

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
BACHARELADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

CASSIANA LONDERO PASA

**HIV/AIDS E JUVENTUDE: ESTUDO DESCRITIVO DA POPULAÇÃO JOVEM QUE
VIVE COM O VÍRUS HIV EM ALVORADA, RS**

Porto Alegre

2017

CASSIANA LONDERO PASA

**HIV/AIDS E JUVENTUDE: ESTUDO DESCRITIVO DA POPULAÇÃO JOVEM QUE
VIVE COM O VÍRUS HIV EM ALVORADA, RS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade Federal
do Rio Grande do Sul, do curso de
Bacharelado em Políticas Públicas,
como requisito para obtenção do
Diploma de Graduação

Professor Orientador: Dra. Andréa
Fachel Leal

Porto Alegre

2017

CIP - Catalogação na Publicação

Pasa, Cassiana Londero
HIV/AIDS E JUVENTUDE: ESTUDO DESCRITIVO DA
POPULAÇÃO JOVEM QUE VIVE COM O VÍRUS HIV EM
ALVORADA, RS / Cassiana Londero Pasa. -- 2018.
61 f.
Orientadora: Andréa Fachel Leal.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto
de Filosofia e Ciências Humanas, Curso de Políticas
Públicas, Porto Alegre, BR-RS, 2018.

1. HIV/AIDS. 2. Juventude. 3. Políticas Públicas.
4. Vulnerabilidade. I. Leal, Andréa Fachel, orient.
II. Título.

AGRADECIMENTOS

À minha família, pelas doses de ânimo injetadas a cada encontro. Aos meus pais, Naiara e Glauco, pelo apoio na vida. Ao Edu, que é pai de alma. Ao Marcelo e aos meus amigos, que tornaram a caminhada mais doce.

Agradeço também ao SAE de Alvorada, à Patrícia Fisch, à professora Daniela Knauth e à professora Andréa Fachel Leal, que tornaram possível a elaboração deste trabalho.

Não há competição onde há desigualdade de condições. Há covardia.

Eduardo Marinho

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

Figura 1 - Localização Geográfica do Município de Alvorada no Estado do Rio Grande do Sul.....	41
Gráfico 1 - Casos de Aids notificados no Sinan, declarados no SIM e registrados no Siscel/Siclom segundo faixa etária, 2005 - 2015.....	34
Gráfico 2 - Porcentagem da Escolaridade da População Adulta do Município de Alvorada – RS.....	42
Gráfico 3 - Gráfico da Variação da Taxa de Detecção de Aids a Cada 100 mil Habitantes no Município de Alvorada Entre os Anos de 2004 à 2015.....	44

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1 - Prevalência (número de casos e percentual) e respectivos valores de p (teste Qui-quadrado) dos usuários do SAE de Alvorada, segundo variáveis selecionadas, por faixa etária.....	46
Tabela 2 - Características comportamentais dos usuários do SAE de Alvorada - RS.	48
Tabela 3 - Estado imunológico do usuário ao ingressar no serviço de acordo com idade e sexo.....	49
Tabela 4 - Tempo de diagnóstico por idade.....	50
Quadro 1 - Comparativo entre os autores Abramovay et al e Ayres et al em relação às dimensões da vulnerabilidade.	28
Quadro 2 - Documentos Lançados pelo Ministério da Saúde com Foco no Público Jovem.....	36
Quadro 3 - Tabela Comparativa de Renda, Pobreza e Índice de Gini entre os anos de 1991, 2000, e 2010 no Município de Alvorada - RS.....	43

RESUMO

Neste trabalho estudou-se as características da epidemia de HIV/Aids na população jovem entre 15 e 24 anos, grupo que se encontra em situação vulnerável em muitos aspectos de sua vida. Para isto, foram realizadas pesquisas empíricas e documentais que se baseiam em uma literatura sobre vulnerabilidade, políticas públicas, juventude e HIV/Aids. O objetivo deste trabalho consiste em analisar os resultados obtidos a partir de um banco, extraído da pesquisa maior “Características Sociodemográficas e Clínicas das Pessoas Vivendo com HIV/AIDS em Alvorada-RS”, assim como analisar documentos oficiais com foco no público jovem. A partir destas análises, pode-se conhecer o perfil dos jovens que são, em sua maioria, mulheres que obtiveram seu diagnóstico no pré-natal e não chegam doentes ao SAE. Assim, observou-se a importância das políticas voltadas para a juventude, que podem ocorrer muitos âmbitos, como o escolar e acadêmico.

Palavras-chave: HIV/Aids; Políticas Públicas; Vulnerabilidade e Políticas Públicas; Vulnerabilidade e HIV/Aids; Juventude.

ABSTRACT

In this study, the characteristics of the HIV/Aids epidemic were studied in the young population between 15 and 24 years old, a group that is vulnerable in many aspects of their lives. In this study, the characteristics of the HIV/Aids epidemic were studied in the young population between 15 and 24 years old wich were users of SAE Alvorada/RS, a group that is vulnerable in many aspects of their lives. For this purpose, empirical and documentary research were realized based on a literature on vulnerability, public policies, youth and HIV / AIDS. The objective of this work is to analyze the results obtained from a database, extracted from the major survey "Sociodemographic and Clinical Characteristics of People Living with HIV / AIDS in Alvorada-RS", as well as to analyze official documents focusing on the young public. Based on these analyzes, the profile of young people living with HIV/Aids, who are mostly women who had their diagnosis at prenatal and aren't sick in the moment they start the attendance at SAE, can be understood. Thus, the importance of public policies aimed at youth was observed, which can occur in many areas, such as school and academic.

Keywords: HIV/Aids; Public Policies; Vulnerability; Vulnerability and Public Policies; Vulnerability and HIV/Aids; Youth.

SUMÁRIO

Introdução	10
Metodologia	12
Referencial Teórico-Metodológico	16
O Conceito de Vulnerabilidade	16
Vulnerabilidade no Contexto das Políticas Públicas	17
Vulnerabilidade no Contexto HIV/Aids	22
Relação Entre Vulnerabilidade e Juventude	24
Diferenças e Semelhanças nas Análises de Vulnerabilidade	27
Epidemiologia e Políticas Públicas	29
HIV/Aids e a Juventude	31
Análise de documentos relativos à política de HIV/Aids e de programas específicos .	35
O Caso de Alvorada	41
Contexto Social	41
HIV/Aids em Alvorada	44
Análise de Dados Sobre a Epidemia em Alvorada	45
Resultados	45
Considerações Finais	51
Referências	53

Introdução

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) é uma doença cuja descoberta pode ser considerada recente, visto que os primeiros casos confirmados desta só foram identificados no final dos anos de 1970, nos Estados Unidos, Haiti e África Central, e confirmados em 1982 (Programa Nacional de DST/Aids 1999). O primeiro caso no Brasil foi identificado em 1980, e só confirmado também em 1982. Seus primeiros casos ficaram mais restritos à alguns grupos da sociedade, como homossexuais, hemofílicos, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo. O número de infectados e óbitos cresceu exponencialmente em todos o mundo antes que medidas de saúde pública fossem devidamente tomadas. A doença se espalhou então, com casos registrados em mulheres e crianças, ganhando ainda mais visibilidade quando personalidades como atores e cantores famosos tornaram públicos seus diagnósticos.

A história da Aids e do seu vírus causador, o HIV, é permeada pelo preconceito, desinformação e negligências por parte do Estado, visto que durante algum tempo se pensava que apenas certos grupos eram suscetíveis ao vírus. Em vista disto, a primeira política pública de combate ao HIV/Aids no Brasil surgiu no estado de São Paulo em 1984, e após, em 1985, surge enfim uma política de caráter nacional. A partir disto, o Ministério da Saúde passou a formular políticas de prevenção, manejo e redução de danos, sendo as duas últimas focada na população que já vive com a doença.

As características da epidemia de HIV/Aids no Brasil tiveram grande mudanças ao longo do tempo. Se, no início, a maioria dos infectados eram homossexuais com alto poder aquisitivo que viajavam para fora do país, hemofílicos que passavam por constantes transfusões sanguíneas, usuários de drogas que compartilhavam seringas e profissionais do sexo que não tinham acesso ao preservativo, em 2017 este cenário já mudou drasticamente. Hoje, conceitos como “pauperização”, “feminização”, “interiorização” e “heterossexualização” são comumente utilizados para descrever a epidemia, o que indica que ela já pode facilmente ser encontrada no interior do país, entre a população pobre, entre as mulheres e heterossexuais de um modo geral (Vera, 2013). Para cada população atingida há fenômenos os quais podemos vincular como possível causa, como a baixa escolaridade, falta de conhecimento sobre a doença, o

não uso do preservativo nas relações sexuais, a dificuldade de acesso a serviços de saúde, incluindo a testagem para HIV, entre outros.

Com a epidemia mudando constantemente, e considerando os inúmeros fatores possivelmente correlacionados com este fenômeno, observa-se a importância da vigilância epidemiológica, com coleta e análise de dados sobre a epidemia. Para este fim, o Ministério da Saúde divulga todos os anos no dia 1º de dezembro, dia mundial da luta contra a Aids, um Boletim Epidemiológico, com dados que elucidam as características da epidemia no Brasil. A partir dos Boletins, pesquisadores podem analisar os efeitos e até o impacto de políticas assim como observar tendências e especificidades da epidemia brasileira, entre outros.

Observando documentos internacionais como os divulgados pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS – UNAIDS (o guia “*Ending the AIDS epidemic for adolescents, with adolescents*” e o relatório “*All In to End The Adolescent Aids Epidemic*”), os Boletins Epidemiológicos nacionais e a literatura sobre o assunto, verifica-se uma grande vulnerabilidade dos jovens ao HIV e, conseqüentemente, o aumento do número de infecções destes pelo HIV nos últimos anos. Assim, a partir dos dados obtidos pela pesquisa “Características Sociodemográficas e Clínicas das Pessoas Vivendo com HIV/AIDS em Alvorada-RS”, poderemos fazer uma análise das características da população jovem vivendo com HIV em Alvorada, município da Região Metropolitana no Rio Grande do Sul.

O objetivo de fazer uma análise destes dados é estudar, em uma base de dados regional, o perfil destes jovens cuja tendência epidemiológica nacional ainda demonstra crescimento das infecções; enquanto outras populações possuem tendência de diminuição. Será realizada análise à luz da literatura, buscando compreender as situações de vulnerabilidade nas quais os jovens se encontram.

Metodologia

Os dados sobre Alvorada utilizados neste trabalho fazem parte da pesquisa “Características Sociodemográficas e Clínicas das Pessoas Vivendo com HIV/AIDS em Alvorada-RS”. Esta é uma pesquisa com desenho de estudo de coorte, que usa informações referentes ao atendimento de pacientes com HIV/Aids do Serviço de Atenção Especializada (SAE) do município de Alvorada, RS. A pesquisa foi coordenada por Patrícia Fisch e por Daniela Knauth e desenvolvida no âmbito do Programa de Pós Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). A autora do presente trabalho participou do processo de coleta de dados, que ocorreu de agosto de 2015 a junho de 2017. Enquanto bolsista de iniciação científica, revisou prontuários no SAE e extraiu destes as informações pertinentes, a partir de um formulário formulado especificamente para este fim.

O formulário para extrair informações de forma sistemática dos prontuários dos pacientes do SAE permitiu a construção de um banco de dados com o software Sphinx Léxica. O formulário nesta pesquisa maior extraía dos prontuários informações sociodemográficas e clínicas dos pacientes. O formulário foi elaborado de modo que há tanto um conjunto de informações referentes ao próprio paciente, quanto um conjunto de informações referentes a cada consulta, permitindo um acompanhamento do tratamento do usuário do serviço. Estas informações estão dispostas em quatro blocos. O bloco 1 inclui as variáveis sociodemográficas como a data de nascimento, naturalidade, escolaridade, profissão/ocupação, endereço e bairro de residência. O bloco 2 inclui as variáveis de linha de base como a data da primeira consulta, data de diagnóstico e do exame anti-HIV, motivo da testagem, mecanismo de transmissão, uso prévio de terapia antirretroviral, CD4 e carga viral inicial, sorologia e histórico de tuberculose. O bloco 3 contém as informações coletadas no conjunto de consultas que o paciente fez no serviço, que conta com variáveis como uso de terapia antirretroviral, CD4 e carga viral, *status* clínico, presença de infecções oportunistas, tuberculose e internação hospitalar. O bloco 4 conta com variáveis que descrevem a situação atual do paciente em relação ao SAE, com variáveis como supressão da carga viral, abandono de tratamento e óbito. Todos os dados coletados na pesquisa são referentes a pacientes que fazem atualmente ou fizeram acompanhamento no SAE Alvorada, residentes no município de Alvorada; os pacientes cujos dados estão no

banco da pesquisa podem não mais fazer consultas no SAE em função de abandono do tratamento, de mudança de endereço para outro município ou de óbito. Independente da idade com que o paciente se descobriu portador do vírus HIV, este era incluído no banco de dados se tivesse 13 anos ou mais.

Dado o objetivo do presente estudo de observar o perfil da população jovem que vive com HIV em Alvorada, foi construído um banco de dados a partir da pesquisa maior. Um conjunto de variáveis no banco de dados em Sphinx Léxica foi exportado para o software SPSS, para análise estatística.

Neste estudo foram recortadas do formulário as seguintes questões, presentes nos blocos 1 e 2: Data de nascimento; Data da primeira consulta; Data do diagnóstico do HIV (data do primeiro exame positivo para HIV, i.e. quando o paciente descobriu o HIV); Sexo ao nascimento; Escolaridade; Situação conjugal na primeira consulta; Histórico de uso de drogas (cocaína injetável, cocaína inalatória, maconha e crack); Histórico de uso de álcool; CD4+ na segunda consulta; Provável Modo de Transmissão do HIV; e Motivo do Teste.

A partir destas variáveis originais do banco, criaram-se novas variáveis para os fins deste estudo. Estes dados nos permitirão investigar questões como a quantidade de novos casos diagnosticados por ano, a idade do paciente no momento do seu diagnóstico, o perfil deste paciente (sexo, escolaridade, uso de drogas, situação conjugal), e o estado de saúde quanto à imunodeficiência em que o paciente chega ao serviço para iniciar o acompanhamento (CD4, tempo de diagnóstico).

A partir das variáveis data de nascimento, data da primeira consulta e data do diagnóstico do HIV, foi possível criar as variáveis idade no momento da primeira consulta, idade no momento do diagnóstico de HIV e tempo de diagnóstico (tempo decorrido desde que o paciente se descobriu portador do vírus HIV). Uma vez calculada a idade, foram criadas faixas etárias que permitissem a comparação com a literatura, incluindo relatórios das agências da ONU e do Ministério da Saúde do Brasil como os Boletins Epidemiológicos, a saber, até 14 anos de idade, de 15 a 24 anos, de 25 a 34 anos, de 35 a 49 anos e mais de 50 anos de idade.

A Organização das Nações Unidas (ONU) define juventude como a faixa de indivíduos com 15 a 24 anos de idade (UNFPA, 2010). A partir disto, a escolha da faixa etária de 15 a 24 anos para definição de “jovem” para este trabalho ocorreu de

modo que esta vai ao encontro de grande parte dos dados presentes nos boletins epidemiológicos brasileiro e rio-grandense, assim como também está de acordo com a maior parte da literatura sobre o assunto. Esta faixa etária abrange também uma parte importante da população, os “jovens adultos”, que são os indivíduos com idade entre 20 e 24 anos (UNFPA, 2010), faixa que possui dados epidemiológicos ainda mais alarmantes que os adolescentes.

As variáveis histórico de uso de drogas, e de álcool, foram recodificados a partir de suas variáveis iniciais e transformadas nas variáveis “usuário faz/fez uso de drogas?” e “usuário faz/fez uso de álcool?”, admitindo como possibilidade de resposta “sim” ou “não” nos dois casos. De todas as variáveis foi excluída nas análises a opção “ignorado” de resposta.

A variável “CD4+ na segunda consulta” era de resposta livre, em vista disso ela foi recodificada em faixas, respeitando as recomendações de início de tratamento do Ministério da Saúde. As faixas utilizadas foram: até 200 células (imunossupressão grave), entre 201 e 500 células (indicação de início de tratamento conforme quadro clínico), entre 501 e 1000 células, e mais de 1000 células (Ministério da Saúde, 2008). As células de CD4+ são importantes para imunidade do corpo humano, combatendo o vírus HIV. Quanto menor a contagem de células de CD4+ numa gota de sangue, maior a carga viral (quantidade de vírus) dentro do corpo, de modo geral (NAM, 2010). Na supressão viral ocorre um aumento destas células de imunidade e uma diminuição da carga viral, até que esta se torne indetectável. Foi utilizada a variável CD4 de segunda consulta visto que é na segunda consulta que o paciente apresenta o exame pronto, mas seu resultado é proveniente de um teste realizado após requisição do exame na primeira consulta, indicando o estado do paciente no contato inicial com o SAE/Alvorada.

Inicialmente, foi realizada uma análise descritiva de todas as variáveis estudadas por meio do cálculo das frequências relativas. Foram testadas as diferenças entre as faixas etárias estudadas por meio do teste Qui-quadrado de Pearson, cruzando-se as variáveis sociodemográficas e clínicas com a variável idade recodificada em faixas etárias. O banco de dados dos usuários do SAE de Alvorada possui no total 1071 pacientes cadastrados. Destes 1071, 43 não possuíam a data de diagnóstico, tornando impossível o cálculo da idade no momento do diagnóstico; sendo assim, para a construção dos resultados deste trabalho, foram

analisados 1028 usuários de todas as faixas etárias, sendo excluídos da análise estes 43 casos.

Além da análise dos dados coletados a partir dos prontuários, também foi feita análise documental das publicações do Ministério da Saúde referentes ao tema do HIV/Aids e juventude. Todas as publicações feitas pelo governo, seus Ministérios, Secretarias e Departamentos foram consideradas documentos oficiais neste trabalho, sendo salientado o tipo ou caráter do documento (se normativo ou recomendatório, por exemplo). A busca por documentos foi feita especialmente no site do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais do Ministério da Saúde, onde é possível encontrar 255 publicações entre Manuais, Boletins e Diretrizes, e 209 publicações com caráter regulatório entre Portarias, Notas Técnicas e outros. Utilizando as palavras “jovens” e “adolescentes” no campo de busca destes documentos no site, encontrou-se então 10 publicações que se enquadravam neste critério de busca para a realização de análise. Destaca-se que não houve restrição de data para a procura dos documentos, tendo se levado em conta todas as publicações, independente do ano.

Foi realizada também busca por documentos no site do Ministério da Saúde, utilizando as palavras “jovem(s)” e “adolescente(s)”. Foi incluída ainda na análise documental uma legislação específica, o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990). Trata-se de lei vigente desde 1990 que trata exclusivamente da população aqui estudada. Na mesma linha, incluiu-se para a análise o documento Política Nacional de Juventude (PNJ) (BRASIL, 2006), publicação do Conselho Nacional de Juventude.

A análise destes documentos foi realizada pela procura das palavras “jovens”, “adolescentes”, e “Aids” em todos os documentos. A partir disto, foi analisada o contexto no qual a palavra se encontra: sobre o que se trata o documento, quantas vezes a palavra ocorre, se possui capítulo especial dedicado ao assunto, enfim, uma análise do conteúdo do documento em relação a adolescentes e jovens.

Referencial Teórico-Metodológico

O Conceito de Vulnerabilidade

De acordo com Barchifontaine (2006) a etimologia da palavra vulnerabilidade vem do latim e significaria “algo que fere”, “que causa lesão”. É sabido que a humanidade em si é caracterizada pela vulnerabilidade do “ser” humano, que é passível de sofrer ferimentos de diversos tipos, indicando de início uma certa fragilidade biológica. Porém o surgimento do conceito de vulnerabilidade tem como cerne não estas vulnerabilidades individuais, mas sim grupos de pessoas assoladas pelas mesmas ameaças, encontrando-se desta forma em uma situação vulnerável em relação aos outros.

Segundo Ayres et al (2009), a discussão sobre o conceito de vulnerabilidade surge no final da década de 1970 na área da advocacia internacional pelos Direitos Universais do Homem. De acordo com o Manual dos Direitos Humanos dos Grupos Vulneráveis (2014) todos os seres humanos são vulneráveis, porém cada um em grau diferente do outro. Assim, a desigualdade mora nas diferentes capacidades de resistência, reação e recuperação que os indivíduos têm. Deste modo, o termo denota originalmente grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania (Alves, 1994). Hoje o termo tem uso amplo nos campos das ciências jurídicas, informática, ciências econômicas, geografia, geologia e outros (Oviedo e Czeresnia, 2015), de maneira que para cada área de conhecimento, há variação em sua forma de uso, mas mantém-se a noção essencial de fragilização.

Posteriormente difundida pela Escola de Saúde de Harvard, a vulnerabilidade representava em 1990 uma proposta de diagnóstico das tendências mundiais da pandemia de Aids, que já não respeitava mais fronteiras geográficas. Com o surgimento de diversas críticas ao conceito de risco, muito utilizado no início da epidemia, e a necessidade de ampliar os vieses de análise social do vírus, o início do uso do termo vulnerabilidade marcou, na área da saúde pública, a passagem à um novo tipo de resposta à epidemia de Aids.

Vulnerabilidade no Contexto das Políticas Públicas

O sociólogo britânico Thomas Humphrey Marshall contribuiu de forma importante na discussão sobre desigualdades, direitos civis e cidadania. Seu ensaio de maior destaque “Cidadania e Classe Social” foi publicado em 1950, em um contexto de Inglaterra pós Segunda Guerra Mundial. Nele, Marshall analisa o desenvolvimento da cidadania a partir do desenvolvimento dos direitos civis, políticos, e sociais, como que num processo evolutivo em que cada direito conquistado representa um passo a caminho da plena cidadania. O autor justifica seu interesse pelas questões de cidadania e classe social pois identificou que estes exercem importante impacto sobre a desigualdade social.

Para T.H. Marshall (1950), cidadania é a participação integral do indivíduo na comunidade política, que se manifesta como lealdade ao padrão de civilização vigente e herança social, e como acesso ao bem-estar e segurança materiais alcançados. Marshall demonstra que a cidadania tal como é conhecida na Inglaterra contemporânea é fruto de um processo que foi constituído por três etapas: primeiro, a conquista dos direitos civis, seguida pela dos direitos políticos, e finalmente a dos direitos sociais. Analisando nos dias de hoje, observa-se que a obtenção destes direitos pelos ingleses se deu em etapas, de modo que num primeiro momento, no século XVIII, os direitos civis, necessários à liberdade individual, teriam dado início a este processo; seguido pela obtenção dos direitos políticos, de participação da sociedade no exercício do poder político, no século XIX; e por fim pelos direitos sociais, últimos a serem conquistados já no século XX, que dizem respeito ao bem-estar econômico e social. Apesar de Marshall falar especificamente do processo observado na Inglaterra num primeiro momento, seus estudos abriram portas para pensarmos estes processos de um modo geral em outras sociedades. Assim, ampliando as definições de Marshall para outros países, podemos concluir que apenas as sociedades que conquistam os três direitos, etapa após etapa, finalizam seu processo de construção da cidadania. Marshall explica que a expansão dos direitos na Inglaterra, que englobam cada vez mais grupos sociais, tem um ápice, que é o Estado de Bem-Estar Social. O Estado atinge um Bem-Estar Social quando sua população conquista os direitos citados e consegue exercer de maneira plena sua cidadania, com o mínimo de desigualdade entre grupos sociais.

De acordo com a concepção de Marshall os indivíduos que não têm acesso aos direitos civil, político e social, não participam integralmente da comunidade política. Como veremos mais à frente na fala de Amartya Sen (1999), há uma correlação importante entre a pobreza e a falta destes direitos, o que permite apontar que a vulnerabilidade socioeconômica geralmente vem acompanhada de outros tipos de vulnerabilidade. Usando o referencial proposto por Marshall, podemos dizer que no Brasil contemporâneo a população descrita como em situação vulnerável do ponto de vista socioeconômico é aquela que muitas vezes não possui acesso às conquistas como bem-estar e segurança materiais. Analisando sob a perspectiva de cidadania de Marshall, portanto, esta não compreende os indivíduos em situação vulnerável, o que permite concluir que estes indivíduos não seriam cidadãos plenos, visto que não conquistaram seus direitos civis, políticos e sociais, sendo então impossibilitados de exercer sua cidadania.

Marshall define a cidadania como um processo de conquistas de direitos mínimos pela sociedade. Relacionando também a cidadania à conquista de direitos, a escritora Evelina Dagnino (2004) vai mais além, e defende que a cidadania assumiria uma redefinição da ideia de direitos, cujo ponto de partida é a concepção de um direito a ter direitos. Dagnino é uma cientista política brasileira e professora da Universidade Estadual de Campinas, com linhas de pesquisa que contemplam assuntos como movimentos sociais, cidadania, sociedade civil, democracia e democratização. Para ela, a cidadania tem relação direta com a possibilidade real de reivindicação de direitos pelos indivíduos, ou seja, a consideração por parte do Estado de que aquele indivíduo pode, perante a lei, reclamar um direito básico. Esta concepção de cidadania é descrita pela autora em texto após análise da sociedade civil Brasileira entre os anos 1980-90, pós ditadura militar, contexto determinante para a compreensão desta definição, visto que durante esta, a população não possuía direito protegido por lei a reclamar direitos para o Estado. De acordo com a definição de Dagnino, as políticas públicas seriam então as ferramentas que tornam esta cidadania possível por meio de uma operacionalização do direito ao acesso aos direitos.

A perspectiva das políticas públicas sobre o conceito de vulnerabilidade agrega então algumas noções do direito, mais especificamente do campo dos direitos humanos, de onde o conceito é oriundo. A Organização das Nações Unidas (ONU) lançou, no ano de 1948, uma carta intitulada “Declaração Universal dos Direitos

Humanos”, com o objetivo de garantir o acesso pleno aos direitos humanos pela população dos países signatários à carta. Com 30 artigos, esta carta busca homogeneizar a situação dos direitos humanos nos países, de modo que todos os cidadãos destes países possam desfrutar dos mesmos direitos de forma igualitária perante o Estado. Percebe-se nos direitos humanos a intenção de respaldar os indivíduos na busca por seus direitos, de modo a minimizar a possibilidade de vulnerabilidade política, social e jurídica. Assim, segundo Bucci (2001), o campo de públicas buscaria por formas de concretização dos direitos humanos.

O economista indiano Amartya Kumar Sen associa diretamente a falta de liberdade econômica, ou seja, a pobreza, à falta de liberdades social e política dos indivíduos. Amartya Sen criou, em parceria com Mahbub ul Haq, uma maneira de medir o desenvolvimento dos países, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que considera não apenas fatores econômicos, mas também sociais, de acordo com análise do bem-estar social. Segundo Amartya Sen, é responsabilidade do Estado conter a desigualdade social gerada pelo sistema econômico e não suprimida pelo mercado. Por estes estudos, o estudioso ganhou o Prêmio Nobel de Economia em 1998. Assim, para Amartya Sen (1999):

A negação da liberdade econômica, sob a forma da pobreza extrema, torna a pessoa vulnerável a violações de outras formas de liberdade. (...) A negação da liberdade econômica implica na negação da liberdade social e política.

Deste modo pode-se dizer que a liberdade econômica de certa forma cerceia as outras liberdades individuais, violando o pressuposto de liberdade dos direitos humanos e impedindo o pleno desenvolvimento da vida humana em determinada população. A população que tem o seu direito ao pleno desenvolvimento ferido se torna vulnerável no sentido de não conseguir realizar plenamente os seus direitos básicos quando comparada a uma população que realizou o direito ao pleno desenvolvimento. A população que não goza do direito ao desenvolvimento tem maior dificuldade de assegurar aos seus membros o acesso à educação, à participação política e às demais ferramentas de participação social. Esta população vulnerável acaba sendo invisibilizada por não ter acesso à estas ferramentas e, assim, excluída da vida em sociedade no que diz respeito à participação e gozo pleno dos direitos.

A perspectiva da vulnerabilidade para as políticas públicas está diretamente relacionada a uma dimensão econômica e suas complicações para a vida do indivíduo. Abramovay et al (2002) no ensaio “Juventude, Violência e Vulnerabilidade Social na América Latina: Desafios para Políticas Públicas” cita três elementos essenciais à conformação de situações de vulnerabilidade: recursos materiais ou simbólicos (ativos), estruturas de oportunidade dadas pelo mercado, Estado e sociedade, e as estratégias de uso de ativos. O primeiro elemento se refere à posse ou controle de recursos materiais ou simbólicos que permitiriam aos atores se desenvolverem em sociedade; como por exemplo possuir um sustento ou ter condições de estudo para obtenção de conhecimento. O segundo elemento fala das estruturas de oportunidade que provêm do mercado, Estado e sociedade, como por exemplo se o governo desenvolve ou não políticas sociais ou se a legislação trabalhista age de acordo com o interesse de todos, promovendo igual desenvolvimento de todas as camadas sociais. O terceiro diz respeito às estratégias quanto ao uso que esses atores fazem de seu conjunto de ativos com vistas a fazer frente às mudanças estruturais de um contexto social, ou seja, como os atores utilizam os dois primeiros elementos, para benefício próprio e da sociedade, visando a diminuição da vulnerabilidade. Observa-se o frequente uso de termos provenientes das ciências econômicas pelos autores do ensaio, exprimindo a importância do aspecto econômico da vulnerabilidade na perspectiva do campo de públicas.

A vulnerabilidade pode ser compreendida em um resultado negativo da combinação entre a posse de recursos do ator, as estruturas de oportunidade que o envolvem e as estratégias de uso destes recursos e oportunidades às quais o ator faz uso. Podemos observar assim, que os indivíduos que se encontram em uma determinada dimensão econômica à qual é definida pela sociedade como pobreza, estão em uma situação vulnerável em relação aos indivíduos que se encontram em outras dimensões econômicas. Bucci e Pereira (2004) definem pobreza:

Pobreza não pode ser definida de forma única, mas ela se evidencia quando parte da população não é capaz de gerar renda suficiente para ter acesso sustentável aos recursos básicos que garantam uma qualidade de vida digna. Estes recursos são água, saúde, educação, alimentação, moradia, renda e cidadania.

Esta diferença de definições das dimensões econômicas, ou seja, a existência de um grupo de indivíduos cuja situação econômica é caracterizada como pobre, e no outro extremo, a existência de outro grupo de indivíduos cuja situação econômica é caracterizada como rica é a desigualdade social. Para Santos (2009) podemos denominar a desigualdade social como sendo uma condição de acesso desproporcional aos recursos, materiais ou simbólicos, fruto das divisões sociais. A pobreza e a desigualdade social não são os únicos espectros da vulnerabilidade, contudo são fatores importantes para a definição de vulnerabilidade dos indivíduos pelas políticas públicas.

Como estratégia para diminuição da vulnerabilidade social causada pela pobreza e desigualdades, o Estado lança mão de políticas públicas de assistência social. Estas políticas buscam amenizar os efeitos destes fatores no cotidiano dos indivíduos, e assim, da sociedade de maneira geral. De acordo com o Ministério do Desenvolvimento Social, a política de assistência social do Brasil oferece um conjunto de serviços para garantir que o cidadão não fique desamparado quando ocorram situações inesperadas, nas quais a sua capacidade de acessar direitos sociais fica comprometida.

A assistência social pode ser observada no Brasil principalmente por meio do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). O SUAS dispõe de dois tipos de benefícios: o Benefício de Prestação Continuada, que consiste no pagamento de um salário mínimo mensal a pessoas com 65 anos ou mais ou com deficiência incapacitante; e os Benefícios Eventuais, como por exemplo o Bolsa Família. Além destes programas de redistribuição de renda, o SUAS ainda conta com os CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), o PAIF (Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família), Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, Projovem Adolescente, CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social), PETI (Programa de Erradicação do Trabalho Infantil), Abrigo Institucional, Casa-Lar, Casa de Passagem, Residência Inclusiva, Serviço de Acolhimento em República, Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora e Serviço de Proteção em Situação de Calamidade Pública e de Emergência. Esta rede realiza atendimentos que podem ser voltados para a prevenção de determinadas situações ou para o apoio de pessoas que tiveram seus direitos violados, sendo serviços que buscam reduzir os efeitos que a desigualdade causa na vida destas pessoas.

Vulnerabilidade no Contexto HIV/Aids

No campo da saúde pública, histórica e majoritariamente, as discussões enfocam o conceito de risco. Este conceito, muito utilizado pela epidemiologia, é descrito:

a palavra “risco” significa possibilidade de ocorrência. Assim, se quisermos saber qual o risco de um morador da cidade de Salvador adquirir câncer de pele, teríamos de calcular a probabilidade de uma pessoa pertencente à população de Salvador ter esse diagnóstico. A probabilidade é dada pela relação entre o número de casos diagnosticados em um ano e a população residente nesse mesmo ano. (Barata e Ribeiro, 2008)

O risco é utilizado na Epidemiologia para falar de qualquer doença que assole uma população, servindo para avaliar as condições de saúde da mesma. No campo do HIV/Aids, porém, o risco acabou ganhando conotação negativa pelo fato de estigmatizar os grupos infectados pelo vírus. Termos como “comportamento de risco” e “grupo de risco” ocuparam papel importante na discussão epidemiológica sobre HIV/Aids, especialmente nos primeiros anos após a descoberta do vírus.

Segundo Ayres (2001) assim como ocorre com outras epidemias, quando a epidemia do HIV/Aids veio à tona houve grande preocupação por parte dos epidemiologistas em encontrar um comportamento que estivesse diretamente relacionado à infecção do vírus, um *comportamento de risco* para a infecção por HIV. Este tipo de ação ocorre para que se faça possível uma maior conscientização e prevenção por parte da população, que saberia que certa atitude está ligada à maiores chances de infecção. Quando este comportamento de risco foi observado e descrito, ele estava diretamente relacionado - e por um tempo acreditava-se até restrito - a um grupo de pessoas, o que levou à criação do termo “grupo de risco”. Os termos “comportamento de risco” e “grupo de risco” acabam por isolar certas atitudes e indivíduos, de modo a destacá-los negativamente para a população como estratégia para minimizar a possibilidade de crescimento da epidemia. Assim, destacava-se como comportamento preocupante, ou “de risco” o sexo homossexual; da mesma forma que se destacava como um “grupo de risco” os homens que fazem sexo com homens. O termo risco acabou por estigmatizar alguns grupos de pessoas, gerando

preconceito, intolerância, e a exclusão social destes grupos; em vista disso, a vulnerabilidade acabou ganhando mais espaço, sendo um termo discutido concomitantemente com o de risco pela epidemiologia.

De acordo com Sánchez e Bertolozzi (2007), o termo vulnerabilidade no contexto da Aids se refere:

à chance de exposição das pessoas ao adoecimento, como resultante de um conjunto de aspectos que ainda que se refiram imediatamente ao indivíduo, o recoloca na perspectiva da dupla-face, ou seja, o indivíduo e sua relação com o coletivo.

A incorporação do conceito de vulnerabilidade na saúde pública tornou mais complexa a discussão sobre epidemia, segundo Oviedo e Czeresnia (2015). Deste modo, entre o fim dos anos 1980 e início dos anos de 1990, a vulnerabilidade tornou-se preocupação e ganhou espaço para debate entre os pesquisadores e a comunidade envolvida no âmbito do HIV/Aids. O conceito de vulnerabilidade busca a superação da noção difundida na saúde pública de “grupo de risco”, que acaba individualizando e responsabilizando poucas pessoas pela existência e disseminação da doença.

Ayres et al (2003), discutindo a epidemia de HIV e Aids, explica a vulnerabilidade como um conceito único com três dimensões diferentes. Ele os apresenta como três eixos interligados: o componente individual, o componente social e o componente programático. O componente individual toma como ponto de partida os aspectos próprios ao modo de vida das pessoas, que podem contribuir para a exposição ou proteção dos indivíduos ao vírus. A dimensão individual da vulnerabilidade, então, diz respeito ao grau e qualidade da informação que o indivíduo dispõe sobre o problema, assim como a capacidade de incorporá-las ao seu repertório de preocupações cotidianas e o interesse e possibilidade efetiva de tornar estas preocupações práticas protetoras, partindo do princípio de que todos estão suscetíveis ao adoecimento. Entre os aspectos citados pelo autor no componente individual, podemos destacar: valores, crenças, conhecimentos, atitudes, relações familiares e sexuais. O componente social se refere à obtenção de informações e poder de as incorporar a mudanças práticas de acordo com o acesso do indivíduo a meios de comunicação, escolarização, disponibilidade de recursos materiais etc; focando diretamente nos fatores contextuais que definem e constroem a vulnerabilidade

individual. Entre os aspectos citados pelo autor no componente social, podemos destacar: normas sociais, referências culturais, relações de gênero, raça e etnia, e acesso à justiça. Por fim, o componente programático diz respeito aos esforços institucionais voltados ao aumento de recursos sociais que os indivíduos necessitam para não se expor ao HIV; buscando avaliar como, em circunstâncias sociais dadas, as instituições, especialmente as de saúde, educação, bem-estar social e cultura, atuam como elementos que reproduzem, quando não mesmo aprofundam, as condições socialmente dadas de vulnerabilidade. Entre os aspectos citados pelo autor no componente social, podemos destacar: compromisso político do governo, acesso e qualidade dos serviços, planejamento e avaliação de políticas específicas, e integralidade da atenção.

Relação Entre Vulnerabilidade e Juventude

Considerando os aspectos sociais e econômicos, a população jovem constitui um grupo considerado vulnerável para estudiosos como Abramovay et al (2002). Para Vignoli (apud Abramovay, 2002):

Os jovens sofrem um risco de exclusão social sem precedentes devido a um conjunto de desequilíbrios provenientes do mercado, Estado e sociedade que tendem a concentrar a pobreza entre os membros desse grupo e distanciá-los do "curso central" do sistema social (2002, p.33)

Os estudos sobre o tema apontam alguns fatores responsáveis pela vulnerabilidade nesta população. Abramovay et al (2002) explica que a vulnerabilidade dos jovens neste sentido surge, principalmente, da baixa qualidade do ensino público, da segmentação educacional e de problemas que concorrem para diminuir a procura de jovens por este serviço básico. Estas questões educacionais refletem no futuro profissional, diminuindo a gama de oportunidades que o jovem pode vir a ter, os condicionando a empregos que não exigem um alto nível de escolaridade, e que na maioria das vezes possuem baixo retorno financeiro. Além de a população jovem ser economicamente vulnerável, ela acaba se mostrando vulnerável também em outros sentidos de sua vida social, como a saúde sexual e reprodutiva.

Tendo em vista este contexto de vulnerabilidade socioeconômica, as análises de infecção dos jovens pelo vírus HIV devem transcender a perspectiva de grupo de risco, contemplando também aspectos de situações em que a exposição pode ocorrer de forma passiva: falta de conhecimento, coerção sexual e aspectos de gênero, estigmas, entre outros. Podemos perceber nestas situações de exposição dos jovens, alguns aspectos relevantes das dimensões individual e social descritas por Ayres anteriormente. Aproximando esta discussão de Ayres da prática, Bezerra et al (2012) conduziu uma pesquisa intitulada “Análise da Vulnerabilidade Sexual de Estudantes Universitários ao HIV/Aids”. A pesquisa quantitativa ocorreu em uma instituição pública de ensino superior de Fortaleza - CE, com 161 participantes, e abordou temas principalmente relacionados à educação sexual, prevenção e conhecimentos sobre o tema HIV/Aids. A pesquisa rendeu conclusões importantes e coerentes com os achados da literatura sobre o assunto. Para Bezerra et al (2012):

As vulnerabilidades dos jovens à epidemia (de HIV) são diversas, envolvendo aspectos como a iniciação sexual precoce, necessidade de aceitação e inserção em grupos sociais, aumento no consumo de álcool e outras drogas e questões de gênero. (2012, p.2)

Sobre os aspectos que tornam os jovens vulneráveis, ainda segundo Bezerra et al (2012), podemos apontar como fatores determinantes a idade de início da vida sexual, que se relaciona com uma maior ou menor escolaridade do indivíduo; inconsistência do uso do preservativo, ou seja, um número pequeno de jovens que utilizam o preservativo sempre, com motivos como confiança no parceiro, uso de anticoncepcional oral e crenças negativas sobre o uso do preservativo; pouco conhecimento sobre as formas de exposição e proteção do vírus, possuindo assim uma baixa percepção de risco de infecção pelo vírus; assim como pouco conhecimento sobre centros de testagem e acesso gratuito ao preservativo. As questões educacionais aparecem como fator principal para a determinação da vulnerabilidade quanto ao HIV na população jovem.

Por outro lado, Monteiro (2002) apresenta uma visão menos focada na educação formal, e mais focada no contexto cultural e socioeconômico dos jovens como fator principal para a determinação da vulnerabilidade da população jovem ao HIV:

o comportamento de risco não decorre necessariamente da falta de informação sobre os meios de prevenção, mas de visões de mundo resultantes das experiências sociais nas quais o risco é minimizado ou super-reconhecido. (Monteiro, 2002, p.45)

A autora expõe que, em uma realidade de vulnerabilidade social, as práticas dos jovens, incluindo as práticas sexuais, estariam de acordo com as práticas que eles têm como modelo num determinado contexto social e histórico. Práticas onde a prevenção é diminuída podem estar relacionadas a modelos sociais vigentes sobre questões de gênero, sobre o risco e sobre estigmas relacionados ao HIV. A vulnerabilidade dos jovens em relação à doenças sexualmente transmissíveis não se limitaria a falta de informação sobre meios de prevenção. O fato do HIV/Aids e a sexualidade, principalmente a feminina, serem tratados como tabu pela sociedade também acaba dificultando o diálogo, e assim o conhecimento sobre o assunto, que tende a gerar mais prevenção.

Abramovay et al (2002) destaca o investimento na população jovem como uma importante resposta a fim de quebrar este padrão de vulnerabilidade. Deste modo, segundo os autores, deve-se combater a vulnerabilidade social pelo aumento do capital social e cultural, que poderá proporcionar a substituição de um clima de descrença reinante pelo sentimento de confiança no futuro. Os conceitos de capital social e capital cultural foram difundidos e popularizados nas ciências humanas pelo sociólogo francês Pierre Bourdieu. Bourdieu (1998) define capital social como:

O conjunto dos recursos reais ou potenciais que estão ligados à posse de uma rede durável de relações mais ou menos institucionalizadas de interconhecimento e de inter-reconhecimento mútuos, ou, em outros termos, à vinculação a um grupo, como o conjunto de agentes que não somente são dotados de propriedades comuns (passíveis de serem percebidas pelo observador, pelos outros e por eles mesmos), mas também que são unidos por ligações permanentes e úteis. (1998, p.67)

Já o capital cultural engloba prioritariamente a variável educacional (Neves, Pronko e Mendonça, 2009), consistindo num conjunto de recursos acumuláveis relacionados à educação, sendo considerado por Bourdieu um princípio de diferenciação entre os indivíduos nas sociedades quase tão poderoso como o do capital econômico. Para Abramovay, agregando o capital social e o capital cultural à

rotina dos jovens seremos capazes de observar mudanças em aspectos como a saúde pública, a violência e criminalidade, e melhora na qualidade de vida de um modo geral.

No contexto do HIV/Aids, Bezerra et al (2012) conclui a partir da literatura e de sua pesquisa citada anteriormente que há necessidade de se investir em ações educativas sobre sexualidade e DST/Aids. Deve-se expor questões como uso do preservativo, riscos e exposição, teste anti-HIV, e locais de acesso ao exame. Estas discussões podem e devem ocorrer nos âmbitos escolar e acadêmico, de modo que atinja substancialmente os jovens e, assim, suas relações de amizade, família e sexualidade.

Diferenças e Semelhanças nas Análises de Vulnerabilidade

Existem diferenças e semelhanças quando falamos sobre vulnerabilidade no âmbito das políticas públicas e vulnerabilidade no âmbito do HIV/Aids. Podemos observar que as políticas públicas levam em consideração em teoria, aspectos econômicos, sociais e individuais para a conformação de uma situação de vulnerabilidade. Já na prática das normas, políticas e programas o fator considerado mais importante e foco principal das políticas públicas é o econômico, vide políticas de redistribuição de renda, auxílio à agricultores, pescadores, pessoas em situação de desemprego, etc. A saúde pública, e mais especificamente, o campo do HIV/Aids, considera que o indivíduo é vulnerável levando em conta os mesmos aspectos do âmbito das políticas públicas, mas também as especificidades do âmbito do HIV/Aids como a sexualidade do indivíduo e sua fragilidade biológica. Apesar disto vemos fortes semelhanças entre as falas de Abramovay e de Ayres, que explicam vulnerabilidade a partir de três dimensões similares à seu modo e que falam sobre o indivíduo, sobre as oportunidades à sua volta e, por fim, sobre suas estratégias para desfrutar estas oportunidades (apresentadas a seguir no Quadro 1).

A primeira dimensão descrita pelos autores se mostra similar no que diz respeito ao maior foco no que o indivíduo possui como recurso (informação), contanto Ayres vai além e cita também a possibilidade de o ator tomar ou não alguma atitude em relação ao problema. Na segunda dimensão podemos observar que os autores trazem para a discussão os aparatos e ferramentas sociais das quais o ator pode ou não dispor e acessar. Por fim a terceira dimensão para a conformação da

vulnerabilidade se trata das estratégias ou esforços do ator voltados à mudança do contexto social e a não exposição ao HIV.

Quadro 1 - Comparativo entre os autores Abramovay et al e Ayres et al em relação às dimensões da vulnerabilidade.

Dimensões trabalhadas vs. autores	Abramovay et al	Ayres et al
1ª Dimensão	A posse ou controle de recursos materiais ou simbólicos que permitiriam aos atores se desenvolverem em sociedade	Aspectos próprios ao modo de vida, grau e qualidade da informação que o indivíduo dispõe sobre o problema, assim como a capacidade de incorporá-las ao seu repertório de preocupações cotidianas e o interesse e possibilidade efetiva de tornar estas preocupações práticas protetoras
2ª Dimensão	As estruturas de oportunidade que provêm do mercado, Estado e sociedade	A obtenção de informações e poder de as incorporar à mudanças práticas de acordo com o acesso do indivíduo a meios de comunicação, escolarização, disponibilidade de recursos materiais etc.
3ª Dimensão	As estratégias quanto ao uso que esses atores fazem de seu conjunto de ativos com vistas a fazer frente às mudanças estruturais de um contexto social	Os esforços voltados ao aumento de recursos sociais que os indivíduos necessitam para não se expor ao HIV.

Fonte: Elaboração própria.

Pode-se concluir que os dois autores falam primordialmente de: recursos, ferramentas sociais e esforços. Os discursos dos autores são diferentes no que se refere às expressões e especificidades de cada campo de análise, mas no que se refere à bibliografia existente acerca da conformação de situações de vulnerabilidade, esta se mostra muito coesa nos dois diferentes campos.

Podemos considerar que grande parte dos indivíduos em situação vulnerável sob a perspectiva da saúde pública também são considerados vulneráveis sob a perspectiva das políticas públicas, que é um pouco mais ampla e possui elementos de conformação menos específicos do que no caso da saúde pública. As duas perspectivas não são excludentes, deste modo uma análise no campo das políticas públicas, com foco na vulnerabilidade, pode empregar ambos os conceitos.

Epidemiologia e Políticas Públicas

Segundo Bonita, Beaglehole e Kjellström (2006, p.9), “O objetivo principal da Epidemiologia é melhorar a saúde das populações”. O propósito e premissa de estudo da Epidemiologia é de que fatores ambientais diversos contribuem para o aparecimento de doenças, tais como doenças cardíacas ou diabetes, ou doenças infecciosas como a malária e a Aids. Esta premissa de correlação entre doença e ambiente gera inúmeras pesquisas na área médica, cujos objetivos giram em torno de descobrir como prevenir e tratar melhor as enfermidades que assolam as populações. De acordo com Cavalheiro (2002), a Epidemiologia tem a responsabilidade de gerar conhecimentos, informações e tecnologias que possam ser utilizadas na formulação das políticas de promoção, prevenção e controle dos problemas de saúde. Os estudos epidemiológicos são de grande importância e tendem a ter impacto na definição da agenda das Políticas de Saúde, pois seus resultados podem ser considerados indicadores confiáveis da situação de saúde dos indivíduos, assim como podem apontar elementos relativos aos resultados, à eficácia, à eficiência e ao impacto dos programas do governo.

Os resultados encontrados nas pesquisas têm o potencial de beneficiar a sociedade na medida em que a divulgação de conhecimento pode colocar na agenda determinados problemas do campo da saúde. Nem todo resultado divulgado de estudo científico tem repercussão para além da academia, portanto de entrar para a agenda. Mesmo aqueles estudos epidemiológicos cujas publicações tenham tal repercussão – por exemplo, sendo divulgados na mídia ou em instâncias de controle social como conselhos de saúde e de gestores – não se segue que uma vez na agenda aquela questão se transforme em uma política pública. Como demonstram diversos estudos do campo de políticas públicas, não há um movimento direto e linear da agenda para a formulação da política pública.

A formulação da política pública poderia no caso da saúde pública se traduzir na elaboração de um protocolo, um programa, um plano, uma política, um projeto de lei, um decreto ou marco regulatório. São estes elementos normativos que autorizam, regulamentam e fornecem as ferramentas necessárias para a prática a partir destas descobertas dos estudos epidemiológicos. Para que se oportunize a entrada na agenda e a formulação de políticas, é preciso que as descobertas do que pode ou não

acabar com uma epidemia estejam de acordo com a realidade econômica, climática, social, cultural do local para que possam ser postas em prática.

Segundo Barata (2013), a desigualdade, sobretudo a desigualdade no acesso à saúde, é uma das características que as pesquisas devem incorporar para que seus resultados sejam indicadores reais, e para que estes possam ser levados em conta na hora da produção das políticas. Uma parte dos estudos epidemiológicos mais recentes, os estudos da Epidemiologia Social em particular, esforçam-se por empregar modelos teóricos para pensar os processos de saúde e de doença que vão para além do chamado modelo de história natural da doença. O modelo da determinação social da doença incorpora a discussão de dimensões sociais, econômicas, políticas e históricas na formulação dos próprios objetos de estudo bem como na elaboração dos modelos analíticos para compreender fenômenos de saúde. Um objetivo explícito das pesquisas nesta vertente teórica é a redução da produção de desigualdades.

Ainda sobre o campo da Epidemiologia, ressalta-se que uma parte dos estudos focam em intervenções em saúde, analisando entre outras coisas o impacto que determinadas ações (programas ou políticas) tiveram sobre determinada população. O campo da Epidemiologia estuda, neste sentido, algumas abordagens utilizadas nas intervenções em saúde. Intervenções em saúde não são necessariamente Políticas Públicas, podendo partir também de ONGs ou entidades filantrópicas, contudo as Políticas Públicas de saúde são consideradas intervenções em saúde.

Estudando as desigualdades que podem ser geradas pelos diferentes tipos de intervenção em saúde, Frohlich e Potvin (2008) observaram três abordagens comuns: o enfoque de risco, o enfoque de massa e o enfoque baseado na vulnerabilidade. O enfoque de risco baseia-se na ideia de que as intervenções em saúde devem ser focalizadas nos grupos que representam maior risco de contaminação de doenças, sendo criticado principalmente pela individualização da responsabilidade, crítica esta advinda da discussão sobre a utilização do conceito de risco. O enfoque de massa defende a ideia de intervenção massiva, partindo do pressuposto de que todos os indivíduos possuem nível médio de exposição às doenças, sendo criticado principalmente pelos custos elevados gerados por este tipo de intervenção, e pela possível manutenção das desigualdades existentes, visto o tratamento igual que dá a todos sem a observância das diferenças. O enfoque baseado na vulnerabilidade seria

complementar à intervenção massiva, como meio de evitar esta manutenção das desigualdades, definindo grupos vulneráveis que compartilham características que configuram desvantagens em comparação a outros grupos. Deste modo o terceiro enfoque, de vulnerabilidade, só seria possível se coexistindo com o segundo enfoque, de massa.

Os autores concluíram que possivelmente os objetivos de reduzir a desigualdade na saúde e de melhorar a saúde da população em geral não sejam compatíveis, visto que os enfoques baseados em massa acabam por manter e/ou aumentar estas desigualdades. Para Frohlich e Potvin (2008), os melhores caminhos para garantir que a população mais vulnerável economicamente e em relação à saúde não seja deixada de lado seriam distinguir estes objetivos, e conceber estratégias de saúde que utilizam as abordagens de massa e as abordagens baseadas na vulnerabilidade para realizar as intervenções.

Com foco mais voltado à epidemia da Aids, Cavalheiro (apud Veras, 1998), explica que quando se trata desta epidemia, “A contribuição da epidemiologia não obedeceu a nenhum plano de abordagem”. O autor elucida como se deu a descoberta do vírus para os epidemiologistas, quando foi inicialmente alertada pelo sistema de vigilância do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) de Atlanta (EUA), chamando atenção por suas peculiaridades epidemiológicas e intrigando os pesquisadores. Assim iniciou-se o processo de definição dos fatores de risco, elencando responsabilidades comportamentais, ou seja, tentando determinar correlações entre o ambiente, práticas, comportamentos, e o resultado final de saúde, a infecção pelo vírus e possível morte do indivíduo. Após avanços nos testes diagnósticos, nos tratamentos, e a disponibilização de profilaxias pré e pós-exposição, a Epidemiologia busca um controle da doença, tendo em vista que os pesquisadores ainda não obtiveram sucesso no desenvolvimento de uma substância que a cure.

HIV/Aids e a Juventude

De acordo com o último relatório informativo global do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), aproximadamente 36,7 milhões de pessoas viviam com HIV no mundo no ano de 2016. Este mesmo relatório ainda indica

que, no ano de 2016, ocorreram 1,8 milhão de novas infecções pelo vírus no mundo, das quais 4.500 ocorreram no Brasil.

O UNAIDS foi criado no ano de 1996 com o intuito de ajudar a combater o vírus do HIV e dar auxílio às pessoas que vivem com ele. É um programa globalmente conhecido, que atua em diversos países e cria soluções para os problemas trazidos pela epidemia de HIV. A importância das resoluções do UNAIDS se dá para com os países membros da Organização das Nações Unidas, tendo pouca ou zero influência em países não signatários. O UNAIDS possui como objetivo acabar com a epidemia de Aids até o ano de 2030, com a meta 90-90-90, que auxilia a alcançar este objetivo. A Meta 90-90-90 pretende que até 2020: 90% das pessoas vivendo com HIV conheçam sua sorologia; 90% das pessoas que conhecem sua sorologia estejam em tratamento; e 90% das pessoas que estão em tratamento estejam em supressão viral (com carga viral indetectável). O Brasil é um dos países membros da ONU que aderiu à meta 90-90-90 proposta pelo UNAIDS.

Neste contexto, no ano de 2016, o UNAIDS lançou dois importantes documentos que têm foco na relação do HIV/Aids com a juventude: o guia *“Ending the AIDS epidemic for adolescents, with adolescents”* e o relatório *“All In to End The Adolescent Aids Epidemic”*. A publicação destes documentos tem o intuito de alertar sobre a situação atual da epidemia na população jovem, explicitar a importância de controlar a epidemia especialmente nesta população, e fazer recomendações para os atores responsáveis pela implementação de programas e tomada de decisões, assim como para a população no geral.

Segundo o documento *“Ending the AIDS epidemic for adolescents, with adolescents”*, um dos fatores que ajuda a tornar a população jovem mais vulnerável é a dificuldade de rastreamento e análise da epidemia de HIV na adolescência, devido à inadequada desagregação de dados de HIV. Como resultado, a maioria das respostas nacionais não conseguem acompanhar nem a epidemia de HIV adolescente ou as consequências relacionadas ao HIV entre os adolescentes (como monitoramento da carga viral) de forma efetiva. Além disso, o documento indica que na população jovem encontram-se baixo uso de métodos contraceptivos e altas taxas de doenças sexualmente transmissíveis, gestações não planejadas, tentativas de suicídio e abuso de álcool. Estes dados globais estão de acordo com os observados na literatura

brasileira, como podemos observar na pesquisa de Bezerra (2012), citada já anteriormente.

O Brasil é o país da América Latina com maior contingente de jovens, com mais de 51 milhões de pessoas com idade entre 10 e 24 anos vivendo aqui no ano de 2014, representando quase 27% da população brasileira segundo o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). Segundo o UNAIDS, 35% das novas infecções por HIV no Brasil ocorreram em jovens entre 15 e 24 anos no ano de 2016 (UNAIDS, 2016).

O preconceito e os estigmas da Aids, que era chamada de “câncer gay”, fez com que as primeiras políticas públicas fossem criadas a passos curtos, colaborando com o rápido crescimento inicial das taxas de infecção por HIV no Brasil. Como já discutimos anteriormente, existem grupos na sociedade que possuem graus de suscetibilidade à exposição ao vírus do HIV maiores do que outros, sendo que um destes é a população jovem. Para compreender esta situação, analisaremos os dados observados para esta população, de acordo com o Boletim Epidemiológico divulgado pelo Ministério da Saúde em 2017, a fim de descrever um panorama da realidade da epidemia na vida dos jovens.

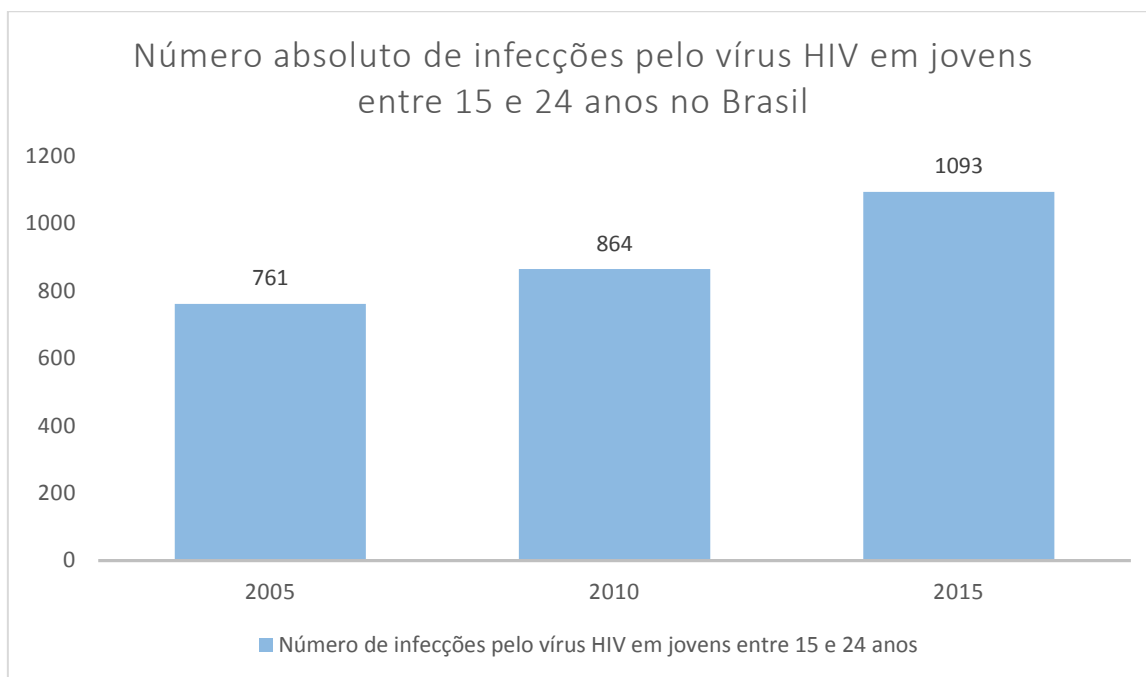
O Boletim Epidemiológico é um documento do Departamento de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, que conta com informações e análises dos casos de HIV/Aids do Brasil, a partir das notificações compulsórias dos casos em um sistema e de dados de mortalidade cuja causa tenha sido HIV/Aids (SINAN)¹. A partir da análise deste informativo anual, muitas informações sobre a realidade da epidemia no Brasil podem ser extraídas, o que pode nortear a criação de Políticas Públicas específicas para diferentes grupos populacionais, dependendo das necessidades apontadas no Boletim.

O gráfico 1 foi elaborado a partir da análise do Boletim Epidemiológico brasileiro de 2017, com informações sobre as infecções por HIV na população com idade entre 15 e 24 anos no momento do diagnóstico. O número notificações de casos de

¹ SINAN, SIM e SISCEL são sistemas de informação do Ministério da Saúde para agravos de notificação (SINAN), mortalidade (SIM) e de exames laboratoriais (SISCEL). Além destes, o Ministério conta com o SICLOM (controle de medicamentos), o PREVINI (monitoramento de insumos e prevenção) e o SISGENO (informações de exames específicos de genotipagem).

HIV/AIDS nesta faixa etária teve um aumento de 43% em uma década (de 2005 a 2015).

Gráfico 1 - Casos de Aids notificados no Sinan, declarados no SIM e registrados no Siscel/Siclom segundo faixa etária, 2005 - 2015.



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados publicados pelo Ministério da Saúde no Boletim Epidemiológico (BRASIL, 2017).

Análise de documentos relativos à política de HIV/Aids e de programas específicos

O primeiro documento nacional oficial a vigorar sobre HIV/Aids no Brasil foi a Portaria 236 do Ministério da Saúde de 2 de maio de 1985, que criava o Programa de Enfrentamento da Aids, e que posteriormente originou o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Antes de existir qualquer Política Nacional, este documento de 12 páginas era o único documento de abrangência nacional que normatizava qualquer prática clínica relacionada ao HIV no Brasil. Catorze anos depois, em 1999, o Ministério da Saúde implementou a Política Nacional de DST/Aids. Além dos documentos nacionais divulgados pelo Ministério da Saúde, no âmbito do HIV/Aids são lançados frequentemente recomendações de cunho internacional e até nacional, por órgãos como UNAIDS ou por ONGs. As recomendações publicadas pelo UNAIDS têm influência na formulação no âmbito nacional de programas e políticas, quando assumidas pelo Ministério da Saúde. As recomendações de ONGs internacionais e nacionais não têm a mesma força. Os documentos normativos publicados pelo Ministério da Saúde tendem a ter impacto maior e mais imediato do que as recomendações de outras agências no sistema de saúde.

O único documento no Brasil localizado neste estudo, na busca documental, que versa especificamente sobre a política de Aids é intitulado “Política Nacional de DST/AIDS – Princípios, Diretrizes e Estratégias”, possuindo 92 páginas, tendo sido publicado em 1999. Logo na introdução deste, o Ministério da Saúde já define a política pública como “o conjunto das diretrizes e referenciais ético-legais adotados pelo Estado para fazer frente a um problema e/ou a uma demanda que a sociedade lhe apresenta”, expressando assim sua preocupação com a epidemia de um modo geral e explicitando que as demandas da sociedade serão atendidas por meio de políticas públicas, cujas diretrizes estão identificadas no documento. Não se localizou um documento posterior a 1999 que atualize a “Política Nacional”.

Observa-se que, neste documento, a população jovem não é o foco de nenhuma diretriz ou estratégia específica, sendo que a palavra “jovens” aparece apenas 4 vezes ao longo do documento. Destaca-se que antes mesmo da publicação do documento intitulado “Política Nacional de DST/AIDS – Princípios, Diretrizes e

Estratégias”, já havia um conjunto estruturado de ações por parte do Programa, com focos específicos.

Além da Política Nacional de DST/Aids, o Ministério da Saúde lançou, desde o primeiro programa específico em 1985, outros documentos normativos e diretrizes com foco no tema HIV/Aids. Estes documentos são geralmente focalizados em grupos específicos e divididos de acordo com o assunto, por exemplo, Profilaxia Pós-Exposição (PEP) ou Adesão ao tratamento. Deste modo, no site do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e Hepatites Virais, é possível encontrar 255 publicações entre manuais, boletins e diretrizes, e 209 documentos entre portarias, notas e outros comunicados. Dentre os protocolos e diretrizes, foram encontrados 5 documentos com foco no público adolescente, e 1 com um capítulo destinado a este público. Dentre as portarias e notas, 4 possuem foco no público jovem.

Não há na Política Nacional publicada em 1999 um capítulo dedicado a este grupo. A primeira publicação que fala da relação entre o HIV e os jovens é feita depois de 7 anos, em 2006, o que representa muitos anos de falta de atenção a uma população historicamente mais vulnerável às IST, álcool, gravidez indesejada e outras questões sociais. Isto significa que, desde o início da confirmação dos primeiros casos no Brasil em 1983, passaram-se 23 anos sem que se fizesse um documento dedicado a um grupo etário que está no auge de suas descobertas de identidade, sociabilidade e sexualidade. Após o lançamento do primeiro manual com este enfoque em 2006, pode-se perceber uma certa frequência no que diz respeito a novos lançamentos sobre o assunto, com hiatos de no máximo 4 anos entre uma publicação e outra, sendo a última lançada já no ano de 2017.

Quadro 2 - Documentos Lançados pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais Ministério da Saúde com Foco no Público Jovem.

Nome do documento	Ano	Descrição de acordo com o Ministério da Saúde	Tipo de documento
Manual de Rotinas para a Assistência a Adolescentes Vivendo com HIV/Aids	2006	Ações de intervenção preventiva e clínica que contemplem as necessidades desse grupo populacional de forma mais efetiva, integral e participativa.	Manual

Nome do documento	Ano	Descrição de acordo com o Ministério da Saúde	Tipo de documento
Manual de Adesão ao Tratamento para Pessoas Vivendo com HIV e Aids	2008	Aborda questões como atenção integral e adesão em HIV/aids, eventos adversos e interações: manejo e prevenção, ações e estratégias em adesão, momentos do tratamento. Destinado a serviços de saúde e ONG.	Manual
Recomendações para Terapia Antirretroviral em Crianças e Adolescentes Infectados pelo HIV	2009	Consenso de recomendações de tratamento em crianças e adolescentes. Referência para profissionais da saúde.	Guia
Recomendações para a Atenção Integral a Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids	2013	Manual de Atenção Integral a Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids. Aborda temas relacionados aos aspectos epidemiológicos da infecção pelo HIV nesse grupo populacional.	Guia
Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes	2014	Documento publicado na forma de Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica (PCDT) por meio de portaria Ministerial, após um período de 30 dias de consulta pública. Objetiva a atualização de profissionais de saúde que atendem à população pediátrica exposta e infectada pelo HIV.	Protocolo
Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes	2017	Recomendações do Ministério da Saúde para o manejo da terapia antirretroviral em crianças e adolescentes.	Protocolo
Nota técnica nº 285/2010	2010	Ampliação da utilização do Darunavir comprimido de 300 mg para crianças e adolescentes com peso corporal igual ou maior a 40 kg.	Nota Técnica
Nota Técnica nº 67/2011	2011	Critérios de indicação do Tipranavir para crianças e adolescentes até 18 anos com peso igual ou maior a 35kg.	Nota Técnica
Nota Técnica nº 240/2011	2011	Critérios de Uso, Fluxo e Formulários de solicitação de fosamprenavir, tipranavir e darunavir para crianças e adolescentes até 18 anos incompletos.	Nota Técnica
Nota Informativa nº 008/2016/DDAHV/SVS/MS	2016	Trata da aplicação das recomendações do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Profilaxia Antirretroviral Pós Exposição de Risco à Infecção pelo HIV (PCDT PEP) para crianças e adolescentes	Nota Informativa

Fonte: Site do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais do Ministério da Saúde.

No Quadro 2 estão explicitadas as publicações disponíveis no site do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e Hepatites

Virais do Ministério da Saúde que possuem foco total ou parcial no público jovem/adolescente. No que diz respeito às Normas Técnicas/Informativas, são destinadas aos profissionais de saúde que atuam na área, como o nome já indica. Sendo assim seus conteúdos tratam principalmente de manejo de tratamento com os antirretrovirais, que são diferentes para crianças e adolescentes e para adultos.

Para além das publicações específicas do Departamento, foram localizados outros textos do Ministério da Saúde com foco em jovens e adolescentes: Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei – normas e reflexões; e Orientações Básicas de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes nas Escolas e Unidades Básicas de Saúde.

O Primeiro documento, “Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde” se trata do último Plano Nacional de saúde do jovem, de 2010. Os Planos Nacionais são documentos lançados pelo Ministério da Saúde periodicamente. Seus temas são fragmentados de acordo com a população-alvo, tendo a saúde de modo geral como assunto. Lançados com alguma frequência, os Planos Nacionais têm o objetivo de nortear as ações e programas do SUS, de acordo com cada população (jovens, LGBT, homens, no sistema penitenciário, etc). Assim, apesar de não haver um documento único que atualize a Política Nacional, foram lançados Planos divididos por grupos populacionais, que tratam da saúde das populações, incluindo o tema HIV/Aids. Neste Plano pode-se encontrar alguns tópicos tratando da Aids na juventude ao longo do texto, não sendo possível identificar um capítulo destinado ao tema.

Os outros dois documentos, “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei - normas e reflexões” e “Orientações Básicas de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes nas Escolas e Unidades Básicas de Saúde” são menos abrangentes do que o Plano Nacional no quesito público-alvo. O primeiro documento é de 2012 e tem foco na população adolescente que se encontra em regime de internação por ato infracional. Assim como no Plano Nacional, encontram-se tópicos sobre saúde sexual e HIV/Aids na juventude ao longo dos capítulos do documento, sem um capítulo específico destinado à discussão deste tema. O documento “Orientações Básicas de Atenção Integral à Saúde de

Adolescentes nas Escolas e Unidades Básicas de Saúde” é de 2013, e é destinado à atenção à saúde do adolescente nos âmbitos escolar e de sua Unidade Básica de Saúde (UBS). Este dispõe de orientações para os profissionais educadores e da saúde básica quanto à saúde dos jovens. Assim como nos outros documentos, o tema do HIV/Aids vem à tona em alguns capítulos no decorrer do documento, não possuindo um capítulo que reúne as informações sobre o tema.

Para além do Ministério da Saúde, dois importantes documentos sobre o assunto no Brasil são o Estatuto da Criança (ECA) e do Adolescente e a Política Nacional de Juventude (PNJ). O primeiro é um texto legal onde constam direitos e deveres jurídicos das crianças e adolescentes, com disposições gerais sobre seguridade, saúde, assistência social etc, porém sem pontos específicos sobre o tema HIV/Aids. O ECA foi publicado pela primeira vez em 1990 e teve sua última atualização no ano de 2017.

O segundo texto dispõe de dois tópicos na seção “Qualidade de vida: meio ambiente, saúde, esporte e lazer” para falar sobre o tema do HIV/Aids na juventude. A PNJ foi lançada em 2006, mesmo ano da publicação do Manual de Rotinas para a Assistência a Adolescentes Vivendo com HIV/Aids. Seus objetivos relativos ao tema são “Fortalecer ações de prevenção da infecção pelas DST e pelo HIV em adolescentes e jovens”; e “Garantir no SUS o atendimento a adolescentes e jovens portadores de DST e HIV, com testagem, diagnóstico, aconselhamento, tratamento e acompanhamento, respeitando as especificidades da infecção e do grupo etário” (Conselho Nacional de Juventude, 2006). Assim, fica evidente que há uma preocupação com o tema HIV/Aids quando do lançamento da PNJ em 2006, porém estes dois tópicos acabam por ficar perdidos no meio de inúmeros outros sobre saúde, não ganhando o destaque de uma seção própria. São também extremamente genéricos, assim como não apontam metas, ações, estratégias ou orçamento para atingir os objetivos propostos.

Além dos documentos, podemos citar ações como campanhas publicitárias e programas como o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD) produzidos e publicados pelo Ministério da Saúde, que possuem foco total ou em parte no HIV/Aids e juventude. Estas são importantes ferramentas utilizadas pelo Estado para auxiliar o combate ao vírus HIV na população jovem e também a melhorar a qualidade de vida dos jovens que já vivem com o vírus.

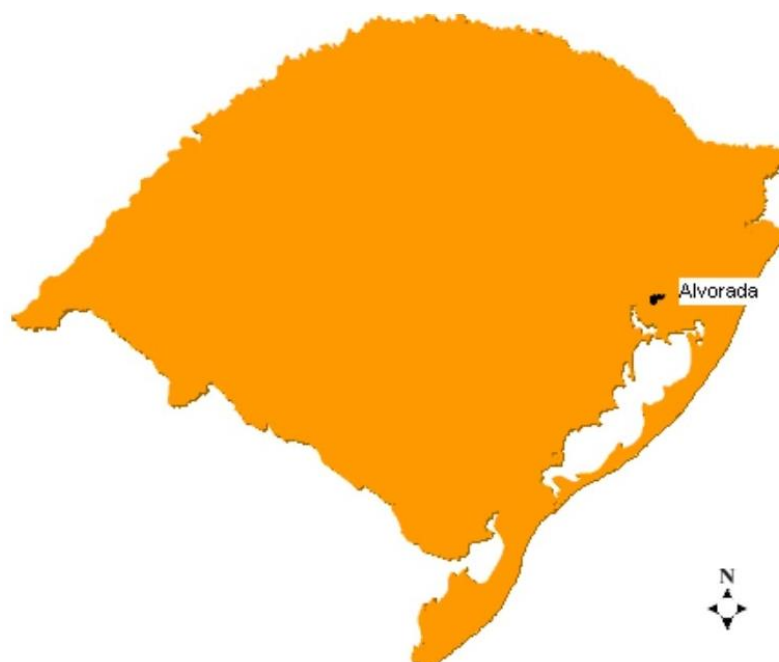
Todos estes documentos buscam normatizar o tratamento, adesão, atendimento, enfim, os cuidados aos indivíduos jovens que vivem com o HIV/Aids, assim como contém indicações para a prevenção da doença neste grupo específico. O lançamento destes documentos, de campanhas publicitárias e outras políticas públicas representam a preocupação do governo em relação às demandas de saúde geradas por esta população. Assim, podemos perceber que a questão do HIV/Aids na juventude não é totalmente negligenciada no Brasil hoje em dia. Não nos propomos aqui a uma análise detalhada do conteúdo das campanhas ou ações, tendo nos limitado ao levantamento dos documentos que referem o público jovem. Certamente seria interessante que houvessem estudos que focassem numa avaliação da qualidade dos materiais e estudos que analisassem os resultados das campanhas publicitárias, observando seus efeitos junto ao público jovem.

O Caso de Alvorada

Contexto Social

Alvorada é uma importante cidade da Região Metropolitana de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul. A cidade possui uma população estimada pelo IBGE em 2017 de 208.177 habitantes, fazendo fronteira com outras cidades importantes da região metropolitana como Cachoeirinha, Viamão e Gravataí. A cidade de Alvorada foi emancipada no município de Viamão em 1965, deixando de ser o distrito de Passo do Feijó e tornando-se então um município independente (Prefeitura Municipal de Alvorada, 2017). Alvorada é uma cidade considerada dormitório, podendo ser frequentemente observado o fenômeno da migração pendular, no qual os residentes do município o deixam todos os dias pela manhã para trabalhar em outro município, geralmente na metrópole, e retornam às suas casas pela noite, após o dia de trabalho.

Figura 1 - Localização Geográfica do Município de Alvorada no Estado do Rio Grande do Sul.



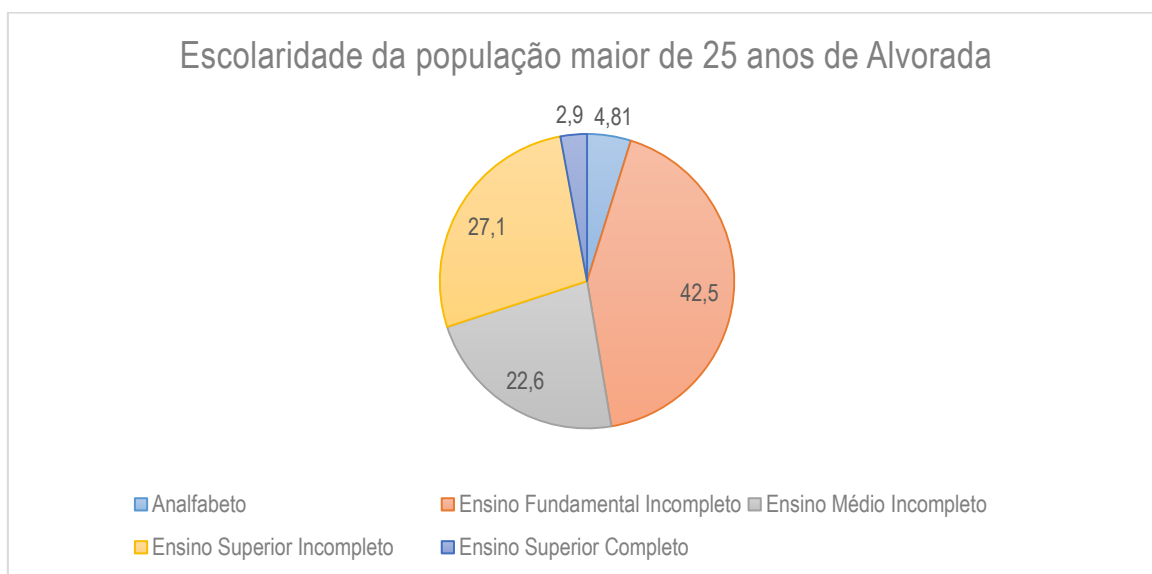
Fonte: Rasera, 2008.

Alvorada possui características peculiares que vêm sendo observadas desde sua criação. A região em que a cidade se localiza é espaço de formação africana e afro-brasileira (Oliveira apud Rasera, 2008), mas também possui grupo populacional formado por portugueses, alemães, italianos e descendentes de japoneses. Seu crescimento populacional se deu de forma repentina visto a pouca idade do município,

de forma que sua rede de serviços públicos se tornou ineficiente para o atendimento de toda a população. O fato de grande parte da sua população transitar diariamente pela Região Metropolitana e, principalmente, por Porto Alegre, assim como a moradia em áreas limítrofes, torna constante a exclusão da população de Alvorada de serviços básicos e processos de tomadas de decisão (Rasera, 2008).

O município possui o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, que leva em conta a renda, longevidade e educação da população, de 0,699, sendo considerado um desenvolvimento médio, enquanto o IDHM da capital Porto Alegre é de 0,805, considerado muito alto (IBGE, 2010). A estrutura etária da cidade de Alvorada é composta por 26,24% dos residentes menores de 15 anos, 68,09% entre 15 e 64 anos, e 5,67% maiores de 64 anos (IBGE, 2010). A escolaridade da população adulta é ilustrada pelo gráfico 4.

Gráfico 2 - Porcentagem da Escolaridade da População Adulta do Município de Alvorada – RS



Fonte: Elaboração própria a partir de dados disponíveis em IBGE (2010).

Observa-se a partir das informações referentes aos dados de 2010 e contidas no gráfico 4 que a grande maioria da população que reside na cidade de Alvorada não chegou a completar o Ensino Fundamental, assim como atenta-se para o fato de que há mais pessoas analfabetas no município do que pessoas com o Ensino Superior concluído. Houve uma melhora significativa nestes números se comparados com dados de anos anteriores, porém o nível de escolaridade médio da cidade ainda é muito baixo.

Quadro 3 - Tabela Comparativa de Renda, Pobreza e Índice de Gini entre os anos de 1991, 2000, e 2010 no Município de Alvorada - RS.

Ano	1991	2000	2010
Renda per capita	334,82	428,88	600,48
% de extremamente pobres	4,76	4,30	2,15
% de pobres	21,04	16,11	7,32
Índice de Gini	0,41	0,44	0,43

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano.

No Quadro 3 podemos observar informações que dizem respeito à renda dos moradores da cidade de Alvorada. Organizado pelo PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento), pela Fundação João Pinheiro e pelo IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, que conta com informações sociodemográficas de cada município brasileiro, divulgou a tabela comparativa entre os anos de 1991, 2000 e 2010 (Quadro 3). O quadro publicado pelo Atlas do Desenvolvimento Humano revela um aumento de 79,34% na renda per capita dos residentes de Alvorada, assim como uma diminuição na porcentagem de indivíduos extremamente pobres e pobres. Contudo, o Índice de Gini, instrumento utilizado para medir a concentração de renda de 0 a 1, sendo 0 uma situação de total igualdade e 1 total desigualdade, aumentou. O crescimento no Índice de Gini indica que, apesar do crescimento na renda e diminuição da pobreza, a desigualdade de renda ainda aumenta.

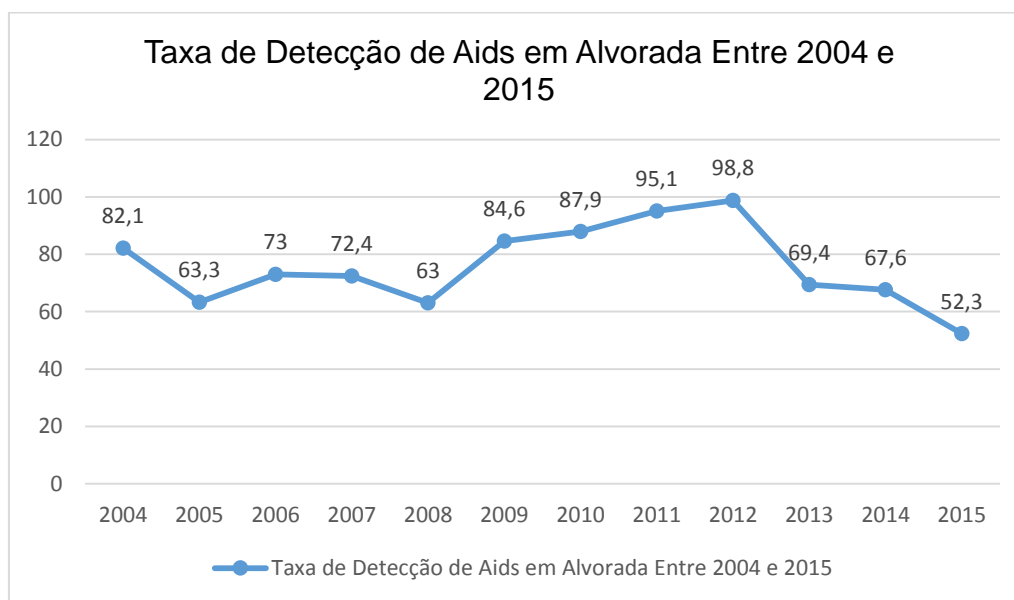
A cidade de Alvorada possui dados alarmantes em relação à violência e insegurança, de acordo com a Secretaria de Segurança Pública do Rio Grande do Sul (SSP-RS). Segundo esta mesma Secretaria, entre 01 de janeiro e 30 de setembro do ano de 2017, foram registrados 120 homicídios dolosos em Alvorada. Como termo de comparação, observamos uma cidade de porte semelhante no estado, a cidade de Rio Grande, no sul do estado do Rio Grande do Sul, com 209.378 habitantes, população similar à Alvorada, que neste mesmo período registrou 46 homicídios dolosos, 2,6 vezes menos do que Alvorada. Na Região Metropolitana, a capital registra um número de 446 homicídios dolosos, proporcionalmente menos quando consideramos que a capital tem uma população de 1,4 milhões, 6,7 vezes maior.

Nestas circunstâncias, a população de Alvorada está inserida em um contexto social de vulnerabilidade que se destaca no cenário regional e nacional, conhecida principalmente pelos seus altos índices de criminalidade e de desigualdade social, sendo a quarta cidade do Rio Grande do Sul com maior taxa de incidência de pobreza (IBGE, 2016).

HIV/Aids em Alvorada

A epidemia de Aids em Alvorada acompanha as características do contexto social vulnerável observado principalmente através do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal. Entre as cidades do Rio Grande do Sul, Alvorada sempre figurou entre os primeiros lugares no ranking da taxa de detecção² de Aids, ao lado de cidades como Viamão, Rio Grande (que possui o segundo maior porto marítimo em movimentação de cargas do Brasil), Charqueadas (onde se localiza uma das maiores penitenciárias do Rio Grande do Sul) e da capital Porto Alegre.

Gráfico 3 - Gráfico da Variação da Taxa de Detecção de Aids a Cada 100 mil Habitantes no Município de Alvorada Entre os Anos de 2004 à 2015.



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Boletim Epidemiológico do Rio Grande do Sul do ano de 2017.

² Taxa de detecção é o cálculo utilizado pela Epidemiologia como forma de medir a quantidade de casos novos por 100 mil habitantes, em um determinado espaço geográfico, e num determinado ano (DATASUS, 2013).

No ano de 2012, o município de Alvorada atingiu o 1º lugar neste *ranking*, com 98,8 casos de Aids por 100 mil habitantes, enquanto a média nacional da taxa de detecção é de aproximadamente 22 casos para cada 100 mil habitantes. Segundo o último Boletim Epidemiológico do estado do Rio Grande do Sul, divulgado em 2017 com dados de 2015, Alvorada figura agora em décimo lugar neste *ranking*, com 52,3 casos de Aids por 100 mil habitantes. A cidade agora é precedida por Charqueadas (83,6 casos), Porto Alegre (74 casos), Tramandaí (64,7 casos), Rio Grande (61,1 casos), Esteio (59,5 casos), Sapucaia do Sul (59,3 casos), Viamão (56,8 casos), Cruz Alta (54,9 casos) e Osório (52,4 casos).

Apesar da queda do município de Alvorada neste *ranking*, a cidade figurou durante pelo menos 11 anos entre as 10 cidades gaúchas com maior taxa de detecção de novos casos de Aids para cada 100 mil pessoas. Em 2012, quando atingiu o primeiro lugar, não atingiu apenas no Rio Grande do Sul: Alvorada foi a cidade brasileira com a maior taxa de detecção de novos casos de Aids (BRASIL, 2016). Assim, considerando suas características e seu histórico de relação com a doença, a cidade de Alvorada continua sendo foco de atenção e preocupação tanto da parte de gestores quanto da mídia e público em geral.

Análise de Dados Sobre a Epidemia em Alvorada

Resultados

O banco de dados empregado neste estudo é composto por 1028 casos válidos, dos quais 236 (22,95%) são de usuários do SAE cuja idade varia entre 15 e 24 anos, encaixando-se na definição de “jovem” que foi utilizada neste trabalho.

Na tabela 1, foram utilizados alguns dados que se referem às características sociodemográficas dos usuários jovens do SAE, que são: sexo, escolaridade, situação conjugal na primeira consulta e motivo do teste. Atenta-se para o fato de que o número total de casos varia pois a opção “ignorado” foi retirada da análise. A partir dos resultados, é possível traçar um perfil sociodemográfico para a epidemia nos jovens de Alvorada.

Tabela 1 - Prevalência (número de casos e percentual) e respectivos valores de p (teste Qui-quadrado) dos usuários do SAE de Alvorada, segundo variáveis selecionadas, por faixa etária

Características sociodemográficas	Até 14 anos N %	15-24 anos N %	25-34 N %	35-49 N %	Mais de 50 anos N %	P*
Sexo						,000
Masculino	10 55,6	61 33,5	149 47,8	207 52,4	87 55,4	
Feminino	8 44,4	121 66,5	163 52,2	188 47,6	70 44,6	
Total	18 100	182 100	312 100	395 100	157 100	
Escolaridade						,000
De 0 a 4 anos	3 22,2	11 9,1	43 14,4	62 16,5	42 30,0	
Entre 5 e 8 anos (Ensino Fundamental)	9 69,2	95 56,5	135 47,4	218 58,0	78 55,7	
9 anos ou mais (ensino médio/superior)	1 7,7	62 36,9	107 37,5	96 25,7	20 14,3	
Situação Conjugal na primeira consulta						
Solteiro	18 100,0	95 52,5	145 48,2	191 49,1	69 44,8	
Casado	0 0,0	37 20,4	91 30,2	136 35,0	41 26,6	
Com parceiro fixo (namorando)	0 0,0	49 27,1	63 20,9	53 13,6	19 12,3	
Viúvo	0 0,0	0 0,0	2 0,7	9 2,3	25 16,2	
Motivo do Teste						
Demanda espontânea	5 27,8	28 15,4%	55 17,6	70 17,7	26 17,7	

Parceiro Reagente	0 0,0	20 11,0	63 20,2	64 16,2	32 20,5
Ficou doente não TB	1 5,6	41 22,5	68 21,8	115 29,0	58 37,2
Ficou doente TB	0 0,0	6 3,3	28 9,0	43 10,9	16 10,3
Pré-natal	0 0,0	57 31,3	66 21,2	30 7,6	0 0,0
Rotina UBS	0 0,0	15 8,2	11 3,5	22 5,6	10 6,4
Outro	12 66,7	15 8,2	21 6,7	52 13,1	14 9,0

Fonte: Elaboração própria.

* Utilizado o teste de Qui-quadrado de Pearson para medir a significância do modelo.

Pode-se observar que a maioria (66,5%) dos infectados pelo vírus HIV com idade entre 15 e 24 anos são mulheres, o que vai ao encontro da literatura sobre o assunto, a ocorrência de uma “feminização” da epidemia. A maioria destes jovens estudaram até o Ensino Fundamental (56,5%) e solteiras/os (52,5%). O teste para saber sobre sua sorologia foi feito por estarem gestando e fazendo pré-natal em quase um terço das pessoas com idade entre 15 e 24 anos (31,3%), reforçando este perfil da feminização. Ainda deve-se chamar atenção para o fato de que um quinto dos jovens estão casados (20,4%) ou e mais de um quarto tem parceiro fixo (27,1%). Destaca-se ainda uma quantidade expressiva de jovens que realizaram um teste para HIV por já estarem doentes (22,5%). O dado que nos parece mais alarmante.

A tabela 2 reúne os seguintes dados comportamentais sobre os usuários do SAE: histórico de uso de drogas (cocaína injetável, cocaína inalatória, maconha e crack), histórico de uso de álcool, e CD4 da segunda consulta. Quanto ao histórico de uso de drogas e álcool foi retirada também a opção “ignorado”, pelo motivo já exposto. Quanto à variável CD4 na segunda consulta, elucida-se que alguns pacientes chegam para sua primeira consulta com o exame pronto, assim como alguns realizam o exame após a primeira consulta, possuindo o mesmo pronto apenas na segunda consulta. Alguns pacientes ainda demoram algumas consultas para realizar o exame, então se

deu prioridade para a variável de CD4 na segunda consulta que é quando a maior quantidade de usuários tem seu exame em mãos.

Tabela 2 - Características comportamentais e clínicas dos usuários do SAE de Alvorada - RS.

Características comportamentais	Até 14 anos N %	15-24 anos N %	25-34 N %	35-49 N %	Mais de 50 anos N %	P*
Histórico de uso de drogas ilícitas						,000
Não faz/fez uso de drogas ilícitas	14 93,3	87 63,0	133 54,7	200 63,7	84	81,6
Faz/fez uso de drogas ilícitas	1 6,7	51 37,0	110 45,3	114 36,3	19 18,4	
Histórico de uso de álcool						,000
Não faz/fez uso frequente de álcool	14 100,0	80 47,1	94 40,0	97 38,6	32 39,0	
Faz/fez uso frequente de álcool	0 0,0	90 52,9	141 60,0	154 61,4	50 61,0	
CD4 da segunda consulta						,000
Até 200 células	0 0,0	13 13,3	25 15,4	60 26,9	34 32,4	
Entre 201 e 500 células	2 28,6	26 26,5	70 43,2	85 38,1	40 38,1	
Entre 501 e 1000 células	4 57,1	49 50,0	58 35,8	67 30,0	27 25,7	
Mais de 1000 células	1 14,3	10 10,2	9 5,6	11 4,9	4 3,8	

Fonte: Elaboração própria.

* Utilizado o teste de Qui-quadrado de Pearson para medir a significância do modelo.

A menor parte (37%) dos usuários do SAE com idade entre 15 e 24 anos já utilizou drogas ilícitas (maconha, cocaína injetável, cocaína inalatória, crack) enquanto

o álcool já foi utilizado pela maioria destes (52,9%). Ainda assim, observa-se que mais de um terço dos jovens já utilizou cocaína inalatória, cocaína injetável, maconha ou crack. Metade destes jovens chegam no SAE com contagem de CD4 entre 501 e 1000 células (50%), considerado bom, visto que contagens menores que 200 células representam danos graves ao sistema imunológico com forte recomendação de tratamento com antirretrovirais. Ainda assim 26,5% dos usuários chega com CD4 entre 201 e 500 células, já com recomendação de início de tratamento, dado que vai ao encontro do que vimos sobre o segundo maior motivo de procura de testagem, a doença. Fazendo um cruzamento de dados com as variáveis Motivo do Teste e CD4 na Segunda Consulta, pode-se observar que 26,1% das pessoas que chegam ao serviço com o CD4 na faixa entre 201 e 500 células, se testaram por motivo de doença (dado não apresentado em tabela).

A Tabela 3 caracteriza o estado imunológico no qual os usuários ingressam no serviço de acordo com idade e sexo do paciente. Assim, nesta tabela a contagem do CD4 é dividida apenas em duas faixas, objetivando definir se o usuário chega doente ou não.

Tabela 3 - Estado imunológico do usuário ao ingressar no serviço de acordo com idade e sexo

	Até 14 anos de idade N %	Entre 15 e 24 anos de idade N %	Entre 25 e 34 anos de idade N %	Entre 35 e 49 anos de idade N %	Mais de 50 anos de idade N %	P*
Masculino						0,004
CD4 Menor de 350 células	0 0,0	11 31,4	27 38,6	62 54,9	34 54,8	
CD4 Maior ou igual a 350 células	6 100,0	24 68,6	44 62,0	51 45,1	28 45,2	
Feminino						0,009
CD4 Menor de 350 células	2 50,0	10 15,9	23 25,6	42 37,8	17 42,5	
CD4 ou igual a 350 células	2 50,0	53 84,1	67 74,4	69 62,2	23 57,5	
Total	10	98	161	224	125	

Fonte: Elaboração própria.

* Utilizado o teste de Qui-quadrado de Pearson para medir a significância do modelo.

Observa-se um bom estado imunológico dos jovens entre 15 e 24 anos ao ingressar no serviço, visto que 68,6% dos jovens do sexo masculino chegam com CD4 maior ou igual a 350 e 84,1% das jovens do sexo feminino chegam também com CD4 maior ou igual a 350. Se levamos em consideração que o principal motivo para realização do teste para as mulheres é o pré-natal de acordo com a Tabela 1, também deve-se pensar a obrigatoriedade do teste na atenção à gestação explica que mais mulheres fazem o teste e têm um diagnóstico, em comparação com homens que, de modo geral, fazem o teste quando estão doentes. Deste modo, entende-se que a realização do pré-natal é uma importante ferramenta de controle da saúde da mulher, não existindo ferramenta equivalente no caso masculino, o que acaba levando a descobertas mais tardias da sorologia. Isso também significa que as mulheres que não estão gestantes nem em idade reprodutiva estão, como os homens, recebendo pouca atenção por parte dos serviços públicos no que diz respeito à epidemia de HIV/Aids.

A Tabela 4 busca caracterizar a população jovem quanto ao tempo médio que o usuário sabe de seu diagnóstico.

Tabela 4 - Tempo de diagnóstico por idade

	Até 14 anos de idade N %	Entre 15 e 24 anos de idade N %	Entre 25 e 34 anos de idade N %	Entre 35 e 49 anos de idade N %	50 anos ou mais de idade N %	P*
Tempo de diagnóstico						,000
Zero anos	3 23,1	142 80,2	215 71,0	240 62,5	107 70,9	
1 ano	0 0,0	11 6,2	17 5,6	18 4,7	7 4,6	
2 anos	1 7,7	10 5,6	6 2,0	18 4,7	6 4,0	
De 3 a 10 anos	3 23,1	6 3,4	54 17,8	53 16,4	19 12,6	

De 11 a 30 anos	6 46,2	8 4,5	11 3,6	45 11,7	12 7,9
Total	13	177	303	374	151

Fonte: Elaboração própria.

* Utilizado o teste de Qui-quadrado de Pearson para medir a significância do modelo.

De um modo geral o tempo do diagnóstico se concentra na primeira linha da tabela que corresponde a zero anos, ou seja, a maior parte dos usuários sabe de seu diagnóstico há apenas alguns meses. Na coluna que compreende os jovens entre 15 e 24 anos especificamente podemos observar que 80,2% sabe de seu diagnóstico há menos de 1 ano, indicando que as infecções nesta faixa etária não ocorrem por transmissão vertical. Realizando um cruzamento entre as variáveis Faixa Etária e Provável Modo de Transmissão do HIV, observa-se que 69,5% das infecções se dão por via sexual, seja por sexo homossexual ou heterossexual (dados não apresentados em tabela).

Considerações Finais

Foi destacado neste trabalho, com o auxílio da literatura de Abramovay et al (2002), a falta de qualidade no ensino como importante fator que contribui para a vulnerabilidade dos jovens. Adjacente a isto, também se destacou com o auxílio da literatura de Bezerra (2012) que os âmbitos escolar e acadêmico são importantes para a aquisição de conhecimentos de qualquer natureza, visto que o círculo social do indivíduo geralmente é formado nestes locais. Sendo assim, se grande parte das pessoas no círculo social do indivíduo possui um conhecimento, existem mais chances deste conhecimento se propagar para o resto do grupo. Não há troca de conhecimentos onde não há conhecimento algum sobre o assunto. Deste modo, podemos perceber a importância da discussão sobre sexualidade nas salas de aula, não como forma de “incitar” a criança ou adolescente a iniciar práticas sexuais, mas

sim como forma de promover conhecimentos para que aquele indivíduo e todo seu círculo social promova práticas conscientes e seguras.

Os resultados obtidos pela pesquisa com os usuários do SAE de Alvorada permitiram traçar um perfil da população jovem que vive com HIV/Aids: Feminina, com grau de escolaridade de ensino fundamental, que descobriu sobre sua sorologia por meio do pré-natal. Além disto, é uma população com altos níveis de consumo de drogas e álcool e que se infectou pela via sexual, tendo diagnóstico recente.

Tendo em vista esta realidade e o contexto em que esta população está circunscrita na cidade de Alvorada, podemos compreender os efeitos que a vulnerabilidade de um modo geral acaba causando na vida dos indivíduos. A desigualdade social, de direitos, de conhecimento deixa marcas importantes nas sociedades, e os gestores devem concentrar seus esforços para a diminuição desta.

As Políticas Públicas de saúde voltadas ao público jovem, para serem efetivas, devem levar em conta todas estas situações de desigualdade. A falta de qualidade no ensino, o conservadorismo que proíbe discussões e a falta de conhecimento sobre o assunto podem ser empecilhos para a implementação de políticas importantes de saúde pública, ou acabar por tornar as políticas não tão eficazes quanto poderiam.

Referências

Abramovay, Miriam. Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas / Miriam Abramovay et alii. – Brasília : UNESCO, BID, 2002. 192 p. Disponível em: <http://repositorio.minedu.gob.pe/bitstream/handle/123456789/1379/2002_Abramovay_Juventud%2c%20violencia%20y%20vulnerabilidad%20social%20en%20Am%C3%A9rica%20Latina%20desaf%3ADos%20para%20pol%3ADticas%20p%3ABablicas.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 10 out. 2017.

AYRES, José de Carvalho Mesquita et al. O Conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: Novas Perspectivas e Desafios. In: CZERESNIA, Dina; DE FREITAS, Carlos Machado (Org.). Promoção da Saúde: Conceitos, Reflexões, Tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. cap. 6, p. 121-143. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=-UEqBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA121&dq=vulnerabilidade&ots=CT37Sp9qlf&sig=omvZ6Ueu8ustJFbFnTApAonZUNQ#v=onepage&q=vulnerabilidade&f=false>>. Acesso em: 10 out. 2017.

BARATA, R. B; RIBEIRO, M. C. S. Condições de Saúde da População Brasileira. In: GIOVANELLA, Ligia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro- Ed. FIOCRUZ, 2008. 143-181.

Barchifontaine CP. Vulnerabilidade e dignidade humana. O Mundo da Saúde 2006; 30(3):434-440. Disponível em: <http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/38/vulnerabilidade_dignidade.pdf>. Acesso em: 15 out. 2017.

Barreto, ML. Papel da Epidemiologia no desenvolvimento do SUS no Brasil: histórico, fundamentos e perspectivas. Rev Bras Epidemiol 2002; 5(S1): 4-16. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v5s1/03.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2017.

BEZERRA, Elys Oliveira et al. ANÁLISE DA VULNERABILIDADE SEXUAL DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS AO HIV/AIDS. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, Fortaleza, v. 13, n. 5, p. 1121-1131, jan. 2012.

Disponível em:
<<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1167/pdf>>.
Acesso em: 24 nov. 2017.

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTRÖM, T. Epidemiologia Básica. 2. ed. Santos: Livraria Santos Editora, 2006. 2013 p. Disponível em:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43541/5/9788572888394_por.pdf>.
Acesso em: 16 nov. 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Juventude. Política Nacional de Juventude: Diretrizes e Perspectivas. Regina Célia de Novaes, Daniel Tojeira Cara, Danilo Moreira da Silva, Fernanda de Carvalho Papa (orgs.). São Paulo, 2006. Disponível em <<http://library.fes.de/pdf-files/bueros/brasilien/05611.pdf>>. Acesso em 15 dez. 2017.

BRASIL. Lei Federal n. 8069, de 13 de jul. de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. ECA. Disponível em: <http://www.chegadetrabalho infantil.org.br/wp-content/uploads/2017/06/LivroECA_2017_v05_INTERNET.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1. ed., 1 reimpr. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 48 p.: il. ISBN 978-85-334-1704-5. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacao_basica_saude_adolescente.pdf> . Acesso em: 27 dez. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. Brasília: 2010. 132 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf>. Acesso em: 27 dez. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Guia. Recomendações para a Atenção Integral a Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids - 2013. Brasília: [s.n.], 2013. 5678

p. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/recomendacoes-para-atencao-integral-adolescentes-e-jovens-vivendo-com-hiv-aids-2013>>. Acesso em: 07 dez. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Guia. Recomendações para terapia antirretroviral em crianças e adolescentes infectados pelo HIV - 2009. Brasília: [s.n.], 2009. 778 p. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2009/recomendacoes-para-terapia-antirretroviral-em-criancas-e-adolescentes-infectados-pelo-hiv>>. Acesso em: 07 dez. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Manual. Manual de Adesão ao Tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids. Brasília: [s.n.], 2008. P 59. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2008/manual-de-adesao-ao-tratamento-para-pessoas-vivendo-com-hiv-e-aids-2008>>. Acesso em: 07 dez. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Manual. Manual de rotinas para assistência a adolescentes vivendo com HIV/aids. Brasília: [s.n.], 2006. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2007/manual-de-rotinas-para-assistencia-adolescentes-vivendo-com-hiv-aids-2006>>. Acesso em: 07 dez. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Nota Informativa. Nota Informativa nº 008/2016/DDAHV/SVS/MS. Brasília: [s.n.], 2010. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-0082016ddahvsvsms>>. Acesso em: 03 dez. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Nota Técnica. Nota Técnica nº 240/2011. Brasília: [s.n.], 2011. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-tecnica-no-2402011>>. Acesso em: 03 dez. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Nota Técnica. Nota Técnica nº67/2011. Brasília: [s.n.], 2011. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-tecnica-no-672011>>. Acesso em: 03 dez. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Nota Técnica. Nota Técnica nº 285/2010. Brasília: [s.n.], 2011. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-tecnica-no-2852010>>. Acesso em: 03 dez. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Protocolo. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes.

Brasília: [s.n.], 2017. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-criancas-e>>. Acesso em: 07 dez. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Protocolo. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes. Brasília: [s.n.], 2014. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2014/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-criancas-e>>. Acesso em: 07 dez. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n. 236, de 02 de maio de 1985. p. 1-12. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/portaria-236-de-2-de-maio-de-1985>>. Acesso em: 09 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. RECOMENDAÇÕES PARA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EM ADULTOS INFECTADOS PELO HIV. Brasília, 2008. 28 p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/pub/2007/59204/suplemento_ii_web.pdf>. Acesso em: 27 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei: normas e reflexões / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-acoes-estrategicas-gtae/saude-das-populacoes-privadas-de-liberdade/saude-dos-adolescentes-em-conflito-com-a-lei/legislacao/pnaisari_17_01_2012_versao_preliminar.pdf>. Acesso em: 27 dez. 2017.

BRASIL. Site do Ministério do Desenvolvimento Social. Disponível em: <<http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/unidades-de-atendimento>>. Acesso em: 05 nov. 2017.

BRASIL, Secretaria de Vigilância Em Saúde. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 64 p. v. 5. Disponível

em:<<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-hivaid-2017>>. Acesso em: 30 out. 2017.

BUCCI, Maria Paula Dallari et alli. Direitos humanos e políticas públicas. São Paulo, Pólis, 2001. 60p. (Cadernos Pólis, 2). Disponível em: <<http://www.polis.org.br/uploads/831/831.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2017.

CAVALHEIRO, J. R. Epidemiologia da Aids: Garimpando Novos Paradigmas. Rio de Janeiro, 1998. In: VERAS, RP., et al., orgs. Epidemiologia: contextos e pluralidade [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. 172 p. Epidemiológica series, nº4. ISBN 85-85676-54-X. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/p5z3b/pdf/veras-9788575412633.pdf#page=21>> Acesso em: 16 nov. 2017.

Dagnino, Evelina (2004) “¿Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando?” En Daniel Mato (coord.), Políticas de ciudadanía y sociedad civil en tiempos de globalización. Caracas: FACES, Universidad Central de Venezuela, pp. 95-110. Disponível em: <<http://biblioteca.clacso.edu.ar/Venezuela/faces-ucv/20120723055520/Dagnino.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2017.

Frohlich KL, Potvin L. Transcending the known in public health practice. Am J Public Health. 2008;98(2):216–221. doi: 10.2105/AJPH.2007.114777. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2376882/>> Acesso em: 21 nov. 2017.

GOMES, Mônica Araújo ; PEREIRA, Maria Lúcia Duarte. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. Ciência & Saúde Coletiva, Fortaleza, v. 10, n. 2, p. 357-363, jan. 2005. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/csc/v10n2/a13v10n2.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2017.

IBGE, Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil: Alvorada, RS. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/alvorada_rs>. Acesso em: 01 dez. 2017.

IBGE Cidades: Porto Alegre. 2010. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/porto-alegre/panorama>>. Acesso em: 27 dez. 2017.

IBGE Cidades: Alvorada. 2010. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/alvorada/panorama>>. Acesso em: 27 dez. 2017.

MARSHALL , Thomas Humphrey. Cidadania, Classe Social e Status. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967. 220 p. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/999642/mod_resource/content/1/MARSHALL%2C%20T.%20H.%20Cidadania-Classe-Social-e-Status.pdf>. Acesso em: 12 out. 2017.

MONTEIRO, Simone. Qual Prevenção?: Aids, sexualidade e gênero em uma favela carioca. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 145 p.

MUÑOZ SÁNCHEZ AL, Bertolozzi MR. [Can the vulnerability concept support the construction of knowledge in collective health care?]. Ciênc Saúde Coletiva. 2007; 12(2):319-24. Portuguese. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v12n2/a07v12n2.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2017.

NAM. O Básico CD4 e carga viral. Disponível em: <<http://www.gatportugal.org/public/uploads/publicacoes/brochuras/Basico%20-%20CD4%20e%20carga%20viral.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2017.

NEVES, Lúcia Maria Wanderley; PRONKO, Marcela Alejandra; MENDONÇA, Sônia Regina. Dicionário da Educação Profissional da Saúde: CAPITAL CULTURAL. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/capcul.html>>. Acesso em: 15 nov. 2017.

NEVES, Lúcia Maria Wanderley; PRONKO, Marcela Alejandra; MENDONÇA, Sônia Regina. Dicionário da Educação Profissional da Saúde: CAPITAL SOCIAL. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/capcul.html>>. Acesso em: 15 nov. 2017.

NÚCLEO DE ESTUDOS DE PREVENÇÃO DA AIDS. Artigo. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. Revista de Saúde Pública, São Paulo, p. 109-119, abr. 2006. Disponível em:

<<https://scielosp.org/pdf/rsp/2006.v40suppl0/109-119/pt>>. Acesso em: 17 out. 2017.

Oviedo RAM, Czeresnia D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. Interface Comun Saúde Educ. 19(53):237-49. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2015nahead/1807-5762-icse-1807-576220140436.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2017.

Piovesan, F. (2005). AÇÕES AFIRMATIVAS DA PERSPECTIVA DOS DIREITOS HUMANOS. Cadernos de Pesquisa, 35 (124), 43-55. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/cp/v35n124/a0435124.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2017.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ALVORADA: História da Cidade. Disponível em: <<https://www.alvorada.rs.gov.br/historia-da-cidade/>>. Acesso em: 01 dez. 2017.

RASERA, Ana Paula. Representações Sociais de Violência: (In)Segurança, Medo e Vulnerabilidades.: Estigmas de Alvorada,RS. 2008. 120 p. Dissertação de Mestrado (Ciências Sociais)- UNISINOS, São Leopoldo, 2008. Disponível em:<<http://www.repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/2137/representacoes%20sociais.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 01 dez. 2017.

REDE DIREITOS HUMANOS E EDUCAÇÃO SUPERIOR. Manual. Direitos Humanos dos Grupos Vulneráveis. Barcelona: [s.n.], 2014. 15 p. Disponível em: <https://www.upf.edu/dhes-alfa/materials/DDGV_PORT_Manual_v4.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2017.

RIO GRANDE DO SUL, Secretaria de Estado da Saúde. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS. Porto Alegre: [s.n.], 2016. 96 p. v. 2. Disponível em:<<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170416/27141658-boletim-epidemiologico-rs- hiv-aids- 2017-compressed.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2017.

SANTOS, Juliana Anacleto dos. Desigualdade Social e o Conceito de Gênero. 2010. 14 p. Artigo (Mestrado em Ciências Sociais)- Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/virtu/files/2010/05/artigo-3a7.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2017.

Sen, Amartya. *Development as Freedom*. Nova York: Alfred A. Knopf, 1999. In: Piovesan, Flávia. Direitos sociais, econômicos e culturais e direitos civis e políticos. São Paulo, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-64452004000100003>. Acesso em: 25 out. 2017.

SPOSATI, Aldaíza. ASSISTÊNCIA SOCIAL: DE AÇÃO INDIVIDUAL A DIREITO SOCIAL. Revista Brasileira de Direito Constitucional, São Paulo, n. 10, p. 435-458, jul. 2007. Disponível em: <<http://esdc.com.br/seer/index.php/rbdc/article/view/218/211>>. Acesso em: 05 nov. 2017.

UNAIDS. Boletim. ALL IN TO END THE ADOLESCENT AIDS EPIDEMIC. 2016. Disponível em: <http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/ALLIN2016ProgressReport_en.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2017.

UNAIDS. Guia. Ending the AIDS epidemic for adolescents, with adolescents: A practical guide to meaningfully engage adolescents in the AIDS response. [S.l.: s.n.], 2016. Disponível em: <http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/ending-AIDS-epidemic-adolescents_en.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2017.

UNFPA. Direitos da população jovem : um marco para o desenvolvimento. 2. ed. Brasília : UNVPA-Fundo de População das Nações Unidas, 2010. Vários colaboradores. ISBN: 978-85-98579-10-8, Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos_pop_jovem.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2017.

UNPFA. relatório Situação da População Mundial 2014. ed. Brasília : UNVPA-Fundo de População das Nações Unidas, 2014. Vários colaboradores. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/swop2014/>>. Acesso em: 27 dez. 2017.

VERA, Simone Danielle Arce. CARACTERÍSTICAS E TENDÊNCIAS DA EPIDEMIA DE AIDS EM MATO GROSSO. 2013. 74 p. Dissertação de Mestrado (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva)- Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013. Disponível em:

<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos_pop_jovem.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2017.