemia de AIDS.

O silêncio nunca foi uma opção, para mim era preciso gritar que apesar da morte, estou vivo (vivíssimo!). Sou de carne, osso e sangue vermelho. Uma pessoa positiva em um mundo impositivo e, com HIV, é possível, necessário e prazeroso viver, questionar, transformar.

Quanto a morrer, não morri: sei que a AIDS pode me matar, mas sei melhor que o preconceito e a discriminação podem ser mortíferos. Quando morrer que a morte seja leve, mas não me vou deixar matar pelos preconceitos. Estes matam em vida, de morte civil, a pior morte. Querem matar os doentes de AIDS condenando-os à morte civil. Por isto, desobediente procuro reafirmar que estou vivíssimo. Meu problema, como o de milhares de outros doentes, não é reclamar mais fáceis condições de morte, mas reivindicar melhor qualidade de vida. (DANIEL, 1994, p.9)

Um mês depois de descobrir o HIV, me engajei no movimento de luta contra a AIDS e, com apoio de amigos e familiares, dei cara, voz, corpo, cor, nome e sobrenome à luta contra a epidemia de preconceito.

A academia poderia ser mais um eco: uma forma de aperfeiçoar minha atuação como ativista. Ainda no curso de Direito decidi escrever sobre a epidemia de AIDS, juventude e sua relação com direitos humanos como trabalho de conclusão de curso e quando prestei seleção para o mestrado na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo meu tema de pesquisa, por sorte e não por acaso, não podia ser outro.

Lembro-me do dia que fui entrevistado pelo Professor Rubens Adorno, meu orientador, e expressei exatamente os motivos que me levavam a postular a entrada no Mestrado. Aquele foi o primeiro contato de uma parceria que, nos dois últimos anos, foi cultivada com muito diálogo, respeito e, acima de tudo, afeto.

Deixei a Bahia e São Paulo passou a ser cenário de novas e velhas angústias que, paulatinamente, foram construindo o trabalho que ora lhes apresento, partindo do pressuposto que, antes de serem subjetivas as inquietações, são estruturantes da produção científica. Não de uma ciência ensimesmada e auto teorizadora, mas a que se preocupa com as relações contraditórias que se insurgem no âmago da sociedade. (Gustin e Dias, 2002)

Aliam-se, assim, ciência e subjetividade, em intercâmbios de preocupações e objetivos que não existem anterior ou exteriormente aos indivíduos, mas que, partindo deles, se materializa em atuação política que transforma a realidade. Afasta-se a pretensão de neutralidade e, a produção científica passa a ser (também) política. (ECO, 2009)

Partindo dessa premissa, este trabalho pode ser considerado fruto de um processo de questionamento e indignação oriundos da vivência da sexualidade contra hegemônica e da AIDS na juventude; do trabalho realizado na Assessoria Jurídica e na Área de Promoção aos Direitos Humanos do Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS da Bahia e da atuação como ativista no movimento de luta contra a AIDS e de juventude.

1.3 Justificava

Ao longo de três décadas houveram debates intensos e acalorados e muito se produziu, inclusive em termos científicos, sobre os grupos mais atingidos pela AIDS. Apesar da vasta produção, a trajetória histórica que epidemia vem delineando ao longo dos anos traz recorrentemente a discussão sobre grupos que, desde o início dos anos 1980, estão no cerne das respostas à epidemia: homossexuais, usuários de drogas, trabalhadores sexuais, travestis e transexuais, etc.

Em 2014, pela primeira vez, falou-se em fim da AIDS e o caminho traçado pelos organismos internacionais passa necessariamente por estratégias de “contenção” em grupos mais atingidos. (WHO, 2013; UNAIDS 2013, UNAIDS 2014). No contexto brasileiro não é diferente, o retrospecto das políticas públicas no campo de HIV desvela um enfoque contínuo em grupos específicos, todavia, o prospecto para os próximos anos sinaliza para um acirramento desse processo.

A atual a discussão sobre os impactos de uma suposta epidemia “concentrada” e, sobretudo, sobre os contextos e determinantes sociais e políticos que levam determinadas populações a estarem perenemente no foco das respostas que são construídas visando a “contenção” da AIDS, mostram-se não só atuais, como indispensáveis.

Neste sentido, pretende-se, com esse trabalho, realizar um estudo sobre o atual perfil global e brasileiro da epidemia, sempre visibilizando intersecções e intercâmbios entre ambos, tendo como foco as populações mais atingidas, as ditas populações-chave², em especial, a

² O conceito de populações chave será problematizado doravante.

populações que a epidemiologia alcançou de jovens gays e outros homens que fazem sexo com homens.

Também será realizado um estudo sobre as respostas construídas no Brasil à epidemia a partir das novas recomendações da Organização Mundial da Saúde, do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre AIDS e da utilização de novas tecnologias, inclusive o uso dos medicamentos como prevenção.

Em seguida, buscar-se-á evidenciar os processos de interação entre direitos humanos e saúde pública na epidemia de AIDS e suas consequências, dentre as quais, o processo de questionamento do conceito de risco e as práticas que nele se embasavam, a identificação do estigma e do preconceito como contraproducentes e, em consequência, o desenvolvimento de um novo enfoque sobre as infecções pelo HIV pautado na garantia de direitos.

Por último, será evidenciado de que forma os contextos históricos de estigma e discriminação influenciam na exposição ao HIV. Para tanto, será feita uma abordagem dos estudos sobre o estigma e a discriminação com base na orientação sexual, bem como um delineamento da responsabilidade do Poder Público em garantir o direito à prevenção através de políticas sociais e econômicas, apontando algumas conclusões e possibilidades de abordagem do problema.

1.4 Objetivo geral

A presente pesquisa tem por objetivo geral analisar a atuação do Poder Público e Organismos Internacionais frente aos processos sociais que permeiam as infecções pelo HIV entre os grupos mais atingidos, entendendo de que forma os contextos históricos de estigma e discriminação nos quais estas populações estão inseridas influenciam na suscetibilidade à infecção pelo HIV.

1.5 Objetivos específicos

- a. Analisar documentos e dados referentes incidência da epidemia, diretrizes e recomendações sobre AIDS no contexto global e no Brasil;
- b. Estudar o marco legal no direito brasileiro e tratado internacionais da responsabilidade do Poder Público de executar políticas de prevenção à AIDS;
- c. Identificar avanços e lacunas da atuação do Poder Público frente aos indicadores epidemiológicos das populações mais atingidas no Brasil.

1.6. Metodologia

O presente trabalho abordou, diante de uma coordenação entre partes, conteúdos teóricos da Epidemiologia, Antropologia, Direitos Humanos; Sociologia Jurídica; Direito Constitucional e Direito Internacional.

Para tanto foi adotada uma linha crítica-metodológica, baseada na teoria crítica da realidade e na tese argumentativa. Dessa linha depreende-se a vertente metodológica utilizada é jurídico-sociológica que parte-se do direito como uma variável dependente da sociedade e se preocupa com a facticidade do Direito e com as relações contraditórias que estabelece com o próprio Direito e com os demais campos: sociocultural, político e antropológico.” (Gustin e Dias, 2002).

O passo inicial da pesquisa será a construção histórica e política dos núcleos do tema por meio de uma abordagem histórica sobre os grupos mais atingidos pela AIDS, o segundo a configuração da responsabilidade Estatal e, a análise da atuação do Poder Público em resposta à epidemia a partir da utilização de estudo social-epidemiológico. A utilização dessa metodologia visa fomentar a discussão sobre as mais diversas perspectivas frente ao problema de investigação.

Neste sentido, foi realizada pesquisa documental na qual o pesquisador analisou dados referentes à suposta “concentração” da epidemia de AIDS em grupos específicos, enfatizando o grupo que a epidemia convencionou denominar jovens gays e outros HSH. Buscou-se trazer à discussão sobre o perfil epidemiológico da epidemia de AIDS no Brasil e no contexto global em confronto com as políticas, diretrizes e recomendações voltadas à prevenção e “contenção” de epidemia.

Por fim, todo o material foi analisado e interpretado a partir de pesquisa teórica baseada em revisão bibliográfica dos principais temas envolvidos. Nessa perspectiva, foi feita uma abordagem dos estudos sobre o estigma e a discriminação com base na orientação sexual e seus reflexos na (acentuação da) exposição ao HIV, bem como um delineamento da responsabilidade (jurídica e social) do Poder Público em garantir o direito à prevenção através de políticas sociais e econômicas.

1.7. Natureza e análise dos dados

Nessa pesquisa, almeja-se utilizar dados secundários e terciários e pesquisa etnográfica. Como fonte de dados serão utilizados documentos “oficiais” elaborados pelos órgãos governamentais, agências internacionais e intergovernamentais e tratados internacionais, etc. que tratam ou se relacionam com as políticas de AIDS voltadas aos grupos mais atingidos.

Todavia, por detrás de uma pretensa oficialidade, pode haver uma intencionalidade de legitimar um discurso “oficioso”. Os dados são produzidos a partir da atuação estatal que não goza de ubiquidade, ao contrário, tem alcance restrito e limitado, inclusive pelo seu interesse de agência que é permeado pela (re) produção de margens e fronteiras que lhe são inerentes, tal qual a exceção é um componente necessário da regra. (Das e Poole 2004; Aganbem, 2003)

Tendo como ponto de partida essa premissa, os dados serão apresentados doravante, sempre com indicação de suas fontes, todavia, serão interpretados e problematizados, levando sempre em consideração aspectos qualitativos, em detrimento da análise meramente quantitativa.

1.8. Aspectos éticos

A presente pesquisa foi baseada em estudos teóricos e etnografia documental, não havendo a necessidade de emissão de parecer específico do Comitê de Ética, em conformidade com a resolução CNS 196 de 1996.

2. Um míssil direcionado à desigualdade

“All we wanna say is that: They don’t really care about us.”

(Michael Jackson)

No início da década de 80, começou a ganhar visibilidade uma (pan) epidemia que transformaria definitivamente o mundo. A AIDS³ (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) disseminou-se a nível global juntamente com o clima de pânico e terror.

Sob a égide do medo, os primeiros anos da epidemia foram marcados pela germinação e crescimento de mitos que, até hoje, mais de trinta anos depois da notificação dos primeiros casos, produzem efeitos no imaginário social sobre a epidemia e influenciam nas respostas governamentais e sociais construídas no seu enfrentamento.

O primeiro grande mito diz respeito à ideia de que a AIDS é uma doença dos ricos. A partir do surgimento de casos nos países do, então (auto) denominado, primeiro mundo, sobretudo em grandes cidades como Nova Iorque, Paris e São Francisco, ganhou força a ideia de que a AIDS era uma doença restrita aos grandes centros urbanos, sobretudo em metrópoles globalizadas.

Em 1983, a Organização Mundial da Saúde - OMS - em seus dois primeiros memorandos sobre a epidemia afirmou que não havia necessidade de intervenção da Organização, tendo em vista que a

³ A AIDS é um conjunto de sinais e sintomas (síndrome) e tem como causa a ação do HIV (Vírus da Imodeficiência Humana) que atua destruindo as células de defesa (CD4) fragilizando o organismo e tornando o indivíduo mais suscetível a diversas doenças infecciosas.

maioria dos pacientes se concentrava em alguns dos países mais ricos do mundo, supostamente dotados de estrutura técnica, conhecimento científico e recursos financeiros para responder à epidemia (Mann, Tarantola e Netter, 1993).

Torna-se útil salientar que, embora haja registros de casos de adoecimento com sintomatologia semelhante ao que posteriormente se denominou AIDS em outras regiões do mundo, por exemplo, no Haiti, e em momento anterior ao início dos anos de 1980, somente a partir da concentração de casos em países como Estados Unidos e França é que a epidemia começou a ganhar visibilidade e passou a ser considerada como um problema global.

In Haitian medical cummunit, few doubted that patients were ill with AIDS as a recently defined CDC. There were, by the time of the AMH conference, twenty cases of Kaposi's sarcoma and more sixty otherwise unexplained opportunistic infections. Using CDC criteria, Haitian researchers diagnosed a total of sixty-one cases of AIDS between june 1979 and octuber 1982. (Farmer,1992 p. 126)

Já no final da primeira década de epidemia ficou evidente que a AIDS não respeitava as fronteiras entre o primeiro e o terceiro mundo, entre Sul e Norte, entre países desenvolvidos, subdesenvolvidos ou em desenvolvimento; ao contrário, a AIDS, como qualquer outra epidemia não é doença de ricos, mas potencializada pela desigualdade e pela miséria.

Em 1985, começaram a aparecer indícios de que a AIDS era um problema global. Até o final da década de 80 a primeira imagem errônea da pandemia foi corrigida: mostrou-se que a AIDS era cada vez mais uma doença de pobres e não de ricos, 'um míssil direcionado à miséria (Mann, Tarantola e Netter, 1993).

A dualidade “desenvolvimento” versus “subdesenvolvimento” contribui para que as estatísticas globais de HIV sejam assustadoramente díspares. (Lopes, 2003). Num período histórico muito pequeno uma relação de proporcionalidade inversa ficou estabelecida entre os índices de infecção pelo HIV e a capacidade de investimento econômico (Mann e Tarantola, 1996).

O mapa da epidemia de AIDS mundial passou a confundir-se com o mapa da miséria e as regiões mais pobres do mundo concentram os números mais preocupantes da epidemia e, mesmo nos países inicialmente afetados pela epidemia, o perfil atual da epidemia tornou-se a imagem e semelhança das desigualdades econômicas internas se concentrando nos bolsões de pobreza.

Ao mesmo tempo em que se espalha geograficamente, a epidemia reitera sua tendência à pauperização, difundindo-se mais rapidamente em **países pobres** e periferias e bairros pobres das grandes cidades, mesmo entre nações ricas. (Ayres, França Jr. e Calazans, 2003)

Para ilustrar o impacto da pobreza na epidemia de AIDS, segundo dados do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS⁴ (UNAIDS, 2014) no ano de 2013, com aproximadamente 2% da população mundial, a África Subsaariana concentrava cerca de 24.7 milhões infectadas, o que corresponde a 71% do total global ou mais de dois-terços de todas as pessoas vivendo com HIV/Aids no mundo.

⁴ Faz-se mister problematizar os dados que são divulgados pelo UNAIDS, vez que a metodologia utilizada para sua consecução utiliza banco de dados e informações “oficiais” produzida pelo Estados e, não reflete a realidade, mas são limitados pelo alcance e intencionalidade da atuação estatal.

Figura I – Estimativa de adultos e crianças vivendo com HIV em 2013 ⁵

Adults and children estimated to be living with HIV | 2013

No contexto local da epidemia ocorreu um fenômeno similar. O perfil dos primeiros indivíduos infectados no Brasil era basicamente constituído por pessoas da região sudeste (Rio de Janeiro e São Paulo) que tinham realizado viagens internacionais ou morado em grandes metrópoles dos Estados Unidos e da Europa.

A epidemia chega aos trópicos ainda como uma doença estrangeira ou, no mínimo, cosmopolita. Ser homem, branco, urbano e de um perfil que obviamente representava o pertencimento às classes mais abastadas do país significava maior possibilidade de infecção pela epidemia insurgente. (Lopes, 2003)

⁵ FONTE: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. Global report: UNAIDS / JC2502/1/E”- Revised and reissued, November 2013

Em 1983, os primeiros casos de pessoas infectadas com o vírus HIV são diagnosticados em São Paulo, e como as pessoas haviam viajado para outros países, a AIDS continuou sendo considerada uma doença estrangeira. Os primeiros casos brasileiros são de homens, homossexuais, brancos, **de classe média ou alta, residentes da região sudeste do país**. Nesse primeiro momento a AIDS é caracterizada no Brasil como uma doença predominantemente urbana, masculina, homossexual e **das elites**. (Miranda, 2006)

Com o decorrer do tempo, fenômenos como a *pauperização*⁶ e a *racialização*⁷ passaram a imprimir seus contornos no mapa da AIDS no Brasil. Aos poucos, a epidemia concentra-se nos bolsões de pobreza e atinge cada vez mais os que se autodeclaram negros e pardos (Lopes, 2003). As estimativas “oficiais” apontam que cerca de 55% das pessoas vivendo com AIDS no Brasil em 2013 se autodeclararam negras ou pardas.

⁶ Termo utilizado para designar a tendência da epidemia de atingir os mais pobres.

⁷ Termo utilizado para designar o fenômeno de disseminação da epidemia de AIDS entre a população afrodescendente

Gráfico 1 – Distribuição percentual dos casos de aids segundo raça/cor por ano de diagnóstico no Brasil⁸

Se no início da década de oitenta os grandes centros urbanos, figuravam no foco da epidemia, logo houve uma *interiorização*⁹ da epidemia atingindo grandes e pequenas cidades em todas as regiões do país. Apesar de ainda atingir de maneira mais severa a região Sudeste, atualmente a epidemia está distribuída em todo país, sendo que a região Sul apresenta altas taxas de detecção de HIV há mais de uma década e a Região Norte apresenta claras tendências de crescimento da epidemia.

⁸ FONTE: Ministério da Saúde/SVS – Departamento Nacional de AIDS e Hepatites Virais. Boletim epidemiológico 2014 – AIDS e DST. Disponível em: www.AIDS.gov.br. Acesso em 05 de dezembro de 2014

⁹ Termo utilizado para designar o fenômeno de disseminação da epidemia de AIDS a partir dos grandes centros urbanos para o interior.

Gráfico 2 – Taxa de detecção de AIDS (por mil habitantes) segundo região de residência país por ano de diagnóstico¹⁰

Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

Nota: (1) Casos notificados no Sinan e Sisrel/Siclam até 30/06/2014 e no SIM de 2000 até 2013.

¹⁰ FONTE: Ministério da Saúde/SVS – Departamento Nacional de AIDS e Hepatites Virais. Boletim epidemiológico 2014 – AIDS e DST. Disponível em: www.AIDS.gov.br. Acesso em 05 de dezembro de 2014

2.1. Essa epidemia não é nossa: AIDS e os grupos atingidos

O segundo grande mito diz respeito aos grupos populacionais atingidos pela AIDS. Como grande parte dos casos diagnosticados nos primeiros anos da epidemia se concentrava em grupos populacionais específicos e as principais vias de transmissão são a sexual e a sanguínea, de pronto, homossexuais, usuários de drogas endovenosas, haitianos¹¹ e profissionais do sexo foram apontados como responsáveis pelo “mal do século”.

Não demorou muito e percebeu-se que não havia não exclusividade deste ou daquele grupo, mas que processos históricos de desigualdade e opressão imprimem seus contornos no mapa contemporâneo da epidemia atingindo de maneira diferenciada grupos específicos no Brasil e no mundo.

Com o passar do tempo ficou provado que a AIDS não é uma doença exclusiva de qualquer grupo específico, entretanto, ao longo das três décadas de epidemia os contextos mais diversos de preconceito, estigma, opressão e desigualdade dão contornos ao mapa da epidemia de AIDS global e local. Quer estejamos falando sobre formas de opressão sexual, discriminação que têm sido associadas com comunidades de homens que fazem sexo com homens, ou profissionais do sexo, a marginalização e criminalização dos usuários de drogas injetáveis, as relações de poder e gênero que tem sido associada à

¹¹ Durante os anos iniciais da epidemia os haitianos foram identificados como grupo de risco, provavelmente em função dos rituais de vudu, comércio clandestino de sangue, e práticas sexuais entre homens envolvendo o turismo sexual de estadunidenses ao Haiti. O Haiti era o principal fornecedor de sangue, aumentando o estigma em relação às pessoas deste país.

infecção pelo HIV entre mulheres, ou a injustiça econômica que tem sido associada à epidemia entre os pobres (tanto nos assim chamados países desenvolvidos, como no mundo subdesenvolvido), a opressão e a desigualdade tem sido as forças mais poderosas a definir a epidemia de HIVAIDS em todo o globo (Parker, 2000, p120)

Em diversos países do mundo existem grupos específicos como mulheres, homossexuais, travestis e transexuais, jovens, pessoas privadas de liberdade, negros, imigrantes, pessoas que usam drogas e trabalhadores sexuais cujos índices de infecção pelo HIV são elevados (UNAIDS, 2014).

De acordo com dados divulgados pelo UNAIDS, a prevalência mundial de HIV é de 0,7%, em usuários de drogas injetáveis esse índice sobe para 13%, 6% em HSH¹² (homens que fazem sexo com homens) e em 3% em trabalhadores sexuais.¹³

¹² HSH (homens que fazem sexo com homens) é um termo consolidado na epidemiologia para designar pessoas que se relacionam sexualmente com pessoas do mesmo sexo em detrimentos de aspectos identitários e de conformação mais subjetivas do comportamento sexual.

¹³ FONTE: UNAIDS. The Gap: UNAIDS / JC2656 (English original, July 2014, updated September 2014)

Figura 2 – A importância da localização das populações ¹⁴

¹⁴ FONTE: UNAIDS. The Gap: UNAIDS / JC2656 (English original, July 2014, updated September 2014)

Ainda segundo o programa da ONU¹⁵, na África Subsaariana, que concentra os maiores números de mortes e pessoas infectadas pelo HIV de todo o planeta, a situação se agrava ainda mais quando se trata das mulheres e meninas. Cerca de 58% das pessoas vivendo com AIDS na região são do sexo feminino.

Na contramão dessa realidade, enquanto 67% dos homens recebem terapia antirretroviral, quando se refere às mulheres esse número diminui para 57%. Tal fenômeno reflete a situação de desigualdade social, legal, econômica e no acesso aos serviços de saúde, na qual as mulheres estão inseridas naquela região.

The issues faced by women — gender-based violence including sexual abuse, lack of access to education and health services, as well as social protection and how they cope with these inequities and injustices—determine how able they are to protect themselves from HIV or to access antiretroviral therapy` (UNAIDS, 2014, p.36)

Já no Leste Europeu e Ásia Central a epidemia se “concentra” nos usuários de drogas injetáveis. O UNAIDS¹⁶ estima que existam 2.7 milhões de pessoas que usam drogas injetáveis vivam com AIDS na Região. Na Rússia, por exemplo, a prevalência de HIV nessa população é de até 31%, enquanto que somente 4% dos usuários drogas infectados têm acesso ao tratamento com antirretrovirais no país.

¹⁵ FONTE: UNAIDS. The Gap: UNAIDS / JC2656 (English original, July 2014, updated September 2014)

¹⁶ FONTE: UNAIDS. The Gap: UNAIDS / JC2656 (English original, July 2014, updated September 2014)

Trazendo ao escopo de análise o contexto dos Estados Unidos da América, populações como a de homens que fazem sexo com homens, latinos, mulheres, usuários de drogas injetáveis, segundo os dados oficiais, apresentam números expressivos de infecções ao HIV, todavia não possível ignorar o componente racial imbricado na epidemia daquele país.

Gráfico 3 - Número estimado de infecções nos Estado Unidos entre as subpopulações mais atingidas, 2010¹⁷

Para ilustrar o impacto da epidemia de AIDS no que se refere à raça¹⁸, com apenas 13,2% da população, estima-se que a população de

¹⁷ FONTE: UNAIDS. The Gap: UNAIDS / JC2656 (English original, July 2014, updated September 2014)

negra concentre 46% dos casos contabilizados pelas estatísticas oficiais de AIDS no país. Das 1.1 milhões de pessoas vivendo com HIV no país, 506.000 são afrodescendentes. O mapa abaixo ilustra a situação ao confrontar a composição da população americana em termos de raça com o modo como a epidemia atinge os grupos étnicos.

Gráfico 4 – Distribuição de novas infecções e população dos Estados Unidos por grupos étnicos. 2007 a 2010¹⁹

A situação se agrava em termos de acesso à saúde da população negra vivendo com HIV, no que se refere às mortes por AIDS no país no ano de 2010²⁰, essa população apresentou um número de 11.6 mortes

¹⁸ FONTE: UNAIDS. The Gap: UNAIDS / JC2656 (English original, July 2014, updated September 2014)

¹⁹ FONTE: UNAIDS. The Gap: UNAIDS / JC2656 (English original, July 2014, updated September 2014)

²⁰ FONTE: UNAIDS. The Gap: UNAIDS / JC2656 (English original, July 2014, updated September 2014)

por 100 000, enquanto que na população latina esse número é 2.8 mortes por 100 000 e 1.1 mortes na população branca. Em 2010, a AIDS foi a quinta causa de morte entre homens negros e a sétima entre as mulheres no país.

Mudando o cenário para a Europa, os migrantes são a “bola da vez”. Estima-se que 35% de todas as novas infecções em 2010²¹ foram nessa população. Especula-se que algumas delas ocorrem nos países de origem ou durante o percurso migratório, inclusive em mulheres vítimas de abuso e violência sexual. Na contramão desses dados, apenas Portugal e Reino Unido oferecem tratamento antirretroviral gratuito para imigrantes, na maioria dos países a condução de migrante impede o acesso ao tratamento e a AIDS soma-se às demais condições de “clandestinidade” dessa população.

Mesmo a Região do mundo que possui o menor número de pessoas vivendo com AIDS, Oriente Médio e Norte da África, não foge à regra no que se refere a números da epidemia em grupos específicos. Isso porque, além da epidemia tendências de familização, o quadro torna-se ainda mais agravado no que se refere às trabalhadoras sexuais.

²¹ FONTE: UNAIDS. The Gap: UNAIDS / JC2656 (English original, July 2014, updated September 2014)

Gráfico 5 – Prevalência de HIV entre trabalhadoras seuxias em comparação com a população feminina em geral no Marrocos.²²

Na América Latina a epidemia se concentração em gays e outros homens que fazem sexo com homens, transgêneros, trabalhadoras e trabalhadores sexuais. A título de ilustração, enquanto a prevalência de HIV na “população geral”²³ é de 0,4%, em gays e outros homens que fazem sexo com homens o índice é de 7% na Nicarágua, 11 % no Brasil e 20% no Chile.

²² FONTE: UNAIDS. The Gap: UNAIDS / JC2656 (English original, July 2014, updated September 2014)

²³ Doravante será problematizado o termo “população geral” e sua utilização na epidemiologia.

Gráfico 6 - Prevalência de HIV entre gays e outros homens que fazem sexo com homens na América Latina, 2009 - 2013²⁴

Outro dado alarmante pode ser encontrado no número de novas infecções na Região, estima-se que metade dos casos da doença ocorreu por causa de sexo desprotegido entre homens.

²⁴ FONTE: UNAIDS. The Gap: UNAIDS / JC2656 (English original, July 2014, updated September 2014)

2.3 Como calcular uma epidemia: Ciência , Aids e as ditas populações chave

Desde os anos 80 e, ainda hoje, na terceira década, a preocupação com as populações mais atingidas pela epidemia permeia as respostas sociais e científicas e apresenta como estruturantes das políticas de saúde no campo do HIV/AIDS. (Parker, 2002; Bastos, 2002; The aids2031 Consortium, 2011; UNAIDS, 2012).

Tal ênfase se evidencia na (re) produção de uma série de dados que, em tese, vislumbram a realização de um mapeamento da epidemia, sobretudo, a partir de variáveis, dados estatísticos e epidemiológicos e pesquisas sobre conhecimentos, atitudes e práticas (Adorno, 2012; Parker, 2000; Parker, 2002).

A situação apontada pelos dados, em muitos casos, desvela uma angústia pela busca de fatores que são levados em consideração para que trabalhadores sexuais, homossexuais, usuários de drogas injetáveis, jovens, população privada de liberdade, migrantes, mulheres - com pouca ou nenhuma intermitência – sejam classificados como grupos em maior risco ou maior vulnerabilidade e, mais recentemente, como populações-chave.

Nesse ponto, um desafio epistemológico se coloca: por um lado, compreender as dinâmicas que envolvem a infecção pelo HIV em grupos determinados, por outro, mitigar os efeitos da associação entre AIDS e grupos mais atingidos, em especial os homossexuais, historicamente permeada pela disseminação de estigmas e discriminação. (Parker, 2002; Ventura, 1999; UNAIDS, 2013, UNAIDS 2014 e WHO 2014).

Figura 11 – Deixados pra trás²⁵

Diante dessa constatação, torna-se mais importante, para o interesse de pesquisa deste trabalho, entender de que forma variáveis probabilísticas e estatísticas vêm interpretadas e operacionalizadas. Com essa finalidade, é possível destacar a afirmação constante no Boletim Epidemiológico 2012 e reiterado – com as mesmas palavras - no Boletim epidemiológico 2013.

“Com base nesses resultados, verifica-se que a epidemia do HIV no Brasil está concentrada em populações de maior risco e vulnerabilidade, pois estas apresentam maior prevalência de infecção pelo HIV quando comparada com a população em geral.” (MS, 2013, p. 13; MS 2012, p.5)

²⁵ FONTE: UNAIDS. The Gap: UNAIDS / JC2656 (English original, July 2014, updated September 2014)

Fica claro que há o estabelecimento de uma relação entre variáveis estatísticas e a classificação de um grupo como “vulnerável” que se baseia em uma relação binária consubstanciada pelo conceito de risco: num extremo a chamada população geral e, do outro, aqueles que de, alguma forma, são os mais suscetíveis, os mais “vulneráveis”.

Do mesmo modo, o atual termo que vem sendo reiterado no âmbito das organizações internacionais no campo da AIDS para denominar os grupos mais atingidos, populações-chave, mantém uma relação estreita com o conceito de risco.

“Key-population”: are defined groups who, due to specific higher-risk behaviors, are at increased risk of HIV irrespective of the epidemic type or local context. (WHO, 2013, p.12)

Entretanto, o conceito de risco²⁶ e a sua operacionalização a partir de racionalidade estatística, historicamente, incorporaram uma busca exaustiva de identificação de determinantes do adoecimento, bem como de indivíduos, grupos e comportamentos.

Nos Estados Unidos, notadamente nos séculos IXX e XX, a epidemiologia desenvolveu seu processo de conformação científica, tendo como carro-chefe a formação de um conceito de risco que, se utilizando da lógica probabilística e das ferramentas estatísticas no raciocínio causal em saúde (Ayres, 2011), assumiu um escopo de pretensão bastante vasto: associação de fatores das mais diversas

²⁶ O conceito de risco na epidemiologia moderna é definido como as chances probabilísticas atribuíveis a qualquer indivíduo ou grupos populacionais particularizados, delimitados em virtude da exposição a agentes e de interesses técnicos ou científicos. Há o estabelecimento de um raciocínio causal que utiliza como metodologia cujos fatores são associações regulares, estatisticamente significantes, entre características possivelmente implicadas na produção de um agravo (Ayres, 2011)

naturezas com fenômenos relevantes para à saúde e/ou doença, expansão do potencial regulador das práticas em saúde, relegando, todavia, a um plano secundário a interação teórica com outros saberes e métodos relevantes para a Saúde e os procedimentos compreensivo-interpretativos. (Ayres, Paiva e França Jr, 2011; Parker, 2002)

Por esse viés de análise, percebe-se que o conceito de risco mantém uma relação histórica com um ideal de salubridade e segurança. Todavia, por detrás de uma racionalidade sistêmica e de justificativas tecnicistas que passam pela intervenção que permeiam a identificação das populações no contexto da AIDS pode estar escondidas relações conflituosas e de poder instaladas no tecido social e que conformam teorias e práticas, inclusive no campo da Saúde e mascara uma necessidade de controle e disciplina daquilo ou daqueles que se busca identificar. (Adorno, 2006)

Por trás de intervenções consideradas técnicas visando a saúde da coletividade, a saúde pública expressa uma tensão entre Estado e Sociedade, entre liberdade individuais e responsabilidades coletivas, entre interesses privados e públicos. A extensão e a profundidade dessas ações dependem da dinâmica de cada sociedade, sobretudo diante das articulações que se estabelecem, concretamente, com as instâncias, econômicas, políticas e ideológicas. (PAIM, p.151)

Fazendo uma digressão histórico-epistemológica e analisando o processo que Foucault narra no “Nascimento da Medicina Social”, ganha corpo um construto que indica uma associação estreita entre o desenvolvimento progressivo da Medicina enquanto prática social a partir do século XVII e a incorporação de tarefas disciplinares. (Foucault, 1979)

Como versa Moulin (2009, p.15), “a História do Século XX é de uma medicalização sem equivalente” pautada em uma multiplicidade de intervenções que visam à promulgação de regras de comportamento, censura os prazeres, aprisionamento do cotidiano em um rede de recomendações.

‘Lose weight!’ ‘Avoid fat!’ ‘stop smoking!’ Reduce Alcohol intake! Get fit, practice safe sex! Play safe!’ In contemporary western society the health status and vulnerability of the body are central themes of existence. Individuals are expected to take responsibility for the care of their bodies and the limit their potential to harm other through taking up various preventive actions. Increasingly they are also expected, as party of his responsibility of citizenship, to manage their own relationship to the risk environment which are to be everywhere and every one. (Peterson e Lupton, 2000, p.9)

Os cuidados são produzidos historicamente e se materializam em práticas e discursos em áreas específicas (Kleinman, 2009 e Epele 2012, Biehl, 2007) e ganham espaço privilegiado na Saúde Pública, notadamente aquelas voltadas para os grupos identificados como ‘vulneráveis’ ou em ‘risco’.

O exercício da sexualidade, a reprodução e tentativas de dirimir as tensões entre desejo *versus* corpo sexuado ganham centralidade nos discursos e práticas biomédicas voltadas ao controle em saúde. (Foucault, 1993; Moulin, 2009)

Neste sentido, é interessante dialogar com conceito foucaultiano de biopoder (Foucault, 1997), que articula um conjunto de dispositivos aponta para relações de poder sobre os corpos e sobre a vida no tecido social moderno. O biopoder se articula com discursos e técnicas que se configuram nas relações de poder e visam intervir nas condutas e comportamentos dos indivíduos por meio de aparatos e instituições diversas (escola, família, hospital, Estado).

Ainda é possível utilizar como ferramenta analítica, o conceito de dispositivo que consta da obra História da Sexualidade de Foucault e é definido como:

...conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode tecer entre estes elementos (Foucault, 1997, p. 244).

Nesse contexto, a busca exaustiva pela identificação de grupos no contexto da epidemia de AIDS que, a vista grossa parece despreziosa e não intencional, pode dissimular uma tentativa de apontá-los como incapazes de autocontrole e de cumprimento de seus deveres (Foucault, 1979; Foucault, 1997), associa-los de maneira imediata à disseminação da epidemia e identificá-los como uma ameaça à saúde e aos valores morais dos da coletividade.

Ganha visibilidade nesse ponto, processos imbricados na Saúde Pública enquanto construção iminentemente biopolítica e que se baseia no uso, no manejo e na apresentação do corpo diante do Estado. O Estado circunscreve sua atuação a partir da produção de uma biolegitimidade que tem nos corpos foco privilegiado de suas políticas múltiplas e desiguais de concessão, negociação e qualificação. (Fassin, 2012, Fassin 2007)

Ademais, há outro componente de análise importante: a atuação de grupos específicos é capaz de produzir espectro de visibilidade dentro do contexto de epidemia de AIDS.

Um desdobramento da questão da visibilidade é talvez esteja no fato da epidemia da AIDS relacionar-se desde sempre com o que

poderíamos chamar de “margens da sociedade” ou com aquilo que as sociedades gostariam de invisibilizar – usuários de drogas, imigrantes, populações de rua, população carcerária, negros, pobres etc. (Brah, 2006, Adorno 2012, Das e Poole 2004). Mesmo os gays que em um primeiro momento foram o lado “glamourizado”, mas que fazem parte dessas margens, compõem um aspecto específico da epidemia: relações complexas entre exclusão, invisibilidade, preconceito, discriminação e solidariedade.

3. O contexto brasileiro: a invenção de uma epidemia concentrada

Inegavelmente, a epidemia de AIDS é um grave problema de saúde pública que atinge a população brasileira e é incontestável que todas as pessoas estão suscetíveis ao HIV do ponto de vista biológico. (Ayres, França e Calazans, 2003). Todavia, desde os anos 80 até a atualidade, o enfoque em grupos determinados tem sido determinante das respostas sociais à epidemia. (Parker, 2000; Parker, 2002; Mann e Tarantola e Netter, 1993; Ventura, 1999; Bastos, 2002; Daniel, 1994; Moulin, 2009, Paiva 2013).

Trazendo à baila o atual contexto da epidemia, o Ministério da Saúde²⁷ estima que, em 2012, cerca de 718 mil pessoas vivam com HIV, o que representa uma taxa de prevalência de 0,4%. Se considerarmos grupos específicos, atualmente denominados populações-chave, a taxa de prevalência salta para 5,9% entre pessoas que usam drogas, 10,5% entre homens que fazem sexo com homens – HSH e 4,9% entre mulheres profissionais do sexo e 5% em usuários de crack²⁸.

²⁷ Boletim epidemiológico 2014 – AIDS e DST. Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento Nacional de AIDS e Hepatites Virais. Disponível em: www.AIDS.gov.br. Acesso em 20 de dezembro de 2014

²⁸ A categoria “uso de crack” é sintomática, pois é uma droga que se tornou o “bode expiatório” das margens; ou seja, usar crack e estar na condição de morador de rua, por exemplo, são apontados como quase a mesma coisa. O uso do crack passa a ser ao mesmo tempo uma representação das margens e das ruas, não pelo efeito dessa droga mas pelo fato de ela tornar visível uma população que vive dos descartáveis urbanos, e que é em si uma população descartável. – como afirmava BOURDIEU, Pierre. A miséria do mundo. In: **A miséria do mundo**. Vozes, 2011.

Gráfico 6 - Taxa de prevalência por população, Brasil, 2009 a 2013²⁹

Embora estas populações sejam desproporcionalmente atingidas, há números ainda mais alarmantes em faixa etária específica. As implicações geracionais mostram sua face e define o perfil da epidemia de AIDS.

Os dados oficialmente contabilizados apontam que, em 2013³⁰, 4.5 milhões de jovens entre 15 e 24 anos viviam com HIV, o que representa 15% do total mundial de pessoas vivendo com HIV estimado pelos órgãos oficiais; em 2012, 39% das novas infecções ocorreram entre jovens de 15 a 24 anos e, em 2013, um terço das novas infecções ocorrem entre jovens de 15 a 24 anos na América Latina.

O Brasil não foge à regra, trazendo ao escopo de análise os boletins epidemiológicos anuais publicados pelo Ministério de Saúde no

²⁹ Boletim epidemiológico 2014 – AIDS e DST. Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento Nacional de AIDS e Hepatites Virais. Disponível em: www.AIDS.gov.br. Acesso em 20 de dezembro de 2014

³⁰ FONTE: UNAIDS. The Gap: UNAIDS / JC2656 (English original, July 2014, updated September 2014)

período de 2007 a 2014, há reiteradas referências aos jovens, como grupo cujas taxas de incidência pelo HIV são significativamente mais elevadas em relação às taxas da “população em geral”.

Embora nos últimos anos a epidemia de AIDS em jovens seja apontada como uma novidade nos contornos do perfil epidemiológico brasileiro (MS, 2014). A suposta tendência de concentração da epidemia em jovens pode ser observada ao longo dos anos a partir da análise de dados “oficiais” do Ministério da Saúde sobre a prevalência de HIV por 100 mil habitantes de 1985 a 2010, observando-se aumento progressivo da taxa de incidência alcançando o pico entre 1993 e 1995.

Gráfico 7 – Taxa de incidência de AIDS (por 100 mil habitantes) em jovens de 15 a 24 anos por sexo e ano de diagnóstico no Brasil entre 1985 a 2010³¹.

³¹ FONTE: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais - POPULAÇÃO: MS/ SE/ DATASUS, em <[www.datasus.gov.br/informações de saúde/demográficas e socioeconômicas](http://www.datasus.gov.br/informações%20de%20saúde/demográficas%20e%20socioeconômicas)>, acessado em 14/07/2014

Se considerarmos a taxa de incidência de casos de AIDS a partir do sexo, verificam-se diferenças numéricas significativas entre jovens homens e mulheres. Dados compilados pelo Departamento Nacional de DST, AIDS e Hepatites Virais apontam que desde o início da epidemia houve uma diminuição na razão de casos entre homens e mulheres. Entre 1985 e 2010, a razão de sexo diminuiu de 27 para 1,4 casos de AIDS em homens por cada caso em mulheres. Cabe destacar que entre 2000 e 2004 houve uma inversão da razão de sexo, sendo de 0,9 casos em homens por cada caso em mulheres.

Gráfico 8 – Número de casos de AIDS entre jovens de 15 a 24 anos e razão dos sexos segundo ano de diagnóstico. Brasil de 1985 a 2010³²

³² FONTE: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais - POPULAÇÃO: MS/ SE/ DATASUS, em <[www.datasus.gov.br/informações de saúde/demográficas e socioeconômicas](http://www.datasus.gov.br/informações%20de%20saúde/demográficas%20e%20socioeconômicas)>, acessado em 14/07/2014

Se em ambos os sexos os jovens estão supostamente mais expostos à infecção pelo HIV, em jovens do sexo masculino de 17 a 22 anos³³, a prevalência de infecção pelo HIV na população denominada de Homens que fazem Sexo com Homens mais que dobrou num período de cinco anos (entre 2002 e 2007), passando de 0,56% para 1,2%.

Já nos últimos 12 anos, considerando os casos de HIV notificados entre homens na faixa etária de 15 a 24 anos, houve um aumento de 45,9% na proporção de novos casos. Entre os jovens gays de 18 a 24 anos, a prevalência da doença é de 4,3%. Quando comparados com os jovens “em geral”, as “chances” de um jovem gay estar infectado pelo HIV são 13 vezes maiores e 20 vezes maiores quando comparado com a população em geral.

Os números sinalizam para um suposto impacto diferenciado da epidemia sobre esse segmento populacional tendo em vista que, desde o início, a infecção pelo HIV tem sido um problema crítico de saúde entre gays e outros HSH, persistindo em patamares elevados nos últimos dez anos.

Gráfico 9 – Distribuição percentual dos casos de AIDS em homens de 13 anos ou mais segundo categoria de exposição por ano de diagnóstico, Brasil, 2004 a 2013³⁴

³³ SZWARCOWALD, C. L. et al. HIV-related risky practices among Brazilian Young men, 2007. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27 Sup 1:S19-S26, 2011.

³⁴ Boletim epidemiológico 2014 – AIDS e DST. Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento Nacional de AIDS e Hepatites Virais. Disponível em: www.AIDS.gov.br. Acesso em 20 de dezembro de 2014

Com relação à categoria de exposição, dos casos notificados no Sinan em indivíduos do sexo masculino de 13 anos ou mais, observa-se uma predominância da transmissão entre heterossexuais, todavia, os dados sinalizam para uma tendência de aumento na proporção de casos em Homens que fazem Sexo com Homens, passando de 34,6% em 2004 para 43,2 % em 2013.

Se fizermos um recorte por idade e levarmos em consideração o período de 1998 a 2010, surgem indícios de que, para além da concentração em HSH, há um componente geracional que impulsiona os números nessa categoria. Nesse sentido, enquanto houve uma diminuição na proporção de HSH, passando de 31,1% em 1998 para 29,7% em 2010, entre homens na faixa etária de 15 a 24 anos, no mesmo período, houve aumento proporcional da categoria de exposição HSH, passando de 31,8% em 1998 para 46,4% em 2010.

Gráfico 10 – Proporção de casos de AIDS entre homens de 15 a 24 anos, segundo categoria de exposição e ano de diagnóstico. Brasil de 1985 a 2010³⁵

3.1 Uma epidemia para além dos números

No que tange às Pesquisas de Práticas e Comportamento Sexuais, é possível afirmar que usadas com frequência como instrumento de mapeamento da epidemia e que gozam de espaço privilegiado na identificação de grupos considerados em maior exposição à infecção pelo HIV e tem servido de subsídio para as políticas de prevenção, vigilância e controle no âmbito do Sistema Único de Saúde.

³⁵ FONTE: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais - POPULAÇÃO: MS/ SE/ DATASUS, em <[www.datasus.gov.br/informações de saúde/demográficas e socioeconômicas](http://www.datasus.gov.br/informações%20de%20saúde/demográficas%20e%20socioeconômicas)>, acessado em 14/06/2014

Uma contradição, porém, existe no que se refere à análise comportamental das ditas populações em vulnerabilidade: ao passo que os jovens são identificados como em maior suscetibilidade ao HIV a partir de uma série de dados “oficiais”, pesquisas mostram que é a juventude que detêm maiores níveis de informações sobre as formas de transmissão e de prevenção à AIDS e que incorporam práticas preventivas à infecção.

Conforme estudos realizados pelo Ministério da Saúde em 2007³⁶ e 2008³⁷, que abordaram o comportamento da população brasileira em relação à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, o conhecimento da população jovem sobre as formas de infecção pelo HIV é elevado.

Já em pesquisa realizada em 2007³⁸ com jovens circunscritos no Exército³⁹, na qual foram entrevistados cerca de 36 mil jovens do sexo masculino, entre 17 e 22 anos, os resultados apontam que cerca de 97% sabem que o uso do preservativo é a melhor maneira de se evitar a infecção pelo HIV.

Segundo a Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas (PCAP) na População Brasileira, realizada em 2008⁴⁰, a população jovem de 15 a 24 anos é a que mais faz uso do preservativo, a PCAP aponta que, comparando com as demais faixas etárias, é a população

³⁶ SZWARCOWALD, C. L. et al. HIV-related risky practices among Brazilian Young men, 2007. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27 Sup 1:S19-S26, 2011.

³⁷ Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. PCAP: Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira, Brasília, 2011. Disponível em www.AIDS.gov.br, acesso em 10 de maio de 2011.

³⁸ SZWARCOWALD, C. L. et al. HIV-related risky practices among Brazilian Young men, 2007. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27 Sup 1:S19-S26, 2011.

³⁹ Cabe aqui um reflexão sobre o fato de a Pesquisa ter sido realizada em circunscritos do Exército, tendo em vista sobretudo, a possibilidade de interferências oriundas do próprio ambiente militar.

⁴⁰ Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. PCAP: Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira, Brasília, 2008. Disponível em www.AIDS.gov.br, acesso em 10 de maio de 2012.

jovem que mais usa em todas as situações, seja com parceiro casual ou fixo, e a que mais obtém o preservativo de graça (41,4%, comparando com a faixa etária de 25 a 49 anos, 28,6%).

Com relação aos jovens gays, a contradição torna-se mais evidente, pois, se por um lado os jovens gays apresentam taxas de incidência ao HIV 6,3 vezes superiores a população jovem em geral, por outro, tendem a usar 2,2 vezes mais o preservativo do que os jovens não gays ou HSH.

Em pesquisa realizada apenas com pessoas que se auto identificaram como homossexuais, o uso do preservativo na última relação sexual com parceiro casual na população de jovens foi de 70,8%, enquanto que na população juvenil em geral esse número reduz para 49,6%⁴¹. Quando se avalia o uso do insumo em todas as relações sexuais nos últimos 12 meses com e parceiro casual, esse percentual diminui para 54,3% enquanto na população heterossexual na mesma faixa etária é de 32,6%.

Não há como não ficar perplexo diante de tamanho paradoxo: os grupos que, segundo pesquisas oficiais, apresentam níveis de informações mais elevados e que mais incorporam comportamentos e práticas preventivas são também aqueles que estão entre mais suscetíveis ao HIV.

Há, nesse ponto, uma cisão flagrante que põe em xeque a relação estanque entre a necessidade de elencar taxativamente os comportamentos, práticas e atitudes de determinadas população como uma forma de estabelecimento de suscetibilidade ao HIV e aponta para necessidade de aprofundamento da discussão a respeito da temática.

⁴¹ KERR, L. Comportamento, atitudes, práticas e prevalência de HIV e sífilis entre homens que fazem sexo com homens (HSH) em 10 cidades brasileiras. Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, 2009.

Nesse sentido, é de importância fundamental entender as dinâmicas e processos envolvidos na transmissão do HIV levando em consideração as especificidades dos grupos populacionais atingidos, interessando às pesquisas e políticas de saúde o contexto social e gerando o desafio de enfrentamento dos processos históricos de (des) valorização das identidades que interferem nas possibilidades de vida e (des) qualifica as respostas sociais frente a epidemia de AIDS (Parker, 2000; Parker, 2002; Mann e Tarantola e Netter, 1993).

3. 2. A resposta brasileira e as populações-chave: identificar pra que?

Em consonância com o quanto disposto no Art. 7º, inciso VIII da Lei 8080/90, os dados epidemiológicos devem ser utilizados para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação programática devendo cumprir um duplo papel: por um lado, fazem um diagnóstico do perfil da epidemia, por outro, devem servir como norteadores das políticas públicas voltadas à contenção da epidemia. Todavia, entre aquilo que os instrumentos normativos estabelecem e a realidade pode existir grandes abismos.

Tomando como exemplo o atual contexto brasileiro, é notável a reprodução de uma série de dados epidemiológicos que apontam para uma suposta concentração da epidemia. Na contramão dos dados, porém, os últimos anos foram marcados por reiterados vetos e cerceamento à execução de políticas de prevenção às DST/AIDS

voltadas para públicos classificados como em maior risco ou vulnerabilidade pelo Ministério de Saúde.

Em junho de 2013, veio à tona uma crise instalada no Ministério da Saúde do Brasil. O clima pesou depois da exibição da campanha do dia internacional de visibilidade das prostitutas no site do Departamento Nacional de AIDS e Hepatites Virais com a seguinte frase: “sou feliz sendo prostituta”.

O então Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, descontente com o suposto conteúdo inadequado da peça publicitária, exonerou da Diretoria do Departamento o médico infectologista e professor da Universidade Federal de Minas Gerais, Dirceu Greco, que havia autorizado a publicação. Em seguida, os Diretores Adjuntos Eduardo Barbosa e Rui Burgos pediram demissão de seus cargos, deixando o Ministério sem chefia.

O episódio envolvendo as prostitutas foi a ponta do *iceberg* daquilo que vinha acontecendo no campo das políticas de prevenção à AIDS no Brasil. O veto ao material publicitário não foi o primeiro realizado contra campanhas de prevenção direcionadas aos públicos desproporcionalmente atingidos pela AIDS.

Iniciando a sequência de decisões relacionadas aos jovens gays, e após reunir-se com 20 deputados da Frente Parlamentar da Família, a Presidente Dilma Rousseff vetou, em 24 de maio de 2011, a distribuição do “kit anti-homofobia” composto por vídeos e cartilhas que visavam propiciar a discussão a respeito da diversidade sexual nas escolas. O material foi terceirizado pelo Ministério da Educação e recomendado pela Organização das Nações Unidas para a educação, a ciência e a cultura (UNESCO) e pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) e deveria ser distribuído em seis mil escolas do ensino médio da rede pública.

No mesmo ano, na ocasião do dia mundial de luta contra a AIDS (1º de dezembro), tendo em vista a constatação dos altos índices de infecção, o Ministério da Saúde optou por fazer campanhas de prevenção voltadas para jovens homossexuais. O vídeo produzido teve, porém, a sua veiculação restringida.

Três meses depois, por ocasião do carnaval de 2012, o Ministério da Saúde manteve o foco prioritário em jovens homossexuais. Para tanto, foram produzidos materiais publicitários que foram apresentados ao público em cerimônia pública na quadra da escola de samba Acadêmicos da Rocinha no Rio de Janeiro.

No cerimonial de lançamento foram exibidos quatro vídeos que, até aquele momento, seriam veiculados em redes de TV como campanha específica de prevenção durante o carnaval. Dentre as peças publicitárias havia um vídeo que retratava uma cena onde dois rapazes flertavam numa boate, quando, de repente, percebiam a falta do preservativo e eram auxiliados por uma fada que lhes disponibilizava um insumo de prevenção (camisinha).

Ocorre que, quatro dias após os vídeos terem sido hospedados no site do Departamento Nacional de DST, AIDS e Hepatites Virais, por determinação do Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, o vídeo voltado aos jovens homossexuais foi retirado da página do Departamento e, além disso, nunca foi veiculado na televisão, tendo sido substituído por uma campanha que meramente expunha dados sobre HIV, inclusive entre jovens gays.

Por último, em março de 2012, o Ministro da Saúde vetou a distribuição de revistas em quadrinhos voltadas à prevenção à AIDS de adolescentes e jovens. O material educativo faz parte do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas, locado no Ministério da Saúde e da Educação, que contavam com parcerias da Organização das Nações Unidas para a educação, a ciência e a cultura (UNESCO), do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). O material foi considerado inapropriado, embora já tivesse sido aprovado desde 2010 pelo próprio Ministério da Saúde.

Nesse ponto, se evidencia um descompasso entre a reiterada afirmação por parte do Ministério da Saúde da vulnerabilidade ou risco dos jovens gays ao HIV/AIDS e a realização de políticas públicas voltadas a garantir o acesso ao direito à prevenção à saúde e de redução da discriminação.

3.3 Identificar para medicalizar?

Figura 3 – A escolha⁴²

Em 2014, pela primeira vez se falou em fim da epidemia de AIDS. Existe até uma data prevista para esse acontecimento no “calendário” das Organizações das Nações Unidas: o ano de 2030.

Ao passo que começou a ganhar força nos organismos internacionais um discurso que estabelece como data limite para o fim da AIDS, o último biênio foi marcado pelo reconhecimento da insuficiência dos meios disponíveis para a prevenção e de que a epidemia, em várias regiões do globo, encontra-se “concentrada” em grupos específicos, as atualmente denominadas, populações-chave, dentre as quais se destacam os homens que fazem sexo com homens, pessoas que usam drogas, transgêneros e trabalhadores e trabalhadoras sexuais. (UNAIDSa, 2014 e WHO 2014)

⁴² FONTE: UNAIDS, AMBITION Treatment targets: writing the final chapter of the aids epidemic, 2014

A partir dessas constatações, o cenário das respostas à epidemia de AIDS, tanto no âmbito internacional como local, passou por severas transformações. Novas diretrizes e recomendações para o tratamento e prevenção, sobretudo no que se refere à possibilidade de adoção de políticas biomédicas como forma de prevenir novas infecções. (Karin, SAS, 2011 e UNITAID, 2013)

Uma das principais mudanças nesse contexto consta do "Guia Consolidado de Novas Diretrizes para Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do HIV"⁴³ lançado no primeiro dia da Conferência Internacional de AIDS, que ocorreu de 20 a 25 de julho em Melbourne, na Austrália.

Figura 4 – Resumo das recomendações da OMS para populações-chave⁴⁴

HIV PREVENTION	
1	The correct and consistent use of condoms with condom-compatible lubricants is recommended for all key populations to prevent sexual transmission of HIV and sexually transmitted infections (STIs).
2	Among men who have sex with men, pre-exposure prophylaxis (PrEP) is recommended as an <i>additional HIV prevention choice</i> within a comprehensive HIV prevention package. NEW RECOMMENDATION
3	Where serodiscordant couples can be identified and where additional HIV prevention choices for them are needed, daily oral PrEP (specifically tenofovir or the combination of tenofovir and emtricitabine) may be considered as a possible additional intervention for the uninfected partner.
4	Post-exposure prophylaxis (PEP) should be available to all eligible people from key populations on a voluntary basis after possible exposure to HIV.
5	Voluntary medical male circumcision (VMMC) is recommended as an additional, important strategy for the prevention of heterosexually acquired HIV infection in men, particularly in settings with hyperendemic and generalized HIV epidemics and low prevalence of male circumcision.

⁴³ Tradução nossa do inglês: "Consolidated Guidelines on HIV prevention, diagnosis and Care for Key population.

⁴⁴ FONTE: WHO, Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for preventing and treating HIV infections, 2013

A partir das recomendações da OMS⁴⁵, ficou claro a predileção pelo uso de medicamentos como estratégia de contenção da epidemia nas chamadas populações-chave: a profilaxia pré-exposição (PrEP) passou a ser recomendada como uma opção adicional aos casais sorodiscordantes e a profilaxia pós-exposição (PEP) deve ser disponibilizadas às pessoas elegíveis de populações-chave para uso voluntário após possível exposição. Enquanto que para os homens que fazem sexo com homens foi direcionada uma recomendação específica: o uso da profilaxia pré-exposição como uma escolha preventiva subsidiária ao uso do preservativo.

Para além das recomendações voltadas à prevenção numa perspectiva mais restrita, a OMS elencou uma série de “facilitadores críticos” no que tange à garantia de direitos dos grupos mais atingidos. Segundo a agência da ONU, as violações de direitos humanos que se materializam a partir de políticas e práticas discriminatórias configuram o atual perfil da epidemia e precisam ser enfrentadas se realmente se almeja o fim da epidemia.

⁴⁵ Em tradução realizada pelo Núcleo de Estudos para a Prevenção da AIDS, disponível em: <http://oquenostiraosono.tumblr.com/page/3>, acesso em 24 de dezembro de 2014

Prevenção do HIV

1. O uso correto e consistente de preservativos com lubrificantes compatíveis com o preservativo é recomendado para todas as populações-chave para prevenir a transmissão sexual do HIV e infecções sexualmente transmissíveis (ISTs).
2. Entre os homens que fazem sexo com homens (HSH), a profilaxia pré-exposição (PrEP) é recomendada como uma escolha adicional prevenção do HIV. (Nova recomendação)
3. Para casais sorodiscordantes identificados e onde escolhas adicionais de prevenção do HIV para eles sejam necessárias, a PrEP diária por via oral (especificamente tenofovir ou a combinação de tenofovir e emtricitabina) pode ser considerada como uma possível intervenção adicional para o parceiro não infectado.
4. A profilaxia pós-exposição (PEP) deve estar disponível para todas as pessoas elegíveis das populações-chave, para uso voluntário, após uma possível exposição ao HIV.

Figura 5 – Facilitadores críticos para as populações-chave⁴⁶

Nessa perspectiva, foram estabelecidas ações que sugerem, em suma: a revisão de leis, políticas e práticas para permitir o acesso a serviços de cuidados em saúde; a implementação e aplicação de leis protetivas e antidiscriminatórias voltadas à eliminação do estigma, discriminação e violência contra as populações-chave; disponibilização de serviços acessíveis; garantia do empoderamento das populações-chave e monitoramento, apuração e julgamento das violências contra as populações-chave.

Figura 6 – recomendações da OMS sobre facilitadores críticos para populações-chave⁴⁷

⁴⁶ FONTE: WHO, Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for preventing and treating HIV infections, 2013

⁴⁷ FONTE: WHO, Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for preventing and treating HIV infections, 2013

CRITICAL ENABLERS

1	Laws, policies and practices should be reviewed and, where necessary, revised by policy-makers and government leaders, with meaningful engagement of stakeholders from key population groups, to allow and support the implementation and scale-up of health-care services for key populations.
2	Countries should work towards implementing and enforcing antidiscrimination and protective laws , derived from human rights standards, to eliminate stigma, discrimination and violence against people from key populations.
3	Health services should be made available, accessible and acceptable to key populations, based on the principles of medical ethics, avoidance of stigma, non-discrimination and the right to health.
4	Programmes should work toward implementing a package of interventions to enhance community empowerment among key populations.
5	Violence against people from key populations should be prevented and addressed in partnership with key population-led organizations. All violence against people from key populations should be monitored and reported, and redress mechanisms should be established to provide justice.

48

No contexto brasileiro as recomendações da OMS, pelo menos no quando se trata de biomedicalização das políticas de prevenção, já fazem parte do arcabouço de políticas públicas voltadas à “contenção” da epidemia e são evidências dos primeiros e largos passos do caminho que deve ser trilhado nos próximos anos.

⁴⁸ Em tradução realizada pelo Núcleo de Estudos para a Prevenção da AIDS, disponível em: <http://oquenostiraosono.tumblr.com/page/3>, acesso em 24 de dezembro de 2014

Facilitadores críticos

1. As leis, políticas e práticas devem ser revistas e, se necessário, revisto pelos formuladores de políticas e os líderes do governo, com envolvimento significativo de partes interessadas de populações chave, para permitir e apoiar a implementação e aumento de escala de serviços de cuidados de saúde para as populações-chave.
2. Os países devem trabalhar no sentido de implementar e aplicar leis de proteção e anti- discriminação, derivados de padrões de direitos humanos, para eliminar o estigma, a discriminação e a violência contra as pessoas de populações-chave.
3. Devem ser disponibilizados serviços de saúde, acessíveis e aceitáveis para as populações- chave, com base nos princípios da ética médica, de evitar o estigma, da não discriminação e o direito à saúde.
4. Os programas devem trabalhar para a implementação de um pacote de intervenções para melhorar empoderamento da comunidade entre as populações-chave.
5. A violência contra pessoas de populações-chave devem ser impedida e abordada em parceria com organizações dirigidas por populações-chave. Toda violência contra pessoas de populações-chave deve ser monitorada e relatada, e devem ser estabelecidos mecanismos de recurso para proporcionar justiça.

Figura 7 – Metas para tratamento⁴⁹

Para tanto o país reitera o compromisso com as metas 90/90/90 da Organização das Nações Unidas (UNAIDSa, 2014) que estabelece que até 2020, 90% das pessoas vivendo com HIV tenham conhecimento de sua condição sorológica, 90% delas estejam em tratamento e 90% tenham carga viral indetectável.

O programa conjunto das Nações Unidas sobre AIDS estabelece metas ambiciosas cuja principal estratégia para sua consecução passa pela cobertura medicamentosa, porém, o contexto atual é bem adverso. A América Latina que possui os melhores índices de cobertura medicamentosa, somente 45% das pessoas elegíveis tem acesso à medicação, enquanto há regiões o Oriente Médio na qual 89% das pessoas vivendo com HIV não têm acesso à terapia antirretroviral.

⁴⁹ FONTE: UNAIDS, AMBITION Treatment targets: writing the final chapter of the aids epidemic, 2014

Figura 8 – Cobertura global da TARV em 2013⁵⁰

Embora a situação do Brasil seja considerada das melhores em comparação com grande parte do mundo, analisando os números atuais, percebe-se que há um caminho longo a percorrer no país. Atualmente 80% das pessoas vivendo com AIDS têm conhecimento de seu status sorológico, 48% estão em tratamento com antirretrovirais e aproximadamente 35% estão com carga viral indetectável.

⁵⁰ FONTE: UNAIDS, AMBITION Treatment targets: writing the final chapter of the AIDS epidemic, 2014

Figura 9 – Cascata de cuidados contínuos, Brasil, 2013⁵¹

Apesar dos números demonstrarem que há muito que avançar em termos de cobertura medicamentosa, inclusive alcançando pessoas elegíveis para o tratamento, os últimos anos têm sido marcados por políticas que visam diagnosticar o mais rápido possível, iniciar o tratamento o mais cedo possível e a utilização de novas tecnologias de prevenção, sobretudo as que utilizam medicamentos como prevenção. (MS, 2013)

⁵¹ Boletim epidemiológico 2014 – AIDS e DST. Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento Nacional de AIDS e Hepatites Virais. Disponível em: www.AIDS.gov.br. Acesso em 20 de dezembro de 2014

2.4.1 - Medicamentos como prevenção: o Brasil saiu na frente

Para além da distribuição dos preservativos como insumos de prevenção e de recomendar o uso em todas as relações sexuais (vaginal, anal, oral), desde outubro de 2010, o Ministério da Saúde recomenda, o uso de medicamentos antirretrovirais como mais uma forma de se prevenir contra o HIV.

A profilaxia pós-exposição sexual que consiste no consumo de remédios componentes da terapia antirretroviral até 72 horas após a relação sexual, havendo ou não falha no uso da camisinha, e que devem ser tomados por 28 dias ininterruptos, é o carro-chefe da utilização de medicamentos como prevenção. Abaixo os critérios e recomendações do Departamento Nacional de DST, AIDS e Hepatites Virais a respeito de utilização da profilaxia pós-exposição⁵²:

O profissional de saúde avaliará o risco que o paciente teve na relação sexual e informará ao médico que indicará ou não a PEP sexual, baseado em dois critérios:

1. Tipo de relação sexual - o risco da transmissão do HIV varia, dependendo do tipo de relação sexual.

Quando a PEP sexual é indicada?

A PEP sexual é indicada somente para situações excepcionais em que ocorrer falha, rompimento ou não uso da camisinha durante a relação sexual. É indicada, ainda, em casos de violência sexual contra mulheres ou homens.

⁵² Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento Nacional de AIDS e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos., 2013. Disponível em: www.AIDS.gov.br. Acesso em 20 de dezembro de 2014

Quando a PEP sexual não é indicada?

A PEP sexual não é indicada para todos e nem deve ser usada a qualquer momento. Ela não substitui o uso da camisinha e não deve ser utilizada em exposições sucessivas, pois seus efeitos colaterais pelo uso repetitivo são desconhecidos em pessoas HIV negativas. Além disso, as pessoas que se expõem ao risco com frequência podem ter sido infectadas pelo HIV em alguma dessas exposições e necessitam de uma avaliação médica - clínica e laboratorial - cuidadosa.

2. Relação sexual com parceiro HIV positivo ou que desconhece que tem HIV - se a relação sexual foi sem camisinha ou se houve algum acidente durante o uso com parceiro fixo ou ocasional que sabe se tem HIV e/ou que é usuário de drogas, profissional do sexo, gay, ou travesti, por exemplo.⁵³

É necessário perceber que a utilização do medicamento como prevenção pressupõe a exposição do indivíduo ao risco de infecção pelo HIV. Há o estabelecimento de uma escala de risco que é aferida progressivamente a partir do tipo de relação sexual desprotegida (anal, vaginal e oral) e pelos sujeitos envolvidos nas relações sexuais; há nesse ponto o estabelecimento de uma escala de pessoas ou grupos mais propícios a expor o “outro” à infecção pelo HIV: as pessoas que sabidamente têm HIV e aqueles que, minimamente, estão sob uma presunção de infecção: populações-chave.

⁵³ Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento Nacional de AIDS e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos., 2013. Disponível em: www.AIDS.gov.br. Acesso em 20 de dezembro de 2014

3.4.2 - 90, a década que não acabou.

“Combater cedo, combater forte”, o jargão do combate à AIDS nos anos 1990, parece ter voltado a fazer todo sentido. Após recomendações de início do tratamento em pacientes com contagem de CD4⁵⁴ abaixo de 350 células/mm³, que posteriormente mudaram para 500 células/mm³, como há mais de uma década atrás, atualmente recomenda-se o início mais rápido possível da terapia, independente da contagem de células de defesa.

Figura 10 - Recomendações para início da TARV em pessoas vivendo com HIV⁵⁵

Quadro 1. Recomendações para início de terapia antirretroviral em pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA)	
Todas as PVHA, independentemente da contagem de CD4	
Estimular início imediato da TARV, na perspectiva de redução da transmissibilidade do HIV, considerando a motivação da PVHA.	
Sintomáticos (incluindo tuberculose ativa), independentemente da contagem de CD4	
Iniciar TARV	
Assintomáticos	
CD4 ≤ 500 células/mm ³	Iniciar TARV
CD4 > 500 células/mm ³	Iniciar TARV na coinfeção HIV-HBV com indicação de tratamento para hepatite B Considerar TARV nas seguintes situações: <ul style="list-style-type: none">• neoplasias não definidoras de aids com indicação de quimioterapia ou radioterapia• doença cardiovascular estabelecida ou risco cardiovascular elevado (acima de 20%, segundo escore de Framingham)• coinfeção HIV-HCV• carga viral do HIV acima de 100.000 cópias/mL
Sem contagem de LT-CD4+ disponível	Na impossibilidade de se obter contagem de CD4, não se deve adiar o início do tratamento
Gestantes	
Iniciar TARV	

⁵⁴ Contagem de linfócitos CD4 é utilizado como forma de avaliação das células de defesa no organismo.

⁵⁵ Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento Nacional de AIDS e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos., 2013. Disponível em: www.AIDS.gov.br. Acesso em 20 de dezembro de 2014

De acordo com o Ministério da Saúde⁵⁶, a volta a essa recomendação se relaciona diretamente com algumas descobertas científicas recentes que justificam o estabelecimento de novos critérios para o início do tratamento antirretroviral, dentre as quais evidências de benefícios clínicos providas por estudos intervencionistas e observacionais, somadas à disponibilidade de opções terapêuticas progressivamente mais cômodas e bem toleradas.

Há ainda outro elemento que motiva a adoção dessa medida. O início mais precoce da TARV vem sendo demonstrado como ferramenta importante na redução da transmissibilidade do HIV e, a antecipação do início do tratamento é também uma forma de prevenir a epidemia através de medicalização das pessoas diagnosticadas. Todavia, deve-se considerar a importância da adesão e o risco de efeitos adversos no longo prazo e há que levar em consideração a motivação das pessoas vivendo com HIV.

3.4.3 O lucrativo mercado da morte: indústria farmacêutica, sistema de patentes e medicalização

Em 2014, a Organização Mundial do Comércio (OMS) completou duas décadas de existência. Depois de um longo período de intensas negociações diplomáticas, em dezembro de 1994, a Instituição iniciou

⁵⁶ Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento Nacional de AIDS e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos., 2013. Disponível em: www.AIDS.gov.br. Acesso em 20 de dezembro de 2014

sua atuação assumindo um vasto escopo de tarefas voltadas à regulamentação e à padronização das relações comerciais no contexto da forte globalização econômica. Para a consecução de suas competências, foi firmada uma série de acordos multilaterais, dentre os quais se destaca o Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (ADPIC), principal instrumento normativo de regulamentação do atual sistema de propriedade intelectual.

Uma das principais características do sistema inaugurado pelo Acordo pode ser verificada na regulamentação da concessão de patentes que estabelece uma espécie de regime de exceção à “lei da oferta e da procura” a partir de uma “premiação” do esforço inovador: a criação de um produto, uma vez patenteado, gera o direito ao monopólio da comercialização para o responsável pelo registro da inovação. (Marques, 2002)

O que a primeira vista parece justo, ou minimamente coerente, constitui um impedimento à livre concorrência e dá margem à possibilidade de abusos econômicos. A consequência imediata disso pode ser vislumbrada em um dos setores que mais movimenta recursos financeiros decorrente do monopólio de grandes multinacionais no regime atual de concessão de patentes: a indústria farmacêutica. (INESC, 2002)

Como o lucro não é definido pelo custo de produção, mas pela possibilidade de comercialização exclusiva por parte de quem detém o direito de propriedade intelectual, a potencialidade de exploração comercial de fármacos é determinante para a realização de pesquisas para a inovação científica voltadas para patologias cujos “consumidores” sejam numerosos e com o maior poder aquisitivo possível, enquanto que tantas outras doenças são negligenciadas. (Marques, 2002 e Attaran, 1999)

Além disso, o atual sistema privilegia investimentos em medicalização, em detrimento da realização de pesquisas direcionadas para a prevenção ou cura, sobretudo em doenças com grande potencial de exploração econômica como a AIDS (Biehl, 2008). Como consequência, milhões de pessoas, principalmente em países e regiões mais pobres, são privados do acesso a medicamentos que, em muitos casos, lhes são essenciais à vida.

O percurso histórico dos últimos vinte anos evidencia a flagrante sobreposição de interesses mercadológicos a direitos fundamentais e põe em cheque a legitimidade de um sistema que concentra o poder de vida e morte nas mãos daqueles que detêm grande concentração de capital econômico.

Refletir sobre o atual sistema de patentes dá margem a um questionamento a respeito do caminho traçado para às políticas de AIDS voltadas aos grupos mais atingidos, no Brasil e globalmente: há realmente uma falência no modelo pautado na educação, direitos humanos e no uso do preservativo, ou há uma predileção por políticas de prevenção pautadas na medicalização que atende a interesses mercadológicos?

4. Da opressão à resistência: interfaces entre saúde pública e direitos humanos

Aparentemente situadas em áreas do conhecimento distanciadas. Direito e Saúde Pública mantêm uma forte relação de cooperação e (inter) dependência; é ao direito que a saúde pública recorre para o embasamento e racionalização de suas tarefas executivas através de um conjunto de medidas de caráter normativo que visam (em tese) aumentar a eficiência de suas atividades (Kowakick, 1976) Ou ainda é o direito que regula e estrutura a Saúde Pública através do Direito Sanitário que pode ser compreendido como:

(...) um conjunto de normas jurídicas reguladoras da atividade do Poder Público destinado a ordenar a proteção, promoção e recuperação da saúde e organização e funcionamento dos serviços correspondentes (Rocha, 1999 p.49)

Para além da relação estreita do ponto de visto regulatório-normativo, é no âmbito social que direito e saúde pública se interseccionam, já que, tanto um quanto o outro, tem sido historicamente utilizados como importantes formas de intervenção que refletem os contextos históricos e sociais.

Neste sentido, não há como se reportar às políticas de saúde levando em consideração somente as intervenções técnicas no cumprimento de suas tarefas executivas, mas o processo histórico de seu desenvolvimento; a configuração política, econômica e ideológica que legitimam estas intervenções.

A análise específica da conjuntura de saúde pública exige um exame do complexo de relações contraditórias instaladas no amago da sociedade. Entre os *pontos nevrálgicos da ordem institucional vai se situar nas instituições de saúde, ponto de confronto dos discursos e práticas dominantes com as duras condições de vida, espelho perfeito das principais contradições da sociedade*".⁵⁷

As contradições das políticas de saúde, porém, não lhe são exclusivas, ao contrário, são mais uma forma de manifestação da dominação de uma classe que, em última análise, comanda os processos econômicos e os meios de produção e intervenção política.

Pensar em políticas de saúde em uma dada conjuntura significa identificar as contradições resultantes do processo de acumulação capitalista e suas mediações com condição de saúde das diferentes classes sociais, assim como os enfrentamentos que se dão no âmbito da sociedade que impõe a ação reguladora e coercitiva do Estado (...)

As políticas de saúde expressa as formas, historicamente determinadas, de o Estado atuar sobre as condições de sanidade das populações e intervir na organização social das práticas de saúde. (LUZ, 1999)

As políticas de saúde, tanto no processo de construção quanto de execução, sofrem influência da sociedade e aqueles que detêm os meios de produção tem maior poder de decisão e atuam visando resguardar seus interesses.

⁵⁷ LUZ, M. A instituições médicas no Brasil. Instituições e estratégias de hegemonia. p.27

A partir desse ponto de análise, Direito e as políticas de saúde pública, guardam similitudes, vez que *os direitos do homem são, indubitavelmente um fenômeno social ou, pelo menos, são também um fenômeno social* (Bobbio,1992) oriundo da construção histórica que sofre modificações e influências constantes da sociedade.

(...) os direitos do homem constituem uma classe variável, como a história deste último século demonstra suficientemente. O elenco dos direitos do homem se modificou, e continua a se modificar, com a mudança das condições históricas, ou seja, dos carecimentos e dos interesses, das classes no poder, dos meios disponíveis para a realização dos mesmos, das transformações técnicas, etc (Bobbio,1992. p.18)

Embora sejamos levados, pelo prisma positivista, a fazer uma associação entre direito e arcabouço normativo (leis) ou ordem (incontestável e absoluta), nos cabe a tarefa de transcender a zona de conforto desta visão limitada do fenômeno jurídico e compreendermos que o direito é um instrumento utilizado historicamente para manutenção da (des) ordem.

As normas positivadas podem ser, em uma análise mais aprofundada, fonte de legitimação da hegemonia daqueles que detêm o monopólio do poder Estatal e dos instrumentos de produção legislativa. O direito posto é reflexo da dominação, imagem e semelhança da opressão, dos interesses, dos preconceitos de grupos hegemônicos.

As normas vigentes podem ser e, em muitos casos são, uma negação de Direito, vez que a legalidade *“abrange sempre, em menor ou menor grau, Direito e Antidireito, isto é, Direito propriamente dito, reto e*

*correto, e negação de Direito, entortados pelos interesses classísticos e caprichos continuístas do poder estabelecido*⁵⁸ (Lyra Filho, 1972, p.3).

Para ver claramente os contornos do direito é necessário enxergar os processos que estão por detrás da legislação e que insistem em permanecer imperceptíveis, numa tentativa de legitimar aquilo que, na verdade, não passa de imposição de *ideologias jurídicas* baseadas em *crenças*⁵⁹ de quem detém mais força no processo de construção do Direito.

Nessa perspectiva, amplia-se a noção de opressão para além da dominação de classe. O direito historicamente tem servido para transformar diferenças em desigualdade e opressão em suas mais variadas possibilidades e constitui-se num dos instrumentos mais importantes para a perpetuação de pressão a partir da hierarquização das diferenças que é capaz de produzir tratamentos diferenciados e violações contra indivíduos ou grupos, ao passo que geram privilégios a outros.

Nesse processo de produção da globalização o que se globaliza é o vencedor de uma luta pela apropriação ou valorização de recursos, pelo reconhecimento hegemônico de uma dada diferença cultural, étnica, religiosa ou regional (de) ordem internacional. Esta vitória traduz a capacidade de ditar termos da integração, da competição negociação, e da inclusão exclusão. (SANTOS, 2003)

O direito encontra-se estritamente vinculado a processos sociais de opressão e dominação, como expressão de poder e privilégio. Todavia, não nos ocorre construir uma imagem distorcida sobre os

⁵⁸ LYRA FILHO, Roberto. O que é Direito. p.3

⁵⁹ Crenças, para Roberto Lyra Filho, na Obra “*O que é Direito*”, são opiniões pré-fabricadas que nos vem pelo contágio do meio, pela educação e do lugar que ocupamos na estrutura social

processos de construção do Direito; não se pode negar que conflitos intrínsecos às estruturas de poder possibilitam mutações e configurações que se contrapõem àquilo que se tenta reafirmar enquanto hegemônico (Gramsci, 1978a, Gramsci, 1978b)

Se por um lado, admitimos que exista opressão, por outro, identificamos a *contestação* e a *resistência*⁶⁰ como estratégias, através das quais, grupos sociais contra hegemônicos têm lutado pela afirmação de seus direitos.

(...) Os grupos minoritários têm garantido o seu 'direito à diferença' ou um rolo compressor os esmaga; se, em geral, ficam resguardados direitos os Direitos (não menos direitos e até supra estatais; isto é, com validade anterior e superior a qualquer lei), chamados Direitos Humanos. Estes, como veremos, caracterizam-se e declaram o que vai sendo adquirido nas **lutas sociais e dentro da História**, para transformar-se em opção jurídica indeclinável. (Lyra Filho, 1972, p.6)

O direito é resultado da busca histórica de diferentes segmentos da sociedade que constroem as mais diversas estratégias para a afirmação de sua dignidade. Da resistência de homens e mulheres é que historicamente direitos vem sendo conquistados e, gradativamente, incorporados ao arcabouço normativo e, em outras hipóteses, desafiam o direito normatizado.

⁶⁰ Os termos resistência e contestação são utilizados no texto sentido de formas de oposição extralegal (com relação ao modo como são exercidas) e deslegitimadoras (com relação ao objetivo final) discutidos por Bobbio na obra A Era dos Direitos, especificamente, no capítulo intitulado “Resistência à Opressão, Hoje.

A linguagem dos direitos tem indubitavelmente uma grande função prática, que é emprestar uma força particular às reivindicações dos movimentos que demandam para si e para outros a satisfação de novos carecimentos materiais e morais, mas ela se torna enganadora se obscurecer ou ocultar a diferença entre o direito reivindicado e o direito reconhecido e protegido (Bobbio, 1992, p.10)

Construídos historicamente, direito e saúde pública podem ser considerados reflexos da ordem estabelecida, entretanto, sofrem influência da luta e resistência de grupos sociais que contestam a opressão da ordem, do direito e das políticas de saúde pública.

4.1. Contra as margens de uma epidemia: Intersecção entre Saúde Pública e Direitos Humanos na epidemia de AIDS

...a epidemia tem uma espécie de individualidade histórica, daí a necessidade de usar com ela, um método complexo de observação. Fenômeno coletivo, ela exige um olhar múltiplo, processo único, é preciso descrevê-la no que ela tem de singular, acidental e imprevisto. (Foucault, 1997)

Certamente, as epidemias marcam suas épocas com profundas transformações sociais. O momento histórico de surgimento da epidemia de AIDS trouxe à tona uma série de questionamento a respeito de teorias e práticas amplamente utilizadas no campo de Saúde Pública.

A história das políticas de saúde pública mostra que medidas coercivas e restritivas de direito tem sido sistematicamente tomadas de forma discriminatória para o trato de problemas que “ameaçaram” a saúde coletiva.

As ditas abordagens tradicionais de saúde pública sempre priorizaram a coerção, compulsão, restrição de direito e identificação de grupos e indivíduos (potencialmente) afetados como estratégia de contenção do avanço epidemiológico. A AIDS, porém, é considerada a primeira epidemia a ocorrer na era moderna dos direitos humanos e, a partir dela, pode-se falar de uma “transformação” no pensamento sobre a saúde através da sua estreita ligação com os direitos humanos. (Ventura, 1999; Ayres, Paiva e França Jr., 2011)

A primeira década da epidemia de AIDS foi fortemente marcada por conflitos entre o respeito aos direitos humanos e os métodos discriminatórios utilizados para o trato das pessoas vivendo com HIV e

grupos identificados como em maior exposição mais vulneráveis à infecção.

Isto ficou particularmente aparente quando uma epidemia se concentrou em populações específicas, onde a identificação dos portadores era parte da estigmatização dessas populações como ‘fontes de infecção’. Toda vez que uma epidemia era transmitida sexualmente, esta estigmatização era associada às atribuições de culpa e a bodes-expiatórios (Mann, Tarantola e Netter, 1993, p. 255)

Mais que em qualquer outra epidemia, as primeiras ações voltadas à contenção da AIDS aumentaram a discriminação e violações aos direitos humanos e à dignidade, uma vez que envolviam a discussão sobre sexualidade e suas nuances, além de colocar em evidência indivíduos e grupos sociais que historicamente sofreram processos de marginalização social e violação de direitos como homossexuais, usuários de drogas, populações privadas de liberdade e profissionais do sexo.

A AIDS trouxe uma nova justificativa para a discriminação – a possibilidade de infecção -, mas gerou pouca inovação do ponto de vista de violação de direitos. As medidas coercitivas adotadas no contexto da contenção da epidemia de AIDS se somaram as outras violações voltadas aos cidadãos de segunda “*categoria*”, àqueles que disponham de menos recursos para contestá-las e que, além disso, eram também responsabilizados pela disseminação de AIDS.

O padrão global geral das violações de direitos humanos se repetiu no contexto da AIDS: as violações são piores para aqueles menos capazes de

reivindicar e proteger seus direitos, como detentos, profissionais do sexo, pessoas que pedem asilo ou dependentes de drogas. Essas pessoas tornaram-se alvo de medidas coercitivas ou compulsórias de controle da AIDS, e isso gerou uma necessidade adicional de associar AIDS a um amplo trabalho sobre direitos humanos. (Mann, Tarantola e Netter, 1993, p. 247)

Dessa forma, a pretexto de conter a disseminação da AIDS foram tomadas em diversos países do mundo medidas restritivas de direito, dentre elas jurídico-punitivas, direcionadas à discriminação de pessoas soropositivas (ou que supostamente o seriam) e indivíduos ou grupos associados à transmissão do HIV.

Ficou claro que, por trás da necessidade de identificar indivíduos e grupos infectados ou mais suscetíveis à infecção, sempre esteve a intenção clara de lutar contra inimigos, que, na epidemia de AIDS, eram duplamente perigosos, pois, além de representarem perigo à saúde coletiva, representavam uma ameaça a padrões comportamentais e morais da sociedade (Lopes, 2003, Mott 2004).

Medidas severas de restrição de direitos que, em outras áreas da saúde pública, não eram mais toleradas, como quarentena, isolamento, testagem e hospitalização compulsória, restrições à entrada ou permanência de pessoas soropositivas em determinados países, violação do direito ao sigilo e à privacidade, criminalização da transmissão do HIV, dentre outras, foram vastamente utilizadas como estratégia e “contenção” da AIDS. (Ayres, Paiva e França Jr., 2011)

Além disso, o alto custo da assistência e tratamento da AIDS serviu para reforçar as medidas discriminatórias. Na escassez de recursos científicos, médicos e sociais para dar resposta à epidemia que

se disseminava a nível global, sobrou espaço para a utilização de medidas discriminatórias, coercitivas e restritivas de direitos.

Nesse aspecto as normas jurídicas tiveram papel fundamental, vez que foi ao sistema jurídico que a saúde pública recorreu para embasar as medidas restritivas para a contenção da epidemia. É a legislação sobre AIDS que concedeu e estabeleceu os limites do exercício do poder das autoridades de saúde pública na realização da vigilância epidemiológica.

Após 1985, quando foi disponibilizado teste para diagnóstico do HIV, ou seja, quando passou a ser possível a identificação das pessoas vivendo com HIV, um movimento mundial de edição de leis ocorreu. A maioria dessas leis versava sobre o teste, e muitas consentiam que a autoridade de saúde pública realizasse testes compulsórios, recorressem às medidas restritivas como a vigilância de pessoas infectadas, seu isolamento ou segregação, hospitalização obrigatória ou restrições específicas a seus comportamentos. Tomando como exemplo os Estados Unidos, somente entre os anos de 1985 a 1987 entraram em vigor no país mais de 180 leis relacionadas ao HIV; 840 projetos de lei foram submetidos à votação no âmbito estadual, sendo 450 somente no ano 1987 (Mann, Tarantola e Netter, 1993).

Mais que o número de leis voltadas à epidemia de AIDS, o principal problema relacionava-se com o conteúdo discriminatório, tendo em vista que, a partir da epidemia de AIDS, praticamente todos os direitos e liberdade fundamentais foram afetados, do direito à educação, emprego e assistência médica à liberdade de expressão; passando pelo direito de ir e vir. (Ventura, 1999)

Não por acaso, que muitos setores da sociedade reagiram de forma irracional no trato com as pessoas vivendo com HIV e grupos mais atingidos. Como resultado, crescia ainda mais o clima de preconceito e

discriminação reforçado pelo desenvolvimento desordenado das políticas públicas. A falta ou divulgação equivocada de informação sobre a doença gerava crueldades individuais contra as pessoas vivendo e os grupos mais atingidos (Costa e Silva, 2000; Ferreira, 2003)

Por outro lado, do ponto de vista prático, outro problema tornou-se evidente. Com o decorrer da epidemia a relação entre discriminação/marginalização, principalmente no que tocava a grupos específicos atingidos, e a suscetibilidade à infecção pelo HIV ganhou novos contornos: a exclusão da sociedade com base em raça, etnia, nacionalidade, religião, sexo ou orientações sexuais foram identificados como fatores de aumento da suscetibilidade à infecção pelo HIV.

Uma das principais contribuições do diálogo necessário entre saúde e respeito aos direitos humanos é a identificação da discriminação como contraproducente para a eficácia de programas de saúde pública e como uma das principais causas subjacentes às más condições de saúde no mundo inteiro (Mann, Tarantola e Netter, 1993).

A possibilidade de infecção pelo HIV, em todas as suas nuances, era agravada por contexto de discriminação social. Uma nova perspectiva e desafio se colocaram frente a saúde pública a partir do cenário da epidemia de AIDS: encontrar estratégias não mais pautadas em deveres e obrigações, mas em garantia de direitos e liberdades.

Nesse sentido, pressões sociais começam a ser feitas a partir do fortalecimento da capacidade de mobilização social e resistência de grupos sociais para a transformação dos modelos discriminatórios legitimados pelo Direito, arraigadas nas políticas de saúde pública,

reiteradas pelas práticas sociais e um novo paradigma começa emergir dos direitos humanos com reflexos imediato nas práticas de saúde pública.

Sem dúvidas a adoção de indicadores mais amplos de direitos humanos permite reconstruir não somente as práticas de saúde, mas todo o sistema jurídico utilizado para embasá-las, uma vez que a história da saúde pública sempre privilegiou a lei como um meio mais eficiente de ação e mesmo os modelos abolicionista de intervenção não excluem um tipo de intervenção legal e jurídico-positiva (Ventura, 1999)

Nessa perspectiva, a Saúde Pública entra em um processo marcado por tarefas intelectuais e práticas de grandes proporções: retratar contextos internacionais e locais de incidência epidemiológica, sem culpabilizar, discriminar ou estigmatizar aqueles que são atingidos pela epidemia; ao mesmo tempo em que visa responsabilizar Estados e sociedade na tarefa de buscar o controle efetivo da infecção e criar condições de vida digna para as pessoas já infectadas. (Mann e Tarantola, 1996)

Nesse contexto, o conceito de grupo de risco, amplamente respaldado, que embasou políticas de saúde que se mostraram inapropriadas e ineficazes e que, ao mesmo tempo, provocaram uma acentuação de preconceito e discriminação de grupos mais atingidos pela epidemia que, não por coincidência, eram socialmente estigmatizados, começa a sofrer um processo de questionamento.

A noção de grupo de risco difundiu-se amplamente, especialmente através da grande mídia e agora não mais como categoria analítica abstrata, mas como verdadeira categoria ontológica, como uma identidade concreta. Os

chamados grupos de risco tornaram-se a base das poucas e toscas estratégias de prevenção preconizadas pelas políticas de saúde na época, mostrando-se tão equivocadas e ineficazes do ponto de vista epidemiológico como incitante de profundos preconceitos e iniquidades.

(...)

A prevenção gravitou, nessa época, em torno dos grupos de riscos e do tema da abstinência e do isolamento: os ‘pertencentes’ a esses grupos não deveriam ter relações sexuais, doar sangue, usar drogas injetáveis. Os resultados práticos dessas estratégias são bastante conhecidos: além de êxito técnico muito restrito, produziram em grande escala estigma e preconceito (Ayres, Calazans e França Jr., 2003)

No caso da AIDS o evento patológico era a presença de pessoas infectadas e grupos populacionais com maior incidência da epidemia (os chamados grupos de risco) que, em tese, representavam uma ameaça à saúde coletiva.

The implicit aim was to eradicate the risk for the largest part of population to detriment of some, since in describing the risk as a monopoly of certain social groups one tried to provide others with radical means of protection. (Delor e Hubert, 2000)

Num segundo momento, a partir da identificação das formas de transmissão do HIV, o enfoque passou a ser as práticas e comportamentos como o uso de drogas endovenosas, sexo anal, etc (Hubert e Delor, 2000). Nesse momento, passou a ser vastamente utilizada uma abordagem comportamentalista baseado no conceito de “comportamento de risco” e intensificaram-se as políticas pautadas na mudança de comportamento, sobretudo, daqueles que incorporavam ao

seu arcabouço comportamental práticas classificadas como de maior risco. (Paiva, 2000)

Embora grupo de risco e comportamento de risco tenham nuances diferentes, guardam similaridades no modo como operacionalizados para a identificação daqueles que, quer por seu comportamento quer por seu pertencimento a determinado grupo, eram responsabilizados pela disseminação da epidemia. (Paiva, 2000, Hubert e Delor, 2000, Lopes 2003)

Com o decorrer do tempo, a noção de grupo de risco e as medidas de saúde que nela encontravam esteio entram em franco processo de descrédito e passam a ser alvo de críticas. Por um lado, pela inadequação que a própria epidemia demonstrava; por outro, pela forte mobilização social e severos ataques dos grupos mais atingidos pela AIDS e pela exclusão subjacentes à epidemia.

Ainda na metade dos anos 90, a ideia de grupo de risco passou ser combatida, nomeadamente pelo movimento gay organizado, em substituição surge a ideia de comportamento de risco que se propõe a identificar características individuais capazes de maximizar a suscetibilidade de indivíduos. (Lopes, 2003 p.18)

O conceito epidemiológico de risco, bem como as mais diversas categoriais, que a partir dele foram plasmadas como grupos de risco e comportamento de risco, figuraram no centro de importantes contradições e conflitos. Já não era possível a utilização de medidas que sempre deixavam margem para restrições de direito de indivíduos ou grupo populacionais que significassem - a partir de uma avaliação superficial – risco à coletividade.

Ficou claro a necessidade de as pessoas responderem à transformações das práticas não no plano estrito da individualidade privada, mas como sujeitos sociais, como agentes da esfera pública da vida social. Intervenção estrutural, organização comunitária, construção de cidadania, ativismo político, ação judicial, direitos humanos, tudo isso passa a entendido como parte indissociável das ações de prevenção e cuidado. (Ayres, Calazans e França Jr., 2003)

Nesse contexto começa a ganhar espaço o conceito de vulnerabilidade. Originário da área da advocacia internacional pelos Direitos Universais do Homem, o termo vulnerabilidade, designa em sua origem, grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania (ALVES, 1994). A utilização do conceito, naquela época, representou forte contraposição à noção de risco, historicamente consubstanciada como uma forma de realizar uma associação imediata entre a ocorrência de um evento (indesejado) e condições objetivamente dadas.

Com efeito, o processo de progressivas intersecções entre o ativismo diante da epidemia da AIDS e o movimento mundial de luta pelos Direitos Humanos gerou um processo de construção de um novo paradigma. Embora esse processo tenha nuances e contribuições inumeráveis, foi da Escola de Saúde Pública da Harvard, notadamente a partir da publicação da obra *"AIDS in The World"*, que se dissemina amplamente a discussão do conceito de vulnerabilidade como uma forma de estabelecer uma relação entre dados epidemiológicos e capacidade (sobretudo dos Estados) de dar respostas à epidemia.

É nesse contexto que o conceito de vulnerabilidade se desenvolve. Podendo ser resumido justamente como um movimento tendente a considerar a chance de exposição ao adoecimento como a

resultante de um conjunto de aspectos individuais, coletivos, contextuais que acarretam maior ou menor suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se (Paiva, 2000); para tanto aponta que a vulnerabilidade pode ser aferida a partir dos índices que apontam para maior ou menos suscetibilidade à infecção pelo HIV e a atuação dos programas de AIDS em resposta a estes índices. Desse modo, a vulnerabilidade à infecção pelo HIV será menor quanto maior for a eficácia dos programas instalados para combater a epidemia.

A vulnerabilidade Nacional pode ser aferida através de uma matriz bidimensional contendo os pontos obtidos pelo programa nacional de combate à AIDS e o índice de vulnerabilidade social. Os países que apresentam maior vulnerabilidade tem programas nacionais de combate à AIDS de baixa qualidade e altos índices de vulnerabilidade social; os países que apresentam menor vulnerabilidade possuem programas nacionais de combate à AIDS eficazes e baixo índices de vulnerabilidade (Mann, Tarantola e Netter, 1993, p. 227).

5. Entendendo os impactos do estigma e da discriminação no contexto da epidemia de Aids

“Our mission is to build a better world. To leave no one behind. To stand for the poorest and the most vulnerable in the name of global peace and social justice.”⁶¹

Ban Ki-moon
Secretário Geral das Nações Unidas

Desde os primeiros anos da epidemia, o estigma e a discriminação tem impulsionado a disseminação do HIV e aumentado os impactos negativos da epidemia. Após três décadas, continuam presentes em todos os países e regiões do mundo e obstaculizam a prevenção de infecções e garantia de assistência e tratamento adequados. (UNAIDS, 2014; UNAIDS, 2013; WHO 2013; Hubert e Delor, 2000; Parker 2000)

Em muitos países e comunidades, o estigma associado ao HIV e a discriminação que dele resulta podem ser mais devastadores que a doença em si mesma: abandono pela comunidade e familiares, ostracismo social e no ambiente de trabalho, negativa de tratamento, cuidado e suporte e, em casos extremos, violência física e morte, ainda se apresentam como manifestações concretas da discriminação contra pessoas vivendo com HIV.

Stigma and discrimination persist within many health care facilities, with people living with HIV experiencing judgmental attitudes from providers and refusal of services. People who experience stigma and discrimination report a range of negative effects, including

⁶¹ FONTE: UNAIDS. The Gap: UNAIDS / JC2656 (English original, July 2014, updated September 2014. P.2

loss of income, isolation from communities and inability to participate as a productive member of society as a result of their HIV status. According to surveys conducted via the People Living with HIV Stigma Index, instances of stigma and discrimination exact profound psychological costs, resulting in feelings of guilt, shame and suicidal thoughts. (UNAIDS, 2014 p. 84)

Essas consequências de viver com HIV, ou o medo delas, afastam as pessoas, principalmente os grupos mais expostos à infecção, dos serviços de saúde voltados ao diagnóstico e obstaculizam a adoção de comportamentos preventivos, revelação da condição sorológica e o acesso ao tratamento (UNAIDS, 2014; UNAIDS, 2013)

O estigma associado ao HIV é um problema de múltiplas faces e tende a construir e reforçar conotações negativas através da associação do HIV com grupos com comportamentos já marginalizados como trabalho sexual, o uso de drogas, as praticas sexuais homossexuais ou a discriminação de outros grupos vulneráveis como prisioneiros e imigrantes. (Mann e Tarantola, 1996)

O pertencimento a um determinado grupo leva a uma presunção ou expectativa de soropositividade (se é “viado”, “puta”, “drogado” deve ser “aidético”). A recíproca é verdadeira, a soropositividade passa a presumir o pertencimento a grupos marginalizados ou a prática de comportamentos desviantes (se é “aidético” deve ser “viado”, “drogado”, “puta”, etc).

Através dessa associação, o estigma vincula-se às relações de poder e dominação social, criando e reforçando desigualdades por meio das quais visa reiterar a superioridade de alguns grupos e a desvalorização de outros. A desigualdade acentua a suscetibilidade à infecção pelo HIV de grupos que sofrem processos históricos de

discriminação e, a infecção pelo HIV, por sua vez, agrava o estigma e a discriminação.

Se, por um lado, estigma e discriminação acentuam a vulnerabilidade de determinados grupos sociais à infecção pelo HIV, por outro, ao serem infectados, os indivíduos passam a ser alvo de uma dupla discriminação. (Parker, 2000)

A discriminação e o estigma relacionado ao HIV são violações de direitos humanos e necessariamente precisam ser combatidos através da garantia de direito e do fortalecimento de pessoas vivendo com HIV e dos grupos mais atingidos. (UNAIDS 2014, Gruskin e Tarantola, 2002). Para além do campo da saúde, pensar em respostas para epidemia de AIDS passa necessariamente por intervir nas estruturas sociais que perpetuam contextos históricos de estigma e discriminação de indivíduos, grupos populacionais em contextos complexos e multifacetários.

Sem realizar mudanças a longo prazo na estrutura da sociedade, nas relações de poder que sujeitam determinadas populações e comunidades à maior vulnerabilidade diante da infecção por HIV (ao mesmo tempo que protege outras) não pode haver uma esperança real de terminar ou mesmo frear a epidemia. Sem **superar a sólida recusa de seus direitos básicos e de sua dignidade**, homens gays e bissexuais, prostitutas e usuários de drogas injetáveis continuarão a sofrer os efeitos da epidemia, seja qual for o grau de mudança de comportamento por parte do indivíduo dentro desses grupos. Sem que haja **transformação das relações desiguais de poder e de gênero** que existem em toda sociedade as mulheres do mundo inteiro continuarão a ser alvos preferenciais da infecção e serão incapazes de negociar e garantir sua própria

segurança. Sem **corrigimos a injustiça socioeconômica** que existe dentro das nações quanto entre o mundo desenvolvido e em desenvolvimento, os pobres (tanto no Norte, como no Sul) continuarão a sofrer maior impacto de uma epidemia que já se tornou íntima da pobreza e da miséria (Parker, 2000, p.107).

5.2 Estigma: conceituações e aplicabilidades ao campo da sexualidade e gênero

Embora estigma e discriminação sejam termos correlatos que, apesar de designarem fenômenos diversos, guardam relação estreita e, por vezes, são utilizados de modo intercambiado; para desenvolvimento desse estudo é necessário fixar o sentido em que cada um será utilizado, levando sempre em consideração as relações intergrupais nas quais, no quadro específico das relações de poder, o estigma e a discriminação, se materializam. (Lacerda, Pereira e Camino, 2002)

Nesta perspectiva, merece destaque o conceito de estigma trazido pelo sociólogo americano Erving Goffman que realizou eminente estudo voltado para a análise das relações sociais pautadas pelo preconceito e pela discriminação. Para o autor, o estigma tem sido identificado como um processo dinâmico de deterioração da identidade de determinados indivíduos aos olhos dos outros.

O termo estigma, portanto, será usado em referência a um atributo profundamente depreciativo, mas

o que é preciso, na realidade, é uma linguagem das relações e não dos atributos. Um atributo que estigmatiza alguém serve para confirmar a normalidade de outrem, portanto, ele não é em si mesmo, nem honroso nem desonroso. (Goffmam 1988,p.12)

O estigma é uma construção social, eminentemente de natureza relacional, legitimada por uma rede de normas, códigos e comportamentos de um grupo ou sociedade hegemônica (Gramsci, 1978a), que circunscreve, de forma simbólica ou concreta, territórios de normalidade (Goffmam, 1988).

Não é a distinção consequência da diferença; ao contrário, é a noção âmagô das relações sociais que se atribui valoração à diferença e, a partir dela, se estabelece uma oposição entre o desejável e o indesejável, o humano e o subumano (ou desumano), o normal e o anormal, o sadio e o patológico. E, *com base nisso, fazemos vários tipos de discriminação, através das quais efetivamente, e muitas vezes sem pensar, reduzimos as chances de vida* (Goffmam, 1988, p.14)

Para que o estigma exista, é necessário que um conjunto de circunstâncias se combine e possibilitem que algo seja admitido como verdade. Esse conjunto de circunstâncias está atravessado e ordenado por relações de poder que permitem que determinadas verdades (e não outras) apareçam.

As verdades, em nossa sociedade, pressupõem manutenção de interesses e precisam que, acreditemos nelas, ainda que isso importe em uma desvantagem (pessoal) e garanta o privilégio (de outros). Daí que, os saberes ou enunciados “verdadeiros” em torno dos quais vivemos e com os quais lidamos cotidianamente precisam ser analisados em função das relações de poder que os sustentam. (Foucault, 1997; Foucault, 1980)

No campo da sexualidade não é diferente, um conjunto de normas regula as relações afetivas e sexuais e articula-se com marcadores sociais como classe, raça, gênero, religião, ao passo que legitimam determinadas práticas sexuais e afetivas, desqualificam e deslegitimam outras formas de exercício da sexualidade e da afetividade que não se enquadram nos estereótipos de normalidade.

(...) é o resultado complexo de uma experiência histórica singular e não uma invariante passível de diversas manifestações. Desta forma, falar de sexualidade é também se referir à produção dos saberes que a constituem aos sistemas de poder que regulam suas práticas e às formas pelas quais os indivíduos podem e devem se reconhecer como sujeitos sexuados (Foucault, 1980)

Nesse contexto, embora as práticas sexuais e afetivas entre pessoas do mesmo sexo existam simultaneamente às relações entre pessoas de sexos opostos, sem que a (co) existência implique em diferenciação, em grande parte das sociedades atuais, há uma categorização que distingue os sujeitos-sexuados com base nas preferências sexuais e, a partir daí, afere valoração às práticas sexuais e aos indivíduos.

Há um processo de hierarquização, pois da existência da diferenciação das identidades e das práticas sexuais, surge a necessidade de separar o joio do trigo, os que são dos que não são, numa relação mútua que, a partir da comparação entre diferentes, permite a aferição de (des) valor. É desse processo que surge a ideia de homossexualidade, uma oposição ao que, por ser o normal, não tinha nome, e o homossexual, o sujeito desviante, em oposição ao heterossexual, o sujeito cujo comportamento sexual é a referência.

Ainda que por toda parte se afirme a primazia da heterossexualidade, observa-se que, curiosamente ela se constitui como sexualidade-referência a partir da visibilização da homossexualidade. A heterossexualidade só ganha sentido na medida em que inventa a homossexualidade. Então ela depende da homossexualidade para existir. O mesmo pode ser dito em relação ao sujeito heterossexual: sua definição carrega a negação de seu oposto. Ao dizer eu sou heterossexual, um homem ou uma mulher acabam invariavelmente por ter que recorrer a algumas características ou marcas atribuídas ao homossexual, na medida em que ele ou ela precisa afirmar também o que não são. Do outro lado do par o movimento será o mesmo de heterossexualidade para dizer de si. Há uma reciprocidade nesse processo. A dicotomia sustenta-se numa única lógica. (Louro, p.89)

Os discursos sobre o corpo-sexuado (Foucault, 1980) que, de tanto serem repetidos, nos parecem óbvios, e não intencionais, reiteram a heterossexualidade não como uma dentre outras possibilidades de manifestação do desejo sexual, mas como a sexualidade legítima. Estamos diante de um modelo normativo que se liga a uma cadeia de intencionalidade que visam intervir nas identidades sociais por intermédio de um conjunto de categorias que, para confirmar a existência de uma sexualidade verdadeira, pressupõe uma relação linear entre sexo biológico (corpo), identidade de gênero (cultura) e sexualidade. (Bento, 2006, Butler, 1990)

Da mesma forma, gênero não é uma construção social imposta a uma matéria antes determinada (o sexo), e sim um efeito performático que possibilita a constituição e o reconhecimento de uma trajetória sexuada, a qual adquire estabilidade em função da repetição e da reiteração de normas. Assim, é importante pensar por meio de que normas reguladoras se materializam os sistemas sexo-gênero. (Butler, 2002)

A dicotomia natureza (corpo) *versus* cultura (gênero) não tem sentido, pois não existe um corpo anterior à cultura; ao contrário, ele é fabricado por tecnologias precisas. O corpo-sexuado (o corpo-homem e o corpo-mulher) que dá inteligibilidade aos gêneros e encontra seus próprios limites discursivos, uma vez que nem sempre gênero significará o corpo, revertendo um dos pilares de sustentação das normas de gênero (Connel 1995; Almeida 1995; Butler, 1990). Ao realizar tal inversão, deparamos com outra ‘revelação’: a de que o corpo tem sido desde sempre gênero e que, portanto, não existe uma essência interior e anterior aos gêneros. (Butler, 1990).

Apesar do esforço normatizador que pretende enquadrar todos os indivíduos num padrão que estabelece uma relação unívoca entre sexo biológico e identidade de gênero, a realidade não se furta ao direito de apresentar possibilidades outras que ultrapassam as fronteiras de análise cartesiana dos sujeitos-sexuados, como expressão do desejar ser que, por conseguinte, transcende os corpos e os sexos, revelando a incongruência dos sistemas que buscam relacionar sexo/sexualidade/gênero/identidade sexual. (Bento, 2006)

Nessa linha de raciocínio, é possível identificar a sexualidade a partir de um discurso normativo que reafirma o princípio de que os seres humanos nascem como macho e fêmea – definido sem hesitação a partir sexo biológico – e “naturalmente” vão se identificar com o gênero correspondente ao respectivo sexo de nascimento – masculino ou feminino – e, conseqüentemente, serão conduzidos a manifestarem uma única forma de desejo presumida a partir de um alinhamento natural.

Na ideia de uma sexualidade “natural”/ “normal” está implícita a reiteração uma sexualidade “verdadeira” e de que outras formas de exercer a sexualidade são subversão à norma, um acidente de percurso, um desvio. (Louro, 2009)

Em outro sentido, a constatação da normatividade tem função libertadora que consiste no poder de nos alertar para a um fato que quer se manter oculto: a norma é tramada no tecido social de nossas vidas numa série de níveis, do institucional ao cotidiano e nos permite reconhecer que as identidades, por mais óbvias que pareçam, envolvem negociações de sentido e, portanto, são questionáveis. Desse modo, uma “a sexualidade verdadeira” não passa de um discurso (intencional) sobre a sexualidade, que, exatamente para manter seu caráter normativo, traveste-se de verdade.

Sabemos hoje que as identidades culturais não são rígidas nem, muito menos imutáveis. São resultado de sempre transitórios e fugazes de processos de identificação. Mesmo as identidades aparentemente mais sólidas, como as de mulher, homem, país africano, país latino-americano, ou país europeu, escondem negociações de sentido, jogos de polissemia, choques de temporalidades em constantes processos de transformação, responsáveis em última instância pela sucessão de configurações hermenêuticas que de uma época para a outra dão corpo e vida a tais identidades. Identidades são, pois, identificações em curso. (Santos, p.135)

5.3 A não-discriminação como proteção a grupos e minorias

Em virtude da necessidade de compreender como processos discriminatórios se materializam, sobretudo no contexto da epidemia de AIDS, cabe, neste trabalho, a realização, de uma abordagem da discriminação pelo prisma jurídico. Sem ignorar que, *a discriminação encontra-se estritamente vinculada aos processos sociais de opressão e dominação, como expressão de poder e privilégio*, (Marshall, 1998) por esse viés sociológico de percepção da discriminação, são dos processos históricos que se originam práticas discriminatórias.

A adoção do conceito jurídico de discriminação, todavia, tem uma função específica: visibilizar ações e omissões, sobretudo do Poder Público, que geram discriminação no contexto de epidemia de AIDS, em especial entre jovens gays e outro HSH, mas também apontar para uma atuação de resistências múltiplas, com ênfase no processo de afirmação histórica dos direitos humanos que reverberou na construção de ampla legislação - internacional e nacional - que podem ser evocada como instrumento reivindicatório frente ao Estado. (Comparato, 2004, Bobbio, 1992)

O conceito jurídico de discriminação tem o seu desenvolvimento no processo recente de evolução histórica dos direitos humanos, cujos termos podem ser encontrados na Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial⁶² e na Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher⁶³. De

⁶² Aprovada pela Nações Unidas em 21 de dezembro de 1965 e ratificada pelo Brasil em 27 de março de 1968.

⁶³ Aprovada pelas Nações Unidas em 18 de dezembro de 1979 e ratificada pelo Brasil em 31 de março de 1981.

acordo com essas Convenções, a discriminação constitui-se em “qualquer distinção, exclusão, restrição ou preferência que tenha o propósito ou efeito de anular ou prejudicar o reconhecimento, gozo, ou exercício em pé de igualdade de direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos econômico, social, cultural ou em qualquer campo da vida pública”.

Em verdade, para além da conceituação jurídica de discriminação nas supracitadas Convenções, a proibição de práticas discriminatórias, vem sendo vastamente suscitada na legislação internacional a partir da consagração do princípio básico da não-discriminação, elencado no artigo 1º da Declaração Universal dos Direitos Humanos, ao afirmar que “todos os seres humanos são iguais em dignidade e direitos” e em tratados básicos de direitos humanos, incluindo o Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos (art. 2º), o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (art.2º) e a Convenção Sobre os Direitos das Crianças (art.2º).

As cláusulas de não-discriminação nos instrumentos internacionais exigem que os direitos neles enunciados sejam reconhecidos e adotados, impondo aos Estados o dever de zelar para que suas leis, políticas e programas não sejam discriminatórios, ao mesmo tempo que promovam leis, políticas e programas que promovam a redução dos contextos de discriminação.

Em virtude do artigo 2º do Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos⁶⁴, por exemplo, cada um dos Estados signatário se compromete a respeitar e garantir a todos os indivíduos que se encontram em seus respectivos territórios e estejam sujeitos à sua jurisdição o

⁶⁴ Adotado pela Resolução 2200 (XXI) pela Assembleia Geral da ONU em 16 de dezembro de 1966. O Brasil aderiu em 24 de novembro de 1992.

reconhecimento dos direitos elencados no Pacto, sem distinção alguma de raça, etnia, sexo, idioma, religião, posição política ou de outra natureza, origem nacional ou condição econômica, nascimento ou qualquer outra condição social⁶⁵.

Da mesma forma, na Convenção sobre os Direitos da Criança, os Estados-Parte comprometem-se a respeitar e garantir os direitos nela previstos a todas as crianças e adolescentes - de zero a dezoito anos - que se encontrem sujeitas à sua jurisdição, sem discriminação alguma. O Estado tem obrigação de proteger a criança e o adolescente de todas as formas de discriminação e de tomar medidas positivas para promover os seus direitos. Não há exceção a essa regra que não seja discriminatória!

Vale salientar que, embora não haja menção expressa sobre discriminação com base na orientação sexual ou ainda em relação às diferentes faixas etárias, os motivos específicos de discriminação mencionados no Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos e na Convenção Sobre os Direitos da Criança e em outros tratados de direitos humanos não são exaustivos. Ao contrário, houve uma intencionalidade na utilização da frase “qualquer outra condição social”.

A orientação sexual, como a identidade de gênero, a idade e o estado de saúde, não foram elencados por motivos específicos à época da elaboração dos documentos. Todavia, essas condições têm servido de pretexto para distinção e violação de direitos na sociedade contemporânea e necessitam ser evidenciadas como formas específicas de discriminação que devem ser enfrentadas pelos Estados.

Ainda no âmbito do Direito Internacional e visando reduzir violações de direitos humanos sofridas pela população LGBT, em todo mundo, o Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas aprovou,

⁶⁵ Trecho do artigo 2º do Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos

em 17 de julho de 2011, a resolução 17/19⁶⁶, sobre a violação dos direitos humanos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT). A partir da resolução, pela primeira vez na história, as Organizações das Nações Unidas realizou um estudo que documentou leis e práticas discriminatórias e atos de violência contra as pessoas por motivo de sua orientação sexual e identidade de gênero, em todas as regiões do mundo; e indicou como a legislação internacional de direitos humanos pode ser utilizada para pôr fim à violência e às violações dos direitos humanos.

Ainda de acordo com o referido documento da ONU, para o enfrentamento de todas as violações aos direitos humanos perpetradas que se relacionam com orientação sexual ou a identidade de gênero, é de vital importância entender a obrigação dos Estados de destinar e enfatizar respostas emergenciais.

No ano de 2014, na vigésima sétima sessão do Conselho de Direitos Humanos da ONU aprovou resolução a segunda resolução sobre direitos humanos LGBT proposta pelo Brasil, Chile, Colômbia e Uruguai.

A resolução pede ao Alto Comissariado para os Direitos Humanos para atualizar um estudo de 2012 sobre a violência e discriminação com base na orientação sexual e identidade de gênero, considerando a partilha de boas práticas e maneiras de superar a violência e discriminação.

⁶⁶ Trata-se de informe apresentado ao Conselho de Direitos Humanos em conformidade com a resolução 17/19, em que o Conselho pediu a Alta Comissária da Nações Unidas para os Direitos Humanos a realização de um estudo a fim documentar as leis, práticas discriminatórias e os atos de violência cometidos contra pessoas em razão da orientação sexual e de gênero e a forma em que a norma internacional de direitos humanos poderia se aplicada para combater as violações de direitos motivadas pela orientação sexual em todo o mundo.

Figura 12 - Aprovação de Resolução sobre Direitos Humanos de LGBT⁶⁷

Mais uma vez a resolução manifesta profunda preocupação com os atos de violência e discriminação em todas as regiões do mundo, cometidos contra indivíduos devido à sua orientação sexual e identidade de gênero e serve para acentuar a imagem do Brasil como um dos grandes defensores dos direitos da população LGBT em todo o mundo, ao passo que pode servir como um instrumento para pressionar o governo brasileiro no âmbito interno.

No que tange especificamente à legislação brasileira, merece destaque o Princípio da Isonomia, consagrado na Constituição Federal em seu artigo 3º, IV que preceitua que “constituem objetivos

⁶⁷ FONTE: Site oficial da campanha à reeleição de Presidenta Dilma Rouseff, disponível em: <http://mudamais.com/daqui-para-melhor/cdh-da-onu-aprova-resolucao-sobre-direitos-humanos-de-lgbt-proposta-pelo-brasil>, acesso em 31 de dezembro de 2014

fundamentais da República Federativa do Brasil promover o bem de todos, sem preconceito de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação”.

Por sua vez, o artigo 5º, *caput*, enuncia que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade (...)

Quanto às pessoas menores de 29 anos, a Constituição Federal, estabelece no seu artigo 227º que é dever Estado assegurar os direitos fundamentais à criança, ao adolescente e ao jovem, colocando-os a salvo de toda forma de negligência, **discriminação**, exploração, violência, crueldade e opressão. A não-discriminação e o direito à igualdade encontram espaço privilegiado nos dispositivos normativos constitucionais, ao passo que confirmam o dever do Estado brasileiro de eliminar os tratamentos discriminatórios:

Sim, porque ultrapassando o modelo do Estado burguês que se ocupava da dimensão meramente formal do postulado isonômico, passou o ente estatal a interferir na vida em sociedade para efetivar a isonomia de natureza substancial, que vem a ser a intervenção do Estado para, ao reconhecer as diferenças essenciais entre os indivíduos, tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais, na medida de suas desigualdades, segundo a célebre definição aristotélica (Silva Neto, p. 220)

Nesse sentido, a partir da Carta Magna, a não-discriminação aponta para a necessidade de eliminação de violações do Princípio

Isonômico sob a ótica mais substantiva que meramente formal, tendo em vista o papel (dever) do Estado de atuar, tanto na garantia dos direitos constitucionais sem qualquer tipo de discriminação, quanto no enfrentamento das práticas discriminatórias perpetuadoras do binômio prejuízo e privilégio, gerados a partir de tratamentos desiguais do ponto de vista jurídico e social.

5.4 Direito à prevenção: a tutela do direito à saúde e os jovens gays

Diante dos dados que evidenciam a maior suscetibilidade de grupos específicos à infecção pelo HIV, em especial os denominados jovens gays e outros HSH e reconhecendo que a AIDS é permeada por fenômenos multidimensionais de violação de direitos humanos, faz-se necessária a realização de uma abordagem que leve em consideração a atuação do Estado diante do problema.

Neste sentido, é possível encontrar no Direito elementos que apontam para a responsabilidade estatal no que tange à (prevenção à) saúde, haja vista que o Direito à saúde, em especial de adolescentes e jovens, goza de vasta proteção nos instrumentos internacionais.

O Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais⁶⁸, ao versar sobre o direito à saúde no artigo 12, aponta que os Estados-Parte reconhecem o direito de toda pessoa desfrutar do mais elevado nível de saúde física e mental. Para tanto, o mesmo artigo, designa aos Estados a execução de medidas com o fim de assegurar o exercício do direito à saúde, dentre as quais destaca a prevenção às doenças epidêmicas (caso da AIDS), bem como o combate a elas.

Na mesma direção, no artigo 10 dos Excertos do Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos⁶⁹ em matéria de direitos econômicos, sociais e culturais, responsabiliza o Estado por resguardar o direito à saúde a todos inerente, inclusive, através de políticas preventivas.

No que toca especificamente às pessoas entre zero e dezoito anos, a Convenção Sobre os Direitos da Criança⁷⁰, no artigo 24, reforça o dever do Estado tendo em vista a atenção especial que a condição de ser em desenvolvimento, inclusive biológico, demanda:

Art. 24 - 1. Os Estados Partes reconhecem à criança o direito a gozar do melhor estado de saúde possível e a beneficiar de serviços médicos e de reeducação. Os Estados Partes velam pela garantia de que nenhuma criança seja privada do direito de acesso a tais serviços de saúde.

⁶⁸ Adotado pela Resolução 2200^a (XXI) da Assembleia Geral das Nações Unidas em 16 de dezembro de 1966. O Brasil aderiu em 24 de janeiro de 1992 pelo decreto nº 591.

⁶⁹ Adotado pela Assembleia Geral da OEA em 17 de novembro de 1988. O Brasil aderiu em 08 de agosto de 1996 e ratificou em 21 de agosto de 1996.

⁷⁰ Adotada pela Resolução 44/25 da Assembleia Geral da ONU em 20 de novembro de 1989. Ratificada pela Brasil em 24 de setembro de 1990

Da análise dos dispositivos, em conformidade com a Convenção, a pessoa entre zero e dezoito anos tem direito a gozar do melhor estado de saúde possível e a beneficiar-se de serviços que permitam a recuperação e a preservação da saúde. Nessa senda, os Estados devem dar especial atenção aos cuidados de saúde primária, às medidas de prevenção e à educação em termos de saúde pública.

Já no que tange ao direito interno, a partir da Constituição Federal de 1988, os direitos sociais foram inscritos na condição de cidadania, sendo assegurados de forma universal pelo Estado. O direito à saúde está estabelecido como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação (art. 196).

Os contornos do direito constitucional à saúde no Brasil abarcam tanto a garantia de serviços e ações que promovam a recuperação, quanto estabelece a obrigação do Estado de intervir de forma a prevenir os agravos à saúde. Nesse sentido, preleciona o professor Manoel Jorge e Silva Neto que “a proteção constitucional se dirige não apenas ao tratamento da doença quando instalada, mas sobretudo à adoção de medidas preventivas de promoção à saúde mediante políticas sociais e econômicas”(Silva Neto.p. 478).

Ressalta-se que não há dúvidas quanto ao caráter prestacional do dever designado ao Estado, exigindo deste um papel proativo na prevenção dos agravos à saúde. Entretanto, no que tange especificamente aos adolescentes e jovens, o legislador, no artigo 227 com redação dada pela Emenda Constitucional 65, fez questão de ser ainda mais enfático:

Art. 227 **É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade**, o direito à vida, à **saúde**, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

§ 1º **O Estado promoverá programas de assistência integral à saúde da criança**, do adolescente e do jovem, admitida a participação de entidades não governamentais, mediante políticas específicas e obedecendo aos seguintes preceitos: (grifamos)

Percebe-se que estamos diante de uma obrigação do Estado de garantir com absoluta prioridade e de maneira integral o direito à saúde dos adolescentes e jovens, por meio da promoção de programas de assistência à saúde. Assim, toda criança, adolescente e jovem é titular de direito subjetivo à saúde que deverá ser garantido sem haver qualquer forma de discriminação.

O preceito constitucional de natureza programática (arts.196 e 227 da CF) é reafirmado no Estatuto da Criança e do Adolescente, conforme se verifica da análise do artigo 7º, *in verbis*:

Art. 7º A criança e o adolescente tem direito à proteção vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.

Cabe ao Estado efetivar políticas públicas que salvaguardem a proteção da saúde, devendo ser garantido o acesso à prevenção aos

agravos à saúde, inclusive mediante a promoção de educação sanitária que deve abarcar os adolescentes e jovens, seus pais e educadores. É o que preleciona o artigo 14º, *in verbis*:

Art.14 O Sistema Único de Saúde promoverá programas de assistência médica e odontológica para a prevenção das enfermidades que ordinariamente afetam a população, **e campanhas de educação sanitária para pais, educadores e alunos** (grifamos).

Em conformidade com a vasta legislação internacional e o ordenamento jurídico pátrio, resta evidenciada a responsabilidade do Estado Brasileiro na prevenção e no tratamento dos agravos à saúde das jovens e adolescentes, e nos remete a necessidade de refletirmos a respeito das respostas adotadas pelo Brasil frente aos elevados índices de infecção nos jovens, com incidências ainda mais alarmantes em gays.

6. Tratados e Convenções: do descumprimento à utilização como ferramenta útil à emancipação

O flagrante descompasso entre aquilo que o Estado brasileiro se compromete no âmbito internacional e as práticas internas no enfrentamento da epidemia de AIDS, impõem uma necessidade de reflexão sobre como a ratificação de tratados e convenções de direitos humanos pode ser ferramenta útil à efetivação de direitos no plano interno.

Rather it is to ask whether the promulgation of the rights contained in these agreements over the past decades has contributed to realization of such rights. Empirically, what has the international bill of rights contributed to realization of these rights around the world? (SIMMONS, p.437)

Na busca por resposta à pergunta proposta, é válido ressaltar que, no caso específico do Brasil, conforme expresso no artigo 5º, § 2º da Constituição Federal, os tratados internacionais são instrumentos constitucionais de reconhecimento de direitos e garantias. No mesmo sentido, o § 3 do artigo 5º preleciona que “os tratados e convenções internacionais sobre direitos humanos que forem aprovados, em cada Casa do Congresso Nacional, em dois turnos, por três quintos dos votos dos respectivos membros, serão equivalentes às emendas constitucionais”. Ou seja, o direito constitucional brasileiro estabelece

procedimentos⁷¹ para a incorporação dos tratados que, uma vez cumpridos, garantem a equiparação às emendas à Constituição.

Não há dúvidas quanto ao status dos tratados internacionais quando incorporados ao ordenamento jurídico pátrio; todavia, diante do reiterado descumprimento e violação de direitos humanos, é necessário aprofundar o debate sobre a responsabilidade do Estado Brasileiro na efetivação dos direitos e garantias incorporadas ao ordenamento jurídico interno via tratados e convenções. Neste ponto, cabe assinalar apurada reflexão de Trindade:

As obrigações internacionais de proteção, ao vincularem todos os poderes do Estado, tem um amplo alcance. A par das obrigações atinentes especificamente a cada um dos direitos protegidos, os tratados de direitos humanos consagram as obrigações gerias de assegurar o livre e pleno exercício desses direitos protegidos e adequar ao direito interno às normas de convencionais de proteção. O descumprimento dessas obrigações enseja prontamente a responsabilidade internacional do Estado, por atos ou omissões, seja do Poder executivo, seja do legislativo, seja do judiciário. Se maiores avanços não têm sido em razão de obstáculos jurídicos – que na verdade não existem -, mas antes da falta de vontade do poder público de promover e assegurar uma proteção mais eficaz dos direitos humanos. (TRINDADE, p.61)

As barreiras à efetivação dos direitos humanos – especialmente no Brasil – não podem ser vistas pelo prisma da assunção jurídica de

⁷¹ Segundo Gilmar Mendes “os efeitos dos tratados internacionais sujeitam-se a efetiva incorporação ao ordenamento jurídico brasileiro. Assim, a aplicabilidade dos preceitos internacionais somente é possível a partir do momento que cumpridos os requisitos solenes para a sua devida integração à ordem-jurídico constitucional, a saber: i) celebração de convenção internacional, ii) aprovação pelo parlamento, ii) a ratificação pelo Chefe de Estado”.

responsabilidades no plano internacional ou mesmo internamente. É no que tange à atuação do Poder Público, sobretudo na execução de políticas públicas voltadas à concretização do quanto disposto nas obrigações assumidas, tendo em vista complexidade técnica e operacional e, sobretudo, pelos intensos conflitos de interesses nelas envolvidos, que devemos concentrar os esforços analíticos. Faz-se mister, entender de que forma o Estado está atuando na disponibilização de recursos, no aparelhamento do poder judiciário e na garantia da participação popular, sobretudo das populações vulneráveis, na elaboração, implementação e monitoramento de políticas públicas como promove a superação de obstáculos sociais e culturais que mantêm as populações vulneráveis distantes de seus direitos (Santos, 2008).

Ela deve concentrar-se em torno de instrumentos próprios de realização de políticas públicas, que são os orçamentos. Seria preciso assim, entre outras medidas, institucionalizar a participação popular na elaboração dos orçamentos públicos, aparelhar uma ação judicial de inconstitucionalidade de políticas públicas (e não apenas de leis ou atos normativos da Administração Pública), bem como reconhecer a competência do judiciário para invalidar a aprovação de orçamentos que desrespeitem as prioridades sociais estabelecidas na Constituição. (COMPARATO, p.222)

Cabe também enfatizar o papel dos cidadãos e da sociedade civil organizada no monitoramento e avaliação daquilo que vem sendo realizado ou negado pelo Estado. Não há que pensar em uma posição passiva, mas proativa dos sujeitos de direitos tendo em vista o conflito de interesses envolvidos na execução de políticas públicas:

But the greatest differences are to be found where citizens have the capacity and motivation to mobilize, and the government practices are most easily observed and monitored. (SIMMONS, p.438)

Os tratados internacionais podem ser apropriados pelos movimentos de resistência para o embasamento de um posicionamento questionador e propositivo da sociedade frente as violações de direitos e para a proposição uma visão contra hegemônica construída a partir das “minorias” na luta pela emancipação social como uma alternativa ao modelo posto. Como propõe Santos, “é necessária uma nova política de direitos, uma renovada abordagem da tarefa de capacitação das classes populares nas suas lutas por soluções emancipadoras para além da modernidade ocidental e do capitalismo global” (SANTOS, p.36)

7. Considerações finais

O presente trabalho tinha como objetivo principal compreender os processos sociais, jurídicos e históricos que permeiam as infecções pelo HIV entre os grupos mais atingidos pela epidemia de AIDS, com ênfase na visibilização dos direitos humanos como estratégia útil às políticas de Saúde Pública.

Ao termino deste trabalho, tornou-se perceptível que há muito que se pesquisar e refletir sobre a temática, vez que, em hipótese algumas, pretendeu esta pesquisa encerrar as discussões, ao contrário, objetivou a constatação de um problema, qual seja, os índices de incidência do HIV em populações específicas, em especial os jovens gays e outros HSH no Brasil e aferir responsabilidades no seu enfrentamento, sobretudo a partir da garantia de direitos. Há algumas conclusões preliminares foi possível chegar, todavia.

Foi possível concluir que a epidemia de AIDS, do seu surgimento aos dias atuais, é influenciada por contextos históricos de opressão e desigualdade. Marcadores sociais de raça, de classe, de gênero, reverberam e se intercambiam com o estigma e a discriminação de grupos específicos como homossexuais, usuários de drogas, profissionais do sexo, mulheres, negros, jovens etc. e dão contornos à epidemia, incidindo de forma direta na acentuação da vulnerabilidade ao HIV.

Dessa forma, a discriminação a grupos específicos mais atingidos foi acentuada a partir da epidemia de AIDS, gerando violações de direitos fundamentais de diversas ordens. Mas que, por outro viés, foi possível a resistência e a luta desses grupos pela afirmação de seus direitos colocaram em “xeque” as abordagens tradicionais de saúde pública, pautadas em restrição de direitos e liberdade individuais e

possibilitou o surgimento de um novo paradigma, pautado na garantia de direitos e enfrentamento de contextos sociais de estigma de discriminação.

Esse processo reverberou no questionamento do conceito de risco, (co) responsabilizando setores outros da sociedade na aferição da suscetibilidade ao HIV. Esse novo conceito passou, então, a compor elementos individuais, sociais e programáticos, dando novo enfoque na atuação do Estado para garantir o direito à prevenção e não-discriminação.

Foi possível concluir também que, no panorama atual da infecção pelo HIV no Brasil e no contexto global, há diversos grupos desproporcionalmente atingidos pela epidemia, todavia, esta constatação pode acentuar ainda mais a relação entre AIDS se não for trabalhada a partir da emancipação e garantia de direitos humanos.

Foi traçado um levantamento dos caminhos que vem sendo apontados para o fim da epidemia de AIDS e que, estes, se pautam em estratégias de medicalização dos grupos mais atingidos, sobretudo a partir da utilização das chamadas novas tecnologias de prevenção e diagnóstico precoce das pessoas vivendo com HIV. Todavia, há recomendações sobre direitos humanos que, principalmente no Brasil, têm sido deixadas em segundo plano.

Ficou claro que, ao passo que são mais vulneráveis ao HIV, é a população de jovens gays a que, segundo pesquisas oficiais, demonstram maior conhecimento sobre as formas de prevenção e incorporam ao seu repertório práticas preventivas ao HIV, o que, mais uma vez, nos leva a aferir a suscetibilidade ao HIV não por comportamentos individuais considerados isoladamente, mas que, ao contrário, é necessário levar em consideração fatores outros como a atuação institucional, a proteção legal, a efetivação de direitos, etc.

Conclui-se que, o Estado Brasileiro tem responsabilidade vastamente definida em instrumentos internacionais de direitos humanos e na legislação de direito interno brasileiro, devendo atuar no sentido de garantir os direitos dos jovens através da promoção de políticas de públicas que visem assegurar os direitos fundamentais.

Restou evidenciado também que o estigma e a discriminação têm influência direta e contornos específicos na epidemia de AIDS, sendo que, processos preexistentes de estigmatização e discriminação de grupos específicos agravam a suscetibilidade ao HIV e, a infecção pelo HIV agrava o estigma e a discriminação de grupos vulneráveis.

Também se apontou que as chamadas “minorias” como homossexuais, usuários de drogas, etc tem sido vítimas de violações de direitos fundamentais em um processo histórico de discriminação que, nos dias atuais, se materializa em violências e ostracismo no convívio social, em discriminação institucional (inclusive Estatal) de diversas esferas (legal, social, nos serviços, etc).

Entretanto são essas “minorias” que se tornam mais visíveis e muitas vezes são as que mais buscam tratamento e diagnóstico, que apesar de desenvolver um maior cuidado ou buscar estratégias de “redução de danos”, acabam sendo paradoxalmente responsabilizadas pela epidemia.

E por fim, restou configurada a responsabilidade do Estado no enfrentamento dos contextos de estigma e discriminação a partir dos instrumentos internacionais de direitos humanos e da legislação pátria, e que, deve o Estado executar políticas econômicas e sociais que visem enfrentar os contextos de estigma e discriminação.

Em síntese, o presente trabalho constituiu-se um trabalho exploratório que possibilitou o entendimento de que a epidemia de AIDS

é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo e que deve se enfrentado, sobretudo pelo ente estatal, com políticas que garantam o direito à prevenção e enfrente os contextos de estigma e discriminação que permeiam as infecções pelo HIV.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. Exclusão, insegurança, vulnerabilidades: incluir com acesso à Saúde? *Revista Saúde e Sociedade*, vol.15, São Paulo, 2006.

ADORNO, Rubens Camargo Ferreira. "Theorizing about the other. Vulnerable groups and strategies for social inclusion in public health policies: a brief account of Brazilian case", *International Journal of Migration, Health and Social Care*, Vol. 8 Iss: 1, pp.4 – 11, 2012

AGAMBEN, Giorgio. *Estado de exceção*. São Paulo: Bointempo, 2003.

ALMEIDA, M. V. de. Senhores de si. Uma interpretação antropológica da masculinidade. Lisboa: fim do século, 1995

ALVES, J. A. L. *Os Direitos Humanos como Tema Global*. São Paulo: Perspectiva, 1994.

AYRES, J. R.C. M., FRANÇA Jr., I, CLAZANS, G. J. *O Conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios*. In: CZERISNIA D, FREITAS, C. M. (Orgs). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003. P. 117 -139.

AYRES, J. R. de C. M. Desenvolvimento histórico-epistemológico da Epidemiologia e do conceito de risco. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2011, vol.27, n.7, pp. 1301-1311

AYRES, J. R. C. M. ; PAIVA, V. ; FRANCA JUNIOR, I. . From Natural History of Disease to Vulnerability: changing concepts and practices in contemporary public health.. In: R. Parker, M. Sommers

(editors). (Org.). Routledge Handbook of Global Public Health. London/New York: Routledge/Taylor and Francis, 2010, v. 1, p. 98-107.

ALVES, J. A. L. *Os Direitos Humanos como Tema Global*. São Paulo: Perspectiva, 1994.

ATTARAN, Amir. *Respective contributions of the public and the private sector in the development of new drugs: Implications for drug access in the developing world*. In: MSF/WHO WORKSHOP ON DRUGS FOR COMMUNICABLE DISEASES, STIMULATING DEVELOPMENT AND SECURING AVAILABILITY. Paris, 1999.

BARROSO, L. M. S. As idéias das crianças e adolescentes sobre seus direitos: um estudo evolutivo à luz da teoria piagetiana [dissertação]. Campinas (SP): Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas; 2000.

BIEHL, João. Drugs for all future of global AIDS treatment. Medical Anthropology. Vol. 27, n 2, p. 1 – 7, 2008

BIEHL, Will to live: Aids therapies and politics of survival. Princeton: Princeton University Press, 2007

BASTOS, Cristiana, Ciência, poder, acção: as respostas à Sida, Viseu, Instituto de Ciências Sociais. 2002

BENTO, Berenice. *A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual/ Berenice Bento*. - Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

BOBIO, Noberto. *A Era dos Direitos*. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BRANDÃO, E.R. *Individualização e veículo familiar em camadas médias: um olhar através da gravidez na adolescência* (Tese de

Doutorado em Saúde Coletiva). Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2003

BUTLER, J. *Gender Trouble. Feminism and subversion of identity*. New York: Routledge, 1990

BUTLER, J. (2002) *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos Del “sexo”*. Buenos Aires: Paidós. 2002

BRAH, Avtar. “Diferença, Diversidade, Diferenciação”. In: *cadernos pagu* (26), Núcleo de Estudos de Gênero – Pagu/Unicamp, 2006.

CANÇADO TRINDADE, Antonio Augusto. “Memorial em prol de uma nova mentalidade quanto à proteção dos direitos humanos no plano internacional e nacional”: in BOUCALT, Carlos Eduardo de Abreu e ARAUJO, Nadia (orgs). *Os direitos humanos e o direito internacional*. Rio de Janeiro: Renovar, 1999.,pp. 27-43

CARVALHO A.I. *Da Saúde Públicas às Políticas Saudáveis – Saúde e cidadania na Pós-modernidade*. Ciência Saúde Coletiva p.104, 2001

CAMARA, Cristina (Org). *AIDS e Desenvolvimento: entrecruzando agendas*. Salvador, Ed. GAPA_Ba, 2004

CAMARA, Cristina. Histórico das ONGS-AIDS e suas contribuições no campo das lutas sociais. In: *cadernos ABONG*, I número, 1991. p. 38

CARVALHO, J.S. (org). *Educação Cidadania e Direitos Humanos –* Petrópolis, RJ: Vozes, 2004

COMPARATO. F. C. *O Princípio da Igualdade e a Escola*. In: CARVALHO, J.S. (org). *Educação Cidadania e Direitos Humanos –* Petrópolis, RJ: Vozes, 2004

CONNEL, R. Masculinities. Berkeley: University of California Press, 1995

DANIEL, Hebert. Vida antes da Morte. Rio de Janeiro: ABIA. 1994

DAS, V. and D. POOLE . Anthropology in the Margins of the State. School of American research Advanced Seminar Series, Santa Fe: School of American research Advanced Seminar Series Press, 2004

DELOR, François e HUBERT, Michel (2000).Revisiting the concept of 'vulnerability' *Social Science & Medicine*, Volume 50, Issue 11, Pages 1557-1570

ECO, Umberto. *Como se Faz uma Tese*. São Paulo. Editora Perspectiva, 2009

EPELE M. Sobre o cuidado de outros em contextos de pobreza, uso de drogas e marginalização. *Mana* 2012; 18(2): 247-68.

FASSIN, Didier. When bodies remember: experiences and politics of AIDS in South Africa. Berkeley: University of California Press. 2006

FASSIN, Didier. . Humanitarian reason. A moral history of the present. Los Angeles: University of California Press. 2011

FARMER Paul. Aids and accusation: Haiti and the geography of blame. Berkeley: University of California Press. 1992.

Foucault M. O nascimento da medicina social. In: *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1979, p.79-98.

Foucault M. O nascimento do hospital. In: *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1979, p.99-111.

FOUCULT, M. *A História da Sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro, Graal, 1997

FOUCAULT, M. "Introdução", in *Herculine Barbin: being the recently discovered memoirs of a nineteenth-century French hermaphrodite*. Nova York: Pantheon Books. 1980

GRAMSCI, A. 1978a. *Concepção dialética da história*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

GRAMSCI, A _-1978b. *Maquiavel, a política e o Estado moderno*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

GUSTIN, M. B. de S; DIAS, M. T. F. *(Re)pensando a pesquisa jurídica*. Belo Horizonte: Del Rey, 2002.

GOFFMAM. E. *Estigama: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro. LTC, 1988.

INSTITUTO DE ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS - INESC. *acordos TRIPS: acordo sobre aspectos dos direitos de propriedade intelectual*. Caderno de Estudo, Brasília- DF, nº 1, abril de 2002

KLEINMAN, A. Coregivong. The Odyssey of become more humam. *The Lancet*, 372:292 – 293, 2009

KOWAKICK, L. Estratégias do planejamento social no Brasil. São Paulo: Cadernos CEBRASP. 1976

LACERDA, M. T.; PEREIRA, C.; CAMINO, L. Um estudo sobre as formas de preconceito contra homossexuais na perspectiva das relações sociais. *Psicologia: Reflexão Crítica*, v.15, n.1, 2002

LOPES, *Fernanda*. *Mulheres negras e não negras vivendo com HIV/Aids no estado de São Paulo – um estudo sobre suas vulnerabilidades*. São Paulo, 2003. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública de São Paulo].

LOURO, G. L., *Heteronormatividade e Homofobia*. In: JUNQUEIRA, R. D.(org.) *Diversidade Sexual na Educação: uma problematização sobre a homofobia nas escolas*. Brasília: Ministério da Educação CIntinuada, Afebetização e Diversidade, UNESCO, 2009. P. 89 - 93.

LUZ, M. A instituições médicas no Brasil. Instituições e estratégias de hegemonia. Rio de Janeiro, Graal, 1979, p.13-47

LYRA FILHO, Roberto. *O que é Direito*. São Paulo: Brasiliense, 1982

MANN, Jonathan, TARANTOLA, Daniel J.M., NETTER, Thomas W. *A AIDS no mundo*. Rio de Janeiro: ABIA: IMS/UERJ, 1993

MANN, Jonathan, TARANTOLA . *AIDS IN THE WORLD II*. New York-Oxford: Oxford University Press, 1996.

MARQUES, Marília Bernardes. *Acessibilidade aos medicamentos: o desafio é vincular ciência, tecnologia, inovação e saúde no Brasil*. Brasília - DF: Centro de Gestão e Estudos Estratégicos, 2002.

MARSHALL, Gordon. Discrimination. In: *Oxford Dictionary of Sociology*. Oxford, New York: Oxford University Press, 1998.

MOULIN AM. O Corpo Diante da Medicina. In: Corbin A; Courtine J-J, Vigarello G. (Orgs.) *História do Corpo*. v. 3. As Mutações do Olhar. O Século XX. Vozes: Rio de Janeiro; 2009.

MINISTÁÉRIO DE SAÚDE/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais - POPULAÇÃO: MS/ SE/ DATASUS, disponível em <[www.datasus.gov.br/informações de saúde/demográficas](http://www.datasus.gov.br/informações%20de%20saúde/demográficas)

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de DST e AIDS. PCAP: Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira, 2008. Brasília, 2011.

Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento Nacional de AIDS e Hepatites Virais. Boletim epidemiológico 2014 disponível em

Boletim epidemiológico 2011 – AIDS e DST. Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento Nacional de AIDS e Hepatites Virais. Disponível em: www.AIDS.gov.br. Acesso em 10 de maio de 2011

Ministério da Saúde/SVS – Departamento Nacional de AIDS e Hepatites Virais. Boletim epidemiológico 2012 – AIDS e DST. Disponível em: www.AIDS.gov.br. Acesso em 05 de dezembro de 2014

Ministério da Saúde/SVS – Departamento Nacional de AIDS e Hepatites Virais. Boletim epidemiológico 2013 – AIDS e DST. Disponível em: www.AIDS.gov.br. Acesso em 04 de dezembro de 2014

Ministério da Saúde/SVS – Departamento Nacional de AIDS e Hepatites Virais. Boletim epidemiológico 2014 – AIDS e DST. Disponível em: www.AIDS.gov.br. Acesso em 04 de março de 2014

Ministério da Saúde/SVS – Departamento Nacional de AIDS e Hepatites Virais Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos., 2013.

MIRANDA, A. *Movimentos Sociais AIDS e Cidadania: A Construção Social do Direito à Saúde no Brasil*. Dissertação de Mestrado em Direitos. Unb. Brasília, DF.2006.]

MOTT, Luis. A Transmissão Dolosa do HIV-AIDS: relatos na imprensa brasileira. 2004

PAIM, J. S. La Salud Coletiva y lós Desafios de La practica. In: Organización Panamericana de La Salud. La crise de La salud oublica: reflexiones para el debate. P. 151

PAIVA, V., Ayres, J. R., & França-Jr, I.). Expanding the flexibility of normative patterns in youth sexuality and prevention programs. *Sexuality Research & Social Policy (Journal of NSRC)*, 1(1), 83-97, 2004

PAIVA, Vera. Fazendo arte com camisinha: sexualidades jovens em tempo de Aids. São Paulo: Summus, 2000.

PAIVA, V. . Cenas da Vida Cotidiana: Metodologia para Compreender e Reduzir a Vulnerabilidade na Perspectiva dos Direitos Humanos. In: Vera Paiva; José Ricardo Ayres; Cassia Maria Buchalla. (Org.). Coletânea: Vulnerabilidade e Direitos Humanos - Prevenção e promoção da saúde / Livro I: Da doença à cidadania. 1aed.Curitiba: Juruá Editora, 2012, v. 1, p. 165-208

PARKER, R. *Abaixo do Equador*. Rio de Janeiro: Record, 2002

PARKER, Richard. Na contramão da AIDS: sexualidade, intervenção e política. Rio de Janeiro: 34 ABIA, 2000

ROCHA, Julio César de Sá da. Direito à Saúde: direito sanitário na perspectiva dos interesses difusos e coletivos. Sçao Paulo: LTR,1999

SILVA NETO, M. J. *Curso de Direito Constitucional*. Lunen Juris: Rio de Janeiro. 2006 . p.478

SIMMONS, Beth. "Civil Rights in International Law: Compliance with Aspects of the International Bill of Rights" in *Indiana Journal of Global Legal Studies* Vol. 16, p. 437 e seguintes.

SANTOS, Boaventura de Souza. "Para uma Concepção Intercultural dos Direitos Humanos". In: SARMENTO, Daniel; Ikawa,

Daniela e PIOVESAN, Flávia (Orgs.). *Igualdade, Diferença e Direitos Humanos*. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2008, pp. 03-45.

SZWARCWALD, C. L. et al. *HIV-related risky practices among Brazilian Young men*, 2007. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27 Sup 1:S19-S26, 2011.

UNAIDS. The Gap: UNAIDS / JC2656 (English original, July 2014, updated September 2014)

UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. Global report: UNAIDS / JC2502/1/E”- Revised and reissued, November 2013

UNAIDS, AMBITION Treatment targets: writing the final chapter of the AIDS epidemic , 2014

VENTURA, Mirian. Direitos Humanos e AIDS: o cenário brasileiro. In: Saúde Desenvolvimento e Política respostas frente à AIDS no Brasil. 1999

WHO, Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for preventing and treating HIV infections, 2013