



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

MAIKO SOARES DA ROCHA

**O ESTIGMA DO HIV/AIDS ASSOCIADO À IMAGEM
DO HOMOSSEXUAL**

ARIQUEMES - RO

2016

Maiko Soares da Rocha

**O ESTIGMA DO HIV/AIDS ASSOCIADO À IMAGEM
DO HOMOSSEXUAL**

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA como requisito a obtenção do grau de bacharel em Enfermagem.

Profa. Orientadora: Ms. Sônia Carvalho de Santana.

Ariquemes - RO

2016

Maiko Soares da Rocha

O ESTIGMA DO HIV/AIDS ASSOCIADO À IMAGEM DO HOMOSSEXUAL

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA como requisito à obtenção do grau de bacharel em Enfermagem.

Profa. Orientadora: Ms. Sônia Carvalho de Santana.

COMISSÃO EXAMINADORA:

Orientadora Profa. Ms. Sônia Carvalho de Santana
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

1ª Examinador Prof. Ms. Roberson Geovani Casarin
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

2ª Examinadora Profa. Esp. Thays Dutra Chiarato Veríssimo
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Ariquemes, 24 de novembro de 2016

A Deus, por ser minha fortaleza.
A meus pais, pela minha vida.
A população LGBT, razão deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

A professora orientadora, pela dedicação em todas as etapas deste trabalho.

A minha família, pela confiança e motivação.

Aos amigos e colegas, pela força e incentivos. Aos professores e colegas de Curso, pois juntos trilhamos uma etapa importante de nossas vidas.

A instituição pela qual passei cinco anos vinculados.

Aos docentes que transmitiram a mim parte de seus conhecimentos.

A todos que, de algum modo, colaboraram para a realização e finalização deste trabalho.

“Que vossos esforços desafiem as impossibilidades
lembrai-vos de que as grandes coisas do homem
foram conquistadas do que parecia impossível”

Charles Chaplin.

RESUMO

Este estudo possui cunho qualitativo, descritivo; objetivou-se retratar o estigma do HIV/AIDS associado à imagem homossexual, dentro do processo histórico e epidemiológico que, diante da sociedade, evidencia-se marginalizado e corresponsável pela disseminação da doença, desde o surgimento na década de 80 até os dias atuais. Propondo ao leitor uma reflexão sobre a associação das vertentes HIV/AIDS e homossexualidade, ao longo do seu processo histórico. Aborda também, as questões relacionadas à vulnerabilidade e à infecção por HIV, a mobilização da comunidade gay como precursora de enfrentamento frente a doença, apresenta dados epidemiológicos que emergem para uma análise comparativa entre os bissexuais e heterossexuais do sexo masculino e as políticas públicas voltadas para a população LGBT. Sendo possível, através desse raciocínio, a dissociação do HIV/AIDS à imagem do homossexual e consequentemente uma redução de estigma e preconceito para com a comunidade gay.

Palavras-Chave: HIV; AIDS; Estigma; Homossexual.

ABSTRACT

This study has a qualitative, descriptive character; The objective was to portray the stigma of HIV / AIDS associated with the homosexual image, within the historical and epidemiological process that, in front of society, is evidenced to be marginalized and responsible for the spread of the disease, from its emergence in the 80's to the present day. Proposing to the reader a reflection on the association of the HIV / AIDS and homosexuality aspects, throughout its historical process. It also addresses issues related to vulnerability and HIV infection, mobilization of the gay community as a precursor to coping with the disease, presents emerging epidemiological data for a comparative analysis between bisexual and heterosexual males and public policies aimed at The LGBT population. It is possible, through this reasoning, to dissociate HIV / AIDS from the image of the homosexual and consequently reduce stigma and prejudice towards the gay community.

Keywords: HIV; AIDS; Stigma; Gay.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ARV	Antirretrovial
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
DeCS	Descritores em Saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ELISA	Enzyme Linked ImmunonoSorbent Assay
EPI	Equipamento de Proteção Individual
FAEMA	Faculdade de Educação e Meio Ambiente
GRID	Gay Related Immunodeficiency
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSH	Homens que fazem sexo com Homens
IBECS	Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde
LGBT	Lésbicas Gays Bissexuais e Transexuais
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Literatura Internacional em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial em Saúde

RNA	Ácido Ribonucleico
SCIELO	Scientific Eletronic Library Online
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIM	Sistema de Informação Sobre Mortalidade
SINAN	Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SISCEL	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Tratamento Antirretroviral
UDI	Usuários de Drogas Injetáveis
UF	Unidade de Federação

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	14
2.1.OBJETIVO GERAL	14
2. 2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3 METODOLOGIA	15
4 REVISÃO DE LITERATURA	16
4.1 PROCESSO HISTÓRICO	16
4. 2 PATOLOGIA E SEUS ASPECTOS CLÍNICOS	18
4. 3 TRANSMISSIBILIDADE	20
4. 4 DIAGNÓSTICO LABORATORIAL	21
4.5. NOTIFICAÇÃO	22
4. 6 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E SEUS RESPECTIVOS DADOS	23
4. 7 TRATAMENTO E SUA ADESÃO	27
4. 8 PREVENÇÃO E VULNERABILIDADE	29
4. 9 ESTIGMA HIV/AIDS E O HOMOSSEXUAL	31
5 POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS A POPULAÇÃO LGBT	33
CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS	38
ANEXOS	41

INTRODUÇÃO

A comunidade científica, brasileira, voltada para a medicina compartilha, há mais de trinta anos, experiências com a epidemia por infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), desde a descoberta do primeiro caso de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) no Brasil em 1982.

A AIDS é uma doença infecciosa causada por um retrovírus, o HIV, caracterizando-se pelo comprometimento do sistema imunológico. Além de comprometer alguns órgãos, provoca o surgimento de múltiplos agentes oportunistas e de neoplasias. As manifestações clínicas consequentes da infecção variam desde a forma assintomática até um conjunto de sinais e sintomas que caracterizarão a AIDS, sendo este o estado em que o indivíduo passa a evidenciar mínimas condições de defesa orgânica. Ainda sem controle e possibilidade de cura, a epidemia de AIDS se tornou um problema de saúde pública no país e no mundo (BALDIN; BUB; SCHEID, 2010).

São Paulo, o primeiro estado do país a registrar casos da doença, tornou-se precursor das primeiras mobilizações de grupos sociais, bem como das primeiras iniciativas e articulações oficiais no enfrentamento da epidemia (VILLARINHO et al., 2013).

Os grandes avanços no diagnóstico, tratamento e controle da AIDS, associados a ações preventivas, modificaram de modo expressivo o seu panorama. Por se tratar de uma doença sexualmente transmissível, traz consigo estigma e preconceitos, por estar vinculada a comportamentos discriminados pela sociedade, levando inúmeras vezes à rejeição da sociedade, abandono da família, amigos e até mesmo de profissionais de saúde que se recusam a prestar assistência aos pacientes acometidos desta patologia, pelo receio de contágio (MIQUELIM et al., 2004).

A homossexualidade e sua relação com a saúde têm sido motivo de discussões e divergências, tanto no âmbito das ciências médicas como na dos movimentos sociais neste último século. Durante este período, a homossexualidade foi classificada como uma doença, fora denominada homossexualismo; os indivíduos com práticas homossexuais, foram tratados como portadores de alguma patologia ou distúrbio, que poderia ser diagnosticado como de origem biológica, genética ou de um desenvolvimento psíquico inadequado (VERIANO, 2002).

De acordo com Brasil (2003), desde o surgimento da epidemia alguns mitos foram desmentidos, por exemplo, o fato de ser propagado que era uma doença que atingia restritamente homossexuais masculinos; este pensamento incoerente serviu de motivo para o recrudescimento de preconceitos contra os homossexuais, tornando esses um sinônimo da doença. Essa associação chegou ao extremo de a doença, recém-descoberta, ser denominada de GRID (Gay Related Immunodeficiency) nos meios científicos, e rotuladas de *câncer gay*, *peste gay* ou *peste rosa* pela mídia e opinião pública (VERIANO, 2002).

No Brasil, vários fatores contribuíram para o surgimento da primeira resposta ao HIV/AIDS no estado de São Paulo, entre eles o movimento da liberação Gay, sendo uma das poucas áreas com um eleitorado capaz de fomentar pressão política em favor de ações que combatessem a epidemia, muito antes de qualquer iniciativa ser tomada a nível federal (BRASIL, 2003).

De acordo com Veriano (2002), os homossexuais, sejam através de lideranças ou organizações gays, estão entre aqueles que, ainda nos anos 80, primeiro e mais diretamente se mobilizaram para enfrentar os desafios impostos pela epidemia, não só sobre os homossexuais, mas sim para a população como um todo.

Enquanto surgia o recente movimento pela liberação gay, no estado de São Paulo, ou em qualquer outra parte do país, ainda não poderia ser considerada uma força poderosa, ainda sendo um grupo fortemente estigmatizado. Tiveram poucas escolhas para manter qualquer tipo de consciência ideológica, e responder as demandas feitas por representatividades da sociedade civil. Foi então através das demandas vindas da comunidade gay, que se obteve, uma primeira resposta a nível nacional frente à epidemia, com a formação de um grupo especializado para o enfrentamento da AIDS (BRASIL, 2003).

A transmissão homossexual é tão importante quanto a heterossexual e conhecer as diferentes condições e necessidades de saúde dessa população, valorizando as suas variadas identidades, expressões e projetos políticos e culturais são um meio de reconhecê-las socialmente e desassociar com o referencial da doença, que tem prevalecido até a atualidade em grande parte do pensamento sobre homossexualidade e saúde. Isso certamente permitirá uma atenção menos massificada, estigmatizada e mais respeitosa com as diferenças (VERIANO, 2002).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Abordar questões relacionadas ao estigma do HIV/AIDS associada à imagem do homossexual, dentro do processo histórico e epidemiológico.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Discorrer sobre a influência dos grupos de militância gay no processo histórico acerca da epidemia;
- Conhecer o índice de homossexuais contaminados por HIV no Brasil segundo dados epidemiológicos;
- Destacar o uso do termo vulnerabilidade, aplicado no contexto social da AIDS;
- Abordar o estigma do HIV/AIDS envolvendo os homossexuais;
- Apresentar as políticas públicas voltadas para a população LGBT;

3 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão bibliográfica realizada na base de dados indexada Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE) e documentos de referência dispostos em portais específicos, como Organização Mundial de Saúde (OMS), Ministério da Saúde (MS), e acervos da Biblioteca Júlio Bordignon da FAEMA. O levantamento bibliográfico foi realizado no período de Setembro de 2015, à Novembro de 2016 com delineamento temporal das referências publicadas de 1995 à 2015. Os descritores em saúde (DeCS) utilizados foram HIV, AIDS, Estigma, Homossexual. Os critérios de inclusão foram as referências pertinentes ao tema, disponíveis na íntegra e publicada em língua portuguesa. Já os critérios de exclusão foram publicações incompletas e que não abordassem a temática proposta.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 PROCESSO HISTÓRICO

Historicamente, certas moléstias graves, principalmente aquelas não compreendidas, as quais o tratamento não eram eficazes, tornaram-se metáforas para tudo que não fosse de origem natural, julgado moralmente errado pela sociedade. Na Idade Média, epidemias como a peste, eram consideradas metáforas associada à desordem social e ao colapso das ordens religiosa e moral. Os problemas de saúde como metáforas são uma série de associações simbólicas, que marcam profundamente a maneira de como os indivíduos percebem suas doenças vinculadas aos comportamentos. (BRASIL, 2006).

A enfermidade que hoje se conhece como AIDS foi reconhecida primeiramente nos Estados Unidos e França, entre homossexuais do sexo masculino, no início da década de 80 (BRASIL, 1995).

Antes que surgisse o esclarecimento científico sobre a natureza dessa nova doença, os diferentes grupos sociais, apoiados nas informações que detinham sobre as formas de transmissibilidade e aos atingidos por esta, idealizaram suas próprias teorias, envolvendo aspectos de cunho biológico e moral sobre este fenômeno (OLIVEIRA; COSTA, 2007).

A conjuntura dessa epidemia pode ser dividida em fases, onde se destacam o desconhecimento da etiologia e sua forma de transmissão; o período de identificação do vírus e determinantes de fatores de risco para avanço no que se refere aos testes laboratoriais e da necessidade de aprimoramento de normas de biossegurança e de direitos humanos (GIR; VAICHULONIS; OLIVEIRA, 2005).

Devido à ciência ter relacionado, primeiramente, os sintomas da doença às práticas homossexuais, rapidamente a epidemia passou a ser denominada de peste gay com o auxílio da mídia, prevalecendo fortemente até os dias atuais essa ideologia, responsabilizando os homossexuais pela disseminação do HIV.

Após a ciência ter identificado anticorpos de HIV nos organismos desses indivíduos, ficou pré-estabelecido o preconceito relacionado à epidemia da AIDS,

rotulando a mesma como uma doença moral. Desta forma, em meio ao discurso médico caracterizado por um saber que se impõe como verdadeiro, intensificou a denominação de grupo de risco, sendo estes os únicos acometidos pelo vírus e considerados marginais por determinados tipos de comportamentos (PAULA; LAGO, 2013).

A AIDS é considerada uma doença infecciosa caracterizada por mudanças em sua evolução. No decorrer dos anos passou a ser compreendida como uma enfermidade ligada aos comportamentos que torna o indivíduo vulnerável à infecção pelo HIV, que pode acometer qualquer pessoa, independentemente de classe, gênero, raça ou etnia, orientação sexual, faixa etária e credo religioso (MORAES; OLIVEIRA; COSTA, 2014).

As subsequentes metáforas que estão vinculadas ao diagnóstico de AIDS retratam o temor dos pacientes diante da revelação de seu estado como portador:

A AIDS como uma punição moral – segundo esta visão, as vítimas estão divididas, geralmente, em dois grupos: os “inocentes” (contaminados através de transfusões de sangue – crianças e hemofílicos – e os cônjuges de indivíduos bissexuais ou de praticantes de sexo extraconjugal) e os “culpados” (homossexuais, bissexuais, indivíduos promíscuos, profissionais do sexo e usuários de drogas intravenosas). A AIDS como uma praga (inicialmente, foi denominada “praga gay” – imagem que evoca a “pestilência” ou praga medieval, ou seja, a imagem de uma força destruidora, invisível e avassaladora, que traz consigo o caos, a desordem e o colapso da ordem social, da vida em família e dos relacionamentos interpessoais, dentre outras) (BRASIL, 2006, p. 17).

As metáforas, mencionadas no corpo do texto acima, podem evitar que os pacientes obtenham o tratamento humanizado que merecem ao buscar pela sua saúde. Diante do importante período de estresse psicológico, ainda está sujeito a passar pela “morte social”, caracterizado pelo isolamento e privação de apoio social. Partindo dessa ideia, procuram uma fuga em meio ao anonimato através do sigilo médico, solicitando que seu caso não seja sequer informado às autoridades sanitárias (BRASIL, 2006).

A infecção pelo HIV e a AIDS representam um grave problema de saúde pública a nível mundial, devido ao alto índice de novos casos de pessoas infectadas, alto custo da terapêutica, fora o acometimento físico e emocional e os elevados índices de mortalidade (HOLANDA et al., 2013).

No Brasil, a resposta ao HIV/AIDS foi construída sobre princípios fundamentais, extraídos tanto da mobilização da sociedade civil, como da implementação dos diversos programas governamentais inseridos na constituição de 1988 (BRASIL, 2003).

Segundo Brasil (2003), no início da epidemia, tanto no Brasil como em outros países, a resposta ao HIV/AIDS surgiu lentamente, particularmente no que concerne ao governo federal, onde o Ministério da Saúde resistiu por vários anos em tomar qualquer atitude frente à epidemia.

Com o extenso período de regime militar e com o retorno gradual ao governo democrático, associados à deterioração dos sistemas públicos de saúde e ao declínio dos serviços públicos de assistência social, no fim dos anos de 1980, a epidemia do HIV/AIDS começava a tomar forma no Brasil e a mostrar as maneiras nas quais a epidemia se desenvolvia, bem como as maneiras pelas quais a sociedade brasileira buscava responder a ela, na sua primeira década (BRASIL, 2003).

4. 2 PATOLOGIA E SEUS ASPECTOS CLÍNICOS

O HIV se caracteriza pela intensa e contínua replicação viral em diversos seguimentos celulares e anatômicos, resultando principalmente, na destruição e disfunção de linfócitos T, que representam o antígeno de membrana CD4 e de outras células do sistema imune. A diminuição progressiva dos linfócitos T-CD4+, associados a outras alterações quantitativas e qualitativas do sistema imune, leva à imunodeficiência, onde na sua forma mais grave se manifesta através do aparecimento de infecções oportunistas e neoplasias caracterizando assim a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) (BRASIL, 2006).

O ciclo vital do HIV na Célula Humana compreende, segundo Brasil (2006, p.122):

Ligação de glicoproteínas virais ao receptor específico da superfície celular (principalmente CD4); Fusão do envelope do vírus com a membrana da célula hospedeira; Liberação do “core” do vírus para o citoplasma da célula hospedeira; Transcrição do RNA viral em DNA

complementar (função da enzima transcriptase reversa); Transporte do DNA complementar para o núcleo da célula, onde pode haver integração no genoma celular (provírus), dependente da enzima integrase, ou permanecer em forma circular isoladamente; O provírus é reativado e produz RNA mensageiro viral indo então para o citoplasma da célula; Proteínas virais são produzidas e quebradas em subunidades por meio das enzimas proteases; As proteínas virais produzidas regulam a síntese de novos genomas virais e formam a estrutura externa de outros vírus que serão liberados pela célula hospedeira; O vírion recém-formado é liberado para o meio circundante da célula hospedeira, podendo permanecer no fluido extracelular ou infectar novas células.

Como esse vírus agride as células de defesa do corpo humano, o organismo tende a ficar mais vulnerável a diversas doenças, conhecidas como oportunistas que vão desde um simples resfriado a infecções mais graves, como tuberculose ou câncer (BRASIL, 2015).

De acordo com o guia de Atenção à Saúde do Adulto HIV/AIDS da Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais (2006, p. 29), a sintomatologia em portadores do HIV referenciais para a evolução da AIDS destacam-se “[...] Contagem de linfócitos T CD4+ < 350 cels/mm³, emagrecimento ponderal, astenia, diarreia e febre crônicas e doença oportunista definidora de AIDS”.

O manual destaca, também, as seguintes e principais doenças oportunistas associadas à AIDS e a seus agentes etiológicos:

Bactérias: tuberculose, pneumonias, salmoneloses; **Fungos:** pneumocistose, candidíase, criptococose, histoplasmose; **Neoplasias:** sarcoma de Kaposi, linfomas não Hodgkin, câncer de colo de útero e mulheres, neoplasias intra-epiteliais anal e cervical, **Protozoários:** toxoplasmose, criptosporidiose, isosporíase; **Vírus:** citomegalovírus, herpes simples, leucoencefalopatia multifocal progressiva (BRASIL, 2006, p. 30).

Um indivíduo com AIDS pode apresentar sinais de desidratação, infecção generalizada, insuficiência respiratória por infecção pulmonar e sintomas de meningoencefalite (BRASIL, 2006).

A evolução clínica da infecção pelo HIV pode ser dividida em fases, nas quais surgirão uma síndrome viral aguda (infecção aguda), os sinais poderão se apresentar em algumas semanas ou meses após o indivíduo ter contraído a infecção, cujos sintomas são febre, calafrios, sudorese, mialgia, cefaleia, distúrbios gastrointestinais, dor de garganta, linfadenopatia generalizada e erupções cutâneas. Tais sintomas em

geral desaparecem no período de 2 a 3 semanas. Posteriormente a essa fase o indivíduo passa um período de tempo variável, sem apresentar nenhum sintoma, sendo determinada pela infecção assintomática, que pode durar por alguns meses ou até mesmo anos, denominada como período de incubação. E por fim a AIDS que se desenvolve conforme a baixa imunidade (BRASIL, 1995).

Após a infecção aguda até um determinado período de tempo que varia de um a três meses, o teste ELISA anti-HIV pode resultar negativo. Isso porque o indivíduo ainda não apresenta anticorpos em nível suficiente para ser detectado pelo teste, sendo este período de janela imunológica (BRASIL, 2006).

4. 3 TRANSMISSIBILIDADE

A enfermidade que hoje se conhece como AIDS foi encontrada pela primeira vez em países desenvolvidos (Estados Unidos e França), entre homossexuais do sexo masculino, no início da década de 80. No continente africano, a AIDS foi diagnosticada principalmente entre homens e mulheres heterossexuais.

Por terem constatado que a doença estava afetando indivíduos sexualmente ativos, os cientistas chegaram à conclusão de que sua provável causa era um microorganismo transmitido via ato sexual. Constataram também que pessoas que tiveram contatos sanguíneos, seja através de hemotransfusão, compartilhamento de material perfuro-cortante ou nascidas de mães infectadas, desenvolviam a doença (BRASIL, 1995, p.58).

A modalidade mais frequente de transmissão, ocorre por meio das relações sexuais ou por contato com sangue, sêmen ou fluidos vaginais infectados. Assim, o homem pode transmitir o vírus à mulher, a mulher ao homem, o homem ao homem e, com menor probabilidade, a mulher à mulher.

Dentre os fatores que elevam o risco de transmissão do HIV em uma relação, pode-se destacar a alta viremia (durante a fase da infecção primária e na imunodeficiência avançada), relação sexual anal receptiva, relação sexual durante a

menstruação e pôr fim a presença de outras DST, principalmente a presença de úlceras genitais, como por exemplo, cancro mole, sífilis e herpes genital (BRASIL, 2006).

De acordo com Brasil (2006), outro aspecto de grande relevância a ser considerado quando se fala de transmissão sexual é o da vulnerabilidade de cada pessoa, sendo está presente em circunstâncias desfavoráveis para a percepção de risco de contágio e também para a adoção de medidas preventivas em meio ao uso de preservativos.

4. 4 DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Segundo Brasil (2006), o indivíduo suspeito de contágio por HIV/AIDS deverá ser avaliado clínica e laboratorialmente na unidade de saúde, logo após o resultado do teste rápido. Essas técnicas rotineiramente utilizadas para o diagnóstico da infecção pelo HIV tem por objetivo a detecção de anticorpos contra o vírus, os chamados testes anti-HIV. Elas apresentam eficácia e são de primeira escolha para toda e qualquer triagem.

As demais técnicas detectam diretamente o vírus, ou suas partículas, sendo especificamente utilizadas para determinados casos, como para a comprovação de exames sorológicos indeterminados, mensuração e acompanhamento da carga viral dos pacientes para controle e tratamento destes. (BRASIL, 2006).

Os testes para detecção da infecção pelo HIV podem ser divididos, basicamente, em quatro grupos: testes de detecção de anticorpos; testes de detecção de antígenos; testes de amplificação do genoma do vírus; e técnicas de cultura viral. (BRASIL, 2006, p.135).

Para que a detecção de anticorpos que evidenciam a presença de HIV seja possível, existe o teste de ensaio imunoenzimático (ELIZA), utilizada na triagem de anticorpos contra o vírus, o teste de Imunofluorescência indireta, utilizado na etapa de confirmação sorológica e por fim o teste de Western-blot, sendo ele considerado

“padrão ouro” para comprovação do resultado reagente na etapa de triagem. Sendo altamente específico e sensível (BRASIL, 2006).

4.5. NOTIFICAÇÃO

Na Portaria Ministerial nº 1.271, publicada no Diário Oficial da União de 6 de junho de 2014, estão classificadas as doenças de notificação compulsória de todo o território nacional, em meio a elas destaca-se o HIV/AIDS. Após sua publicação, o departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais criou e disponibilizou uma “Instrução Normativa” determinando os procedimentos referentes à notificação de casos de infecção pelo HIV no Brasil (BRASIL, 2015):

Entende-se por caso de AIDS o indivíduo que se enquadre nas definições adotadas pelo Ministério da Saúde: infecção avançada pelo HIV com repercussão no sistema imunitário e ocorrência de sinais e sintomas causados pelo próprio HIV ou consequentes a doenças oportunistas (infecções ou neoplasias) (BRASIL, 1995).

Os dados básicos necessários para a investigação do caso de AIDS estão contidos na “Ficha de Notificação/Investigação”, adotadas pelo Ministério da Saúde, onde os mesmos podem ser adquiridos em várias fontes como nos prontuários com os profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento do cliente, com o próprio cliente e até mesmo na declaração de óbito. Grande atenção deve-se ter quanto às categorias de transmissão, como fatores de risco para a infecção pelo HIV. O essencial para a coleta de dados é identificar qual a via de exposição (sexual, sanguínea ou perinatal) levou o indivíduo à infecção, e não a sua orientação sexual (BRASIL, 1995).

O sistema nacional de agravos de notificação (SINAN) facilita o processo de coleta, registro e transferência de dados de doenças de notificação compulsória, de modo que este seja operacionalizado na unidade da atenção básica, trabalhando em conformidade com sua população territorial. O formulário da primeira abordagem de dados no SINAN foi elaborado com base na ficha individual de notificação, com

encaminhamento a partir da suspeita clínica e a ficha individual de investigação, na qual precede um roteiro específico para cada agravo, cujo preenchimento se concretiza a partir da notificação. Entretanto, vale ressaltar que deverão ser somente notificados ao Ministério da Saúde casos já confirmados (BRASIL, 2006).

4. 6 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E SEUS RESPECTIVOS DADOS

Vigilância Epidemiológica é uma série de atividades, que possibilita a união de informações indispensáveis para o reconhecimento de cada fase e determinado comportamento e/ou a história natural de um agravo. Em meio a esse conhecimento, identificar ou prever possíveis mudanças nos fatores que o favorecem, com a finalidade de propor medidas oportunas que levem à prevenção e ao controle do agravo. Diante dessas questões, a vigilância epidemiológica só será eficaz caso forneça informações fidedignas (BRASIL, 2006).

As atividades epidemiológicas dos casos de AIDS não diferem das preconizadas para outras doenças que estejam sob vigilância. Entretanto, em consequência da discriminação e frequentes violações dos direitos humanos das pessoas com AIDS, atenção especial deve ser dada ao aspecto confidencial dos dados obtidos nas investigações realizadas em todos os níveis (BRASIL, 1995).

A vigilância epidemiológica tem como principal atribuição gerar todas as informações necessárias, referente ao agravo, sempre de forma atualizada. Deste modo, ser capaz de processar e realizar análise dos dados e interpretar os mesmos. E em conformidade da interpretação dos dados obtidos, fomentar a implantação ou a implementação das atividades de controle imediato ou em longo prazo do agravo (BRASIL, 2006).

Estudos sobre comportamento sexual e vulnerabilidades ao HIV/AIDS têm sido conduzidos ao longo das duas últimas décadas, em vários contextos socioculturais, e têm demonstrado que o processo de disseminação da epidemia e seu impacto são diversificados entre as populações, percebeu-se que identificar e reconhecer as diferenças e especificidades desse processo é indispensável para planejamento e a

implementação de políticas e programas voltados para o atendimento dos grupos mais vulneráveis à exposição ao HIV (GARCIA; SOUZA, 2010).

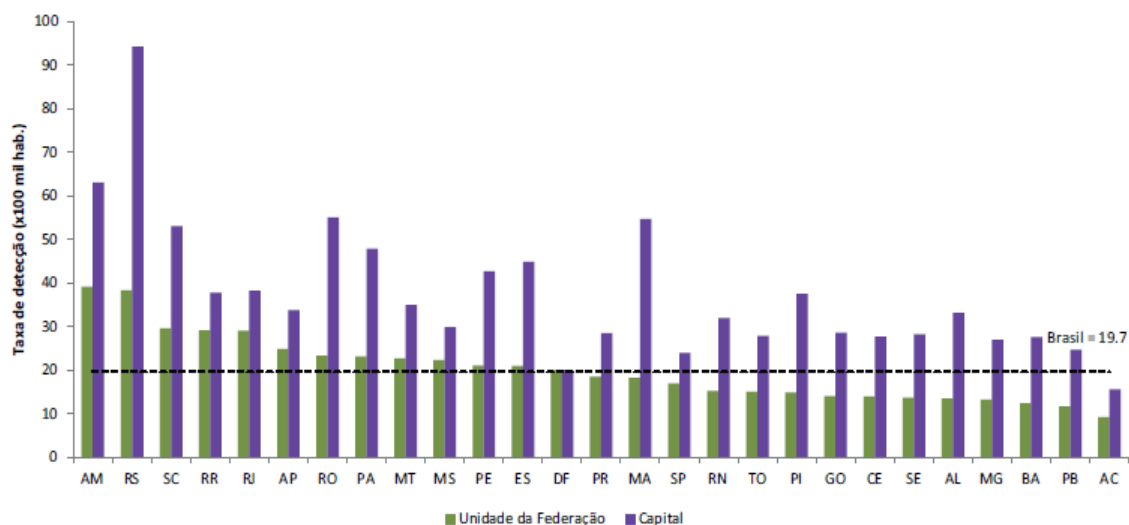
Desde o início da epidemia de AIDS no Brasil, até junho de 2015, foram registrados no país um total de 798.366 casos de AIDS, sendo 615.022, correspondente a 77,0% de casos notificados no Sinan, 45.306 correspondente a 5,7% e 138.038 correspondente a 17,3% no SIM e Siscel/Siclom (Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral/ Sistema de Controle Logístico de Medicamentos) (BRASIL, 2015).

Além disso, segundo Brasil (2015, p. 10), observam-se expressivas diferenças nas proporções dos dados segundo sua origem em relação às regiões do país.

A distribuição proporcional dos casos de AIDS do Brasil segundo região mostra uma concentração dos casos nas regiões Sudeste e Sul, correspondendo cada qual a 53,8% e 20,0% do total de casos identificados de 1980 até junho de 2015; as regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte correspondem a 14,6%, 5,9% e 5,7% do total dos casos.

No ranking das Unidades da Federação com as maiores taxas de detecção de AIDS em 2014 evidencia que os estados do Amazonas e do Rio Grande do Sul caracterizam as maiores taxas, com valores de 39,2 e 38,3 casos para cada 100 mil habitantes. Sendo o estado do Acre com a menor taxa no país com um total de 9,2 casos para cada 100 mil habitantes, estando inferior a taxa nacional que é de 19,7 (BRASIL, 2015).

Taxa de detecção de AIDS (por 100 mil habitantes) segundo UF e capital de residência de acordo com Brasil (2014).

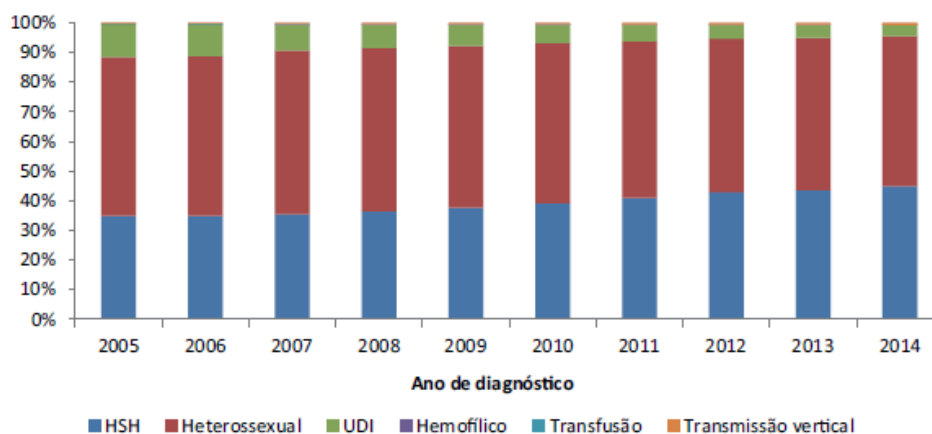


Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais
 Nota: (1) Casos notificados no Sinan e Siscel/Siclom até 30/06/2015 e no SIM de 2000 até 2014.

Na última década, houve um aumento de 67,8% na taxa de detecção de casos de AIDS em jovens do sexo masculino e uma redução de 12,2% entre os do sexo feminino, implicando na progressão de homens vivendo com HIV/AIDS nos próximos anos. (MORAES; OLIVEIRA; COSTA, 2014).

Entre os indivíduos com 13 anos de idade ou mais, a predominante via de transmissão é a sexual, seja para os homens ou para as mulheres. No ano de 2014, essa categoria correspondeu a 95,4% entre os homens e 97,1% entre as mulheres. Entre os homens, nota-se um predomínio da categoria de exposição heterossexual, entretanto há uma tendência de aumento no índice de casos em Homens que fazem sexo com Homens (HSH) nos últimos dez anos, a qual saltou de 34,9% em 2005 para 44,9% em 2014 (BRASIL, 2015).

Distribuição percentual dos casos de AIDS em homens de 13 anos ou mais segundo categoria de exposição por ano de diagnóstico (BRASIL, 2005 a 2014).



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

Os casos de AIDS notificados no Sinan, declarados no SIM e registrados no Siscel/Siclom, segundo UF e região de residência por ano de diagnóstico no Brasil, de 1980 a 2015, evidencia um total de 45.355 casos na região norte e 4.723 no estado de Rondônia (BRASIL, 2015).

A taxa de detecção de casos de AIDS por 100 mil habitantes, notificados no Sinan, declarados no SIM e registrados no Siscel/Siclom, segundo UF e região de residência por ano de diagnóstico, evidencia a nível nacional um índice de 19,7 x 100 mil habitantes no ano de 2014, sendo desse total um índice de 25,7 x 100 mil habitantes na região Norte e 23,4 x 100 mil habitantes no estado de Rondônia (BRASIL, 2015).

Os casos de AIDS notificados no Sinan, declarados no SIM e registrados no Siscel/Siclom segundo região de residência, sexo, razão de sexos e ano de diagnóstico, no ano de 2014, apresenta um total de 2.957 casos na região norte do sexo masculino e 1.478 sendo do sexo feminino (BRASIL, 2015).

Os casos de AIDS notificados no Sinan (número e percentual) em indivíduos com 13 anos de idade ou mais, de acordo com a categoria de exposição hierarquizada, do sexo masculino por classificação (homossexuais, bissexuais e heterossexuais) no ano de diagnóstico no Brasil de 1980 a 2015, evidencia um total de casos a nível nacional de 88.815 para homossexuais com uma representação de 27,1 % dos casos, um total de 42.752 para os bissexuais com uma representação de 13,0% dos casos e 135.851 casos para os heterossexuais com uma representatividade de 41,4 % do total de casos registrados ao longo desses anos.

E no mesmo seguimento, agora por região de residência, e por delineamento temporal dos anos de 2013 a 2015, observa-se os seguintes dados na região Norte:

Classificação	Casos registrados em 2013		Casos registrados em 2014		Casos registrados em 2015	
		%		%		%
Homossexuais	500	30,4	529	33,0	120	32,1
Bissexuais	161	9,8	178	11,1	31	8,3
Heterossexuais	953	57,9	864	53,8	207	55,3

Fonte: (BRASIL, 2015, p. 34 - 35).

Em relação aos óbitos causados por AIDS, segundo Unidade Federativa e região de residência no Brasil desde 1980 à 2014, existe em nível nacional um total de 290.929 registros de óbitos, sendo deste total, no ano de 2014 registrados 12.449. Em nível regional houve um total de 12.301 registros na região Norte, desse total de casos 1.555 foram registrados no ano de 2014. E a nível local, no estado de Rondônia, constam 1.134 registros de óbitos, sendo registrados 79 casos no ano de 2014 (BRASIL, 2015).

4. 7 TRATAMENTO E SUA ADESÃO

Desde o início da epidemia da AIDS nos anos 1980 até hoje, muito se tem feito para fornecer melhor qualidade de vida aos portadores do HIV, dentre outras ações, pode-se destacar a distribuição universal de medicamentos. É válido salientar que o Brasil foi o primeiro país do bloco dos países em desenvolvimento a adotar tal medida (BERNARDES; SOUSA; AZEVEDO, 2012).

De acordo com Gir, Vaichulonis e Oliveira (2005), em 1986 surgiu o primeiro antirretroviral (ARV), representando um marco no tratamento com associação de

drogas transcriptase reversa e a protease no ano de 1996. Assim, a introdução da terapia antirretroviral, desenvolveu o potencial de transformar a AIDS em doença crônica (GIR; VAICHULONIS; OLIVEIRA, 2005).

A abordagem clínico-terapêutica do HIV se torna cada vez mais complexa, em virtude da velocidade do conhecimento acerca deste agente. Os objetivos do tratamento são: prolongar a sobrevida e subsidiar qualidade de vida, pela redução da carga viral e reconstituição do sistema imunológico (BRASIL, 2010).

As drogas antirretrovirais (ARV) agem diretamente no ciclo vital do vírus, impossibilitando sua multiplicação ou a replicação de novos vírus.

De acordo com Moraes; Oliveira e Costa (2014), a adesão à terapia antirretroviral (TARV) envolvem fatores de ordem psicológica, física, sociocultural e comportamental, exigindo decisões compartilhadas entre a pessoa que vive com HIV/AIDS, a equipe de saúde e a sociedade, já a sua não adesão caracteriza uma das principais ameaças para a eficácia do mesmo, tanto no plano individual como no plano coletivo com sua disseminação e vírus-resistência. Isso porque os novos regimes terapêuticos parecem exigir do indivíduo em tratamento a integração complexa entre conhecimentos, habilidades e aceitação, além de outros importantes fatores ligados ao ambiente e ao cuidado com a saúde (BERNARDES; SOUSA; AZEVEDO, 2012).

O autocuidado está diretamente ligado ao sucesso da TARV, relacionando a capacidade do indivíduo de executar as exigências terapêuticas, bem como os requisitos de atividades iniciadas e executadas em prol de seu benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. A capacidade de autocuidado é a habilidade possuída pelo indivíduo que está condicionada a fatores internos e externos do mesmo, como idade, sexo, estado de saúde, fatores socioculturais, padrão de vida, disponibilidade de recursos, entre outros (CAETANO; PAGLIUCA, 2006).

4. 8 PREVENÇÃO E VULNERABILIDADE

Como parte de um esforço internacional para prevenir o HIV/AIDS, descobertos na década de 1980, uma série de países, entre eles o Brasil, deu início, por recomendação de órgãos internacionais de saúde, à realização de campanhas de educação em saúde através da mídia de massa, incluindo a apresentação de mensagens via anúncios publicitários de utilidade pública na televisão. (SANTOS, 2008).

No Brasil essas ações têm sido realizadas no âmbito da Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS, do Ministério da Saúde.

De forma geral, as campanhas de educação em saúde, através da mídia, podem ser caracterizadas como um conjunto de peças publicitárias criadas, produzidas e veiculadas de forma coordenada em torno de um dado tema, sendo sua veiculação atrelada às especificidades de cada tipo de mídia. As campanhas de natureza social, tal como as de prevenção ao HIV/AIDS, também podem ser chamadas (e enquadradas na categoria) de campanhas de mudança social, já que se constituem em um esforço de “(...) convencer terceiros a aceitar, modificar, ou abandonar certas ideias, atitudes, práticas e comportamentos” (SANTOS, 2008).

Muitos programas de prevenção primária e secundária relacionados à infecção pelo HIV não levam em conta as desigualdades entre os sexos, o grande desafio que se impõe hoje para a prevenção é transformar aspectos culturais e sociais que favoreçam a vulnerabilidade à transmissão do HIV (VASCONCELOS; COÊLHO, 2013).

Em um estudo realizado por Vasconcelos e Coêlho (2013), em relação às formas de prevenção, indica um percentual de 72,52% de respostas corretas, onde cerca de 80% dos participantes considera eficaz a prevenção feita por uso de camisinha feita de látex. Na questão que se refere ao conhecimento da história sexual do (a) parceiro (a) como um método preventivo, 39,77% considerou como “pouco eficaz”, 37,5% considerou como “eficaz” e 18,18% considerou como “nada eficaz”.

São várias as formas de prevenção contra o HIV/AIDS, que vai desde educação em saúde, trabalhada na mídia em massa, até as informações que o indivíduo tem acerca das vias de transmissão do vírus, interligado ao seu comportamento frente suas relações sexuais, por exemplo, o uso de preservativos nas relações, evitar

múltiplos parceiros, assim como os trabalhadores de saúde fazerem o uso de EPI frente ao atendimento ao portador do vírus e no caso de usuários de drogas injetáveis (UDI), evitar o compartilhamento de seringas e outros materiais perfuro-cortantes. (VASCONCELOS; COELHO, 2013).

O conceito de vulnerabilidade teve destaque no início da década de 1990 entre cientistas do campo da saúde que, na intersecção de vários campos do saber, buscavam estratégias para o enfrentamento da AIDS. A adoção do termo vulnerabilidade permite traduzir a complexidade dos aspectos individuais e coletivos relacionados à exposição ao HIV e ao adoecimento por AIDS. Substitui as noções de grupos de risco, associada a ideias rotuladoras e, portanto, geradoras e reprodutoras de preconceito e estigmatização e sua sucedânea, as de comportamento de risco (GARCIA; SOUZA, 2010).

O conceito de vulnerabilidade social se refere especificamente aos modos de inserção dos indivíduos na sociedade, que favorecem sua susceptibilidade ao agravo à saúde em questão, incluindo relações de gênero; iniquidades raciais, religiosas, culturais; acesso à educação, aos meios de comunicação, às possibilidades de geração de renda e de consumo. (BRAGA; CARDOSO; SEGURATO, 2007).

O sentimento de invulnerabilidade ao HIV torna a aceitação do diagnóstico mais difícil. Pode-se inferir que as pessoas ainda tenha a ideia errônea de grupos de risco e estereótipos, e, por isso, acreditam que não correm risco de serem contaminados. Destaca-se a importância de campanhas que favoreçam a diluição de estereótipos, uma vez que os mesmos interferem na prevenção, no recebimento do diagnóstico e na vivência da doença (VASCONCELOS; COELHO, 2013).

A população em situação de moradores de rua no Brasil, a exemplo dos *homeless* norte-americanos, tem sido apontada como bastante vulnerável à infecção pelo HIV, justamente pela amplificação da situação de miséria econômica que nela se observa, fato que soma ao abuso comum de substâncias psicoativas, à falta de moradia fixa, à marginalização e à violência a que está submetida (GARCIA, 2013).

A questão do acometimento de pessoas por HIV/AIDS, antes se disseminava pelos chamados grupos de risco, dentre eles os homossexuais, assim como profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis (UDI), porém com os avanços dos estudos relacionados a esta causa, pode-se observar a desagregação do termo “grupo de risco” e a agregação do termo “vulnerabilidade”, onde esse termo mais recente está interligado a comportamento de risco. O comportamento de risco ocorre de acordo

com ações de cada indivíduo mediante a exposição ao HIV/AIDS, tornando-o vulnerável à contaminação, independente de raça, cor, religião, orientação sexual, de modo que todos estão vulneráveis a infecção por HIV/AIDS, o que vai implicar na contaminação são os comportamentos que cada indivíduo terá diante do exposto (SOUSA; MIRANDA; FRANCO, 2011).

4. 9 ESTIGMA HIV/AIDS E O HOMOSSEXUAL

De acordo com Seidl, Ribeiro e Galinkin (2010), ainda são muitas as indagações e questionamentos frente ao HIV/AIDS. Um aspecto parece sobressair aos demais, a visão deturpada e estigmatizante sobre a soropositividade que ameaça a convivência social das pessoas que a detém. Apesar dos grandes avanços em torno do conhecimento científico sobre a doença, bem como sua influência no organismo, sua epidemiologia, seus principais determinantes sociais e os progressos dos recursos para diagnósticos e tratamentos terapêuticos, pouco se tem alcançado no empreendimento de superar o impacto do estigma e da discriminação na vida das pessoas atingidas por este mal (PARKER; AGGLETON, 2001).

Em conformidade com Parker e Aggleton (2001), diante de toda essa temática nos há ainda o que pode ser denominado de a terceira epidemia, onde se enquadram as respostas sociais, culturais, econômicas e políticas acerca da AIDS, caracterizada por reações carregadas de estigma, discriminação e por vezes negação e repulsa da coletividade, sendo esta a potencialmente mais agressiva.

Os primeiros casos identificados e divulgados nos meios médicos e na mídia geral eram em homossexuais, a sexualidade desempenhou na formação do imaginário social acerca da doença, uma explicitação desta ao comportamento sexual, assim a cognição prática sexual parece reforçar a conotação entre homossexualidade e o HIV/AIDS bem como seus comportamentos sexuais (OLIVEIRA; COSTA, 2007).

Segundo Seidl, Ribeiro e Galinkin (2010), em um estudo realizado por Goffman (1963), o estigma se define como um atributo, uma marca, que pode ter um caráter moral, cujo significado depreciativo dificulta o convívio social pleno da pessoa que o detém. De acordo com sua teoria, as pessoas “normais” desenvolvem concepções

que desqualificam o portador de uma determinada condição, estigmatizando-o, e este comportamento desumaniza o sujeito, sendo a ele atribuídas imperfeições, algumas de caráter moral, ampliando sua suposta incapacidade.

O autor argumenta, ainda, que a estigmatização é uma linguagem de relações sociais, e o defeito de alguém confirma a normalidade de outrem, o que estabelece uma hierarquia nessas relações, autorizando o “normal” a discriminar o “portador do defeito”. Dessa maneira, a autopercepção da pessoa discriminada é a de alguém vivendo na marginalidade, sem os mesmos direitos que os ditos “normais”, o que pode rebaixar a autoestima e acarretar prejuízos ao seu desempenho nas relações pessoais (SEIDL; RIBEIRO; GALINKIN, 2010).

Estes valores estão vinculados a um modelo rígido no qual o indivíduo não deve ser promíscuo e nem homossexual, deste modo não transgredindo normas e padrões que representem uma ação de proteção a uma estrutura familiar tradicional (marido, esposa e filhos), sendo esta à problemática de delimitação de grupos sociais e da demarcação de suas respectivas posições estruturais, nesse sentido o que está envolvido nas interações não são os indivíduos concretos, mas sim os papéis sociais, fator determinante cujo o efeito arrasador cabe aquele que recebe o papel de estigmatizado. (ALMEIDA, 2004).

Segundo Almeida (2004), a ligação que implica as configurações preexistentes da estigmatização sexual e o desenvolvimento desse fenômeno e da discriminação em relação ao HIV/AIDS é a ocorrência de que os primeiros parâmetros empregados pela epidemiologia para construir a história da AIDS eram construídos na imagem dos homossexuais masculinos, acompanhados por outras formas de condutas estigmatizantes como prostituição, promiscuidade e o desvio sexual. Esse fato distinguiu amplamente toda a história da epidemia e permanece a funcionar, ainda hoje, como o aspecto mais enraizado do estigma, e da discriminação relacionados ao HIV/AIDS, consentidos e implicitamente aceitos pelas sociedades de todo o mundo.

Determinados caminhos direcionam respostas mais diligentes com vistas a minimizar o estigma e a discriminação relacionada ao HIV/AIDS. Sendo a ação desenvolvida em diversos eixos, os quais se constituem de comunicação e educação para facultar uma ampla concepção na construção de novos conceitos e ideias relevantes à estigmatização e à discriminação vinculadas à epidemia, de modo que proporcione novas formas de aprender os métodos de mudanças, movimentos sociais

e transformações culturais, assim como o questionamento das estruturas de igualdade e desigualdade em qualquer cenário social.

Ação e intervenção para estabelecimento de um argumento de políticas mais justa, e um procedimento jurídico, para determinar a observância dos direitos das pessoas que vivem com o HIV/AIDS, no sentido de solicitar contas aos governos, empresários, instituições e indivíduos, com a finalidade de melhorar a vida do indivíduo e se contrapor aos atos discriminatórios. O desígnio principal é procurar um empenho próximo a uma ação fundamentada na compreensão, uma ação que cause exemplos de comportamento mais igualitários e progressistas correlacionado ao gênero e à sexualidade, e que contribuam no sentido de aprimorar a forma em que as pessoas vivem e nos relacionam uns com os outros (ALMEIDA, 2004).

A estigmatização, a restrição ao exercício da cidadania, a rejeição pela família e o isolamento social que atingem pessoas com HIV/AIDS podem ameaçar a sua saúde de modo mais impactante que a ação do próprio vírus. Nesse contexto, denomina-se esse fenômeno de morte social, quando a dura realidade cotidiana chega a preceder a morte física (SEIDL; RIBEIRO; GALINKIN, 2010).

5 POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS A POPULAÇÃO LGBT

De acordo com Antunes (2005), a epidemia da AIDS era chamada de “peste gay” pois atingiu inicialmente homens que fazem sexo com homens (HSH), estes sofrem mais preconceito em virtude da epidemia, pois eram acusados de serem causadores da mesma. Esta doença como fenômeno social, é pautada por crenças que oportunizam metáforas sobre a contaminação e o medo da sexualidade. Ademais, sabe-se que a desinformação coabita o senso comum e dificulta o rompimento de preconceitos e estigmas (SEIDL; RIBEIRO; GALINKIN, 2010).

Segundo Antunes (2005), os primeiros trabalhos de prevenção surgiram nos grupos de militância gay americanos, abrindo espaço para a discussão da sexualidade, identidade sexual, do poder implícito nas relações interpessoais, do simbolismo da AIDS, da vida, da morte, do prazer, das culturas e subculturas sexuais.

A dialética entre direitos humanos no geral e os direitos humanos de muitos, considerados em termos de suas vulnerabilidades e em termos de suas possibilidades, a discussão das políticas públicas de gênero se situa no quadro mais amplo do movimento pró-direitos humanos, da cidadania e das políticas de ações afirmativas e por identidades, assentados no reconhecimento de que, para além da economia, são vários os sistemas de discriminações e de explorações a pedir intervenções do Estado (FALCÃO; GOMES, 2012).

De acordo com Mello et al., (2011) compreende-se a formulação de políticas públicas como o processo por meio do qual “os governos traduzem seus propósitos em programas e ações, que produzirão resultados ou as mudanças desejadas no mundo real” a curto, médio e longo prazos.

No Brasil, a adoção de políticas públicas de saúde voltadas à epidemia da AIDS ocorreu análogo a modificações políticas importantes, como a adesão da nova Constituição Federal em 1988 e, especificamente no campo da saúde, em meio a aprovação do SUS (VILLARINHO et al., 2013).

É preciso cuidar de forma diferente para se proporcionar a igualdade, promover cuidados específicos, a diferença não pode ser sinônimo de desigualdade (SOUSA et al., 2015).

Uma iniciativa que contemplou a população LGBT foi a *Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde*, aprovada por meio da Portaria nº 675, de 30 de março de 2006, na qual está explicitado o direito ao cuidado, ao tratamento e ao atendimento no âmbito do SUS, livre de discriminação por orientação sexual e identidade de gênero.

Destaca-se também na 13ª conferência nacional de saúde no ano de 2007, as propostas que lidam especificamente da população LGBT, com destaque para o aconselhamento sobre a revogação da portaria da agência nacional de vigilância sanitária (ANVISA), que vetava a doação de sangue de gays e HSH (MELLO et al., 2011):

A Portaria nº 1.353, de 13 de junho de 2011, do Ministério da Saúde, que “aprova o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos”, em seu art. 1º, § 5º, passou a estabelecer que “a orientação sexual (heterossexualidade, bissexualidade, homossexualidade) não deve ser

usada como critério para seleção de doadores de sangue, por não constituir risco em si própria. Todavia, o Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos, integrante da mesma Resolução e referida como seu anexo, em seu art. 34, § 11, inciso IV, alínea.d., considera doador inapto temporário por 12 meses. homens que tiveram relações sexuais com outros homens e/ou as parceiras sexuais destes (Mello et al., 2011, p. 15).

E o lançamento de dois planos nacionais de enfrentamento da epidemia HIV/AIDS, entre estes o plano nacional de enfrentamento à epidemia da AIDS entre homossexuais e outros HSH e travestis. Desta maneira, uma política nacional de saúde que contemple as especificidades dessa população começou a se formar em 2008, com o lançamento da política nacional de saúde integral de LGBT, com o estabelecimento de nove diretrizes, das quais se destaca a inclusão de variáveis que caracterizam a diversidade populacional nos processos de formação e implantação de políticas e programas no SUS, que envolve orientação sexual e identidade de gênero. Os anais da primeira conferência nacional LGBT, trouxeram propostas que centralizam o tema da saúde no âmbito LGBT brasileiro, posteriormente no ano de 2009, o governo federal publicou o plano nacional de promoção da cidadania e direitos de LBGT, que tem por objetivo a sistematização das propostas já aprovadas na conferência antes mencionada (CARRARA, 2012).

Com um total de 48 estratégias voltadas para a saúde, com destaque para as que propuseram a aprovação e implantação de política nacional de saúde integral à população LGBT nas instancias do SUS. Outro programa nacional de direitos humanos, na qual a atenção à saúde dessa população se faz presente ações em diversos segmentos marginalizados e subalternizados (MELLO et al., 2011).

Apesar das diversas políticas públicas voltadas para a promoção de saúde desta população, estas se chocam comas dificuldades socioeconômicas, culturais governamentais, em meio a estas informações se observa em um estudo desenvolvido por Mello et al., (2011), que estes obstáculos colocam em dúvida a efetividade e êxito daquelas, pois fica evidenciado sua restrição somente à teoria não excedendo para a prática do dia-a-dia.

O conhecimento das fronteiras do público e do privado, que modificam as políticas de saúde pública em intercessões coativas sobre a vida particular de sujeitos

considerados promíscuos, alienados, ou simplesmente irresponsáveis, necessitam ser repensadas, já que existem condições de vida que são atribuídas e não escolhidas e as particularidades que configuram essa determinação, devem ser analisadas quando se faz uma programação de políticas públicas de saúde (DE PAULA; LAGO, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através desse estudo foi possível compreender o processo histórico do HIV/AIDS e sua estigmatização no decorrer de seu processo, vinculado à imagem dos homossexuais, que por sua vez formavam o primeiro grupo de pessoas a serem diagnosticadas com o HIV/AIDS, em meados dos anos 80.

Além disso, no decorrer dos avanços científicos em relação a AIDS os homossexuais foram tarjados, por certo tempo, como componentes do “grupo de risco”, atualmente substitui-se esse título por “vulneráveis”, neste caso não são apenas os homossexuais, mas todas as pessoas que não praticam sexo seguro, que compartilham objetos cortantes, dentre outros.

A estigmatização é uma questão social e de saúde pública, pois mesmo sendo desmistificado que não são os homossexuais, os responsáveis pela transmissão da AIDS, a sociedade ainda carrega em si e dissemina o estigma e o preconceito entorno dessas duas vertentes HIV/AIDS x Homossexuais. Julgados ao longo do tempo por serem causadores da disseminação da doença, trazem até hoje consigo a “culpa da AIDS” por meio de uma sociedade com ideias equivocadas, por falta de conhecimento, sobre as atuais descobertas em relação este tema.

Através do estudo, foi possível perceber que em síntese, os homossexuais não compõem o maior grupo de contaminados, no que se refere a sexualidade, indo de encontro com o que acredita a maior parte da sociedade.

Deste modo o estudo possibilita que o leitor ao tomar propriedade do conhecimento sobre o tema, seja capaz de desintegrar a ideia rotulada de que os homossexuais são causadores e disseminadores da doença e, conseqüentemente, minimizar o estigma e preconceito para com os mesmos.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Sonia Maria Oliveira de et al. Vulnerabilidade de homens que fazem sexo com homens no contexto da AIDS. **Cad.Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 479-482, Feb. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 abril 2016.

ANTUNES, Maria Cristina: **Território de vulnerabilidade ao HIV: homossexualidade masculina em São Paulo**, 2005. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-15032007-115747/pt-br.php>>.

BALDIN, Sonciarai Martins et al. Necessidades humanas e diagnósticos de enfermagem na assistência a pessoas com HIV/AIDS em UTI. 2010.

BERNARDES, Milton Junio Cândido; SOUSA VILELA, M.; DE AZEVEDO FILHO, Francino Machado. Estrategias para la reducción de la transmisión vertical del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y su relación con Enfermería. **Enfermería Global**, v. 11, n. 28, p. 368-376, 2012.

BRAGA, Patrícia Emilia; CARDOSO, Maria Regina Alves; SEGURADO, Aluisio Cotrim. Diferenças de gênero ao acolhimento de pessoas vivendo com HIV em serviço universitário de referência de São Paulo, Brasil Gender differences among persons with HIV. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 11, p. 2653-2662, 2007.

BRASIL. Divulgação em Saúde para Debate. nº 27. **A Resposta Brasileira ao HIV/AIDS: analisando sua transferibilidade**. Rio de Janeiro, 2003.

_____, Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais SAF SUL Trecho 2. **Boletim Epidemiológico Aids e DST**, 2015. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/naexos/publicacao/2015/58534/boletim_aids_11_2015_web_pdf_19105.pdf>.

_____, MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção a saúde do adulto: HIV/AIDS. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 68 p.

_____, Ministério da Saúde. Manual de orientação básica para equipe de enfermagem: **Prevenção do HIV e assistência à pessoas portadoras do HIV e AIDS**, 1995. Disponível em: <<http://bvsmms-bases.saude.bvs.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/ms/?IsisScript=iah/iah.xis&lang=P&base=ms&nextAction=Ink&exprSearch=%5BDID%5D818>>.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/Aids, hepatites e outras DST / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

_____, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais: **Portal sobre aids, doenças sexualmente transmissíveis e Hepatites Virais**, 2015. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/o-que-e-aids>>. Acesso em: 18 novembro. 2015.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 8. ed. rev. – **Brasília**: Ministério da Saúde, 2010. 444 p.: Il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde), Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_infecciosas_parasitaria_gui_bolso.pdf>.

CAETANO, Joselany Áfio; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag. Autocuidado e o portador do HIV/aids: sistematização da assistência de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 336-345, 2006.

CARRARA, Sérgio. Políticas e direitos sexuais no Brasil contemporâneo. **Bagoas-Estudos gays: gêneros e sexualidades**, v. 4, n. 05, 2012.

DE PAULA, Paulo Sergio Rodriguez; DE SOUZA LAGO, Mara Coelho. Da peste gay ao barebacking sex: AIDS, biopolítica e risco em saúde. **Ciencias Sociales y Educación**, v. 2, n. 4, 2013.

DE SOUSA, Daniela Heitzmann Amaral Valentim et al. OS HOMENS E AS PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE. **Revista Gênero & Direito**, n. 1, 2015.

DE VASCONCELOS, Dalila Castelliano; COELHO, Angela Elizabeth Lapa. Conhecimentos, atitudes e percepção de risco dos acadêmicos de farmácia frente a AIDS. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 5, n. 2, 2013.

DOS SANTOS, Luís Henrique Sacchi. Campanhas de Educação em Saúde através da mídia de massa: solidão e morte como representações de homossexualidade em um anúncio televisivo de prevenção ao HIV/Aids. 2008.

FALCÃO, Marcia Thereza Couto et al. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2569-2578, 2012.

GARCIA, Marcos Roberto Vieira. Diversidade sexual, situação de rua, vivências nômades e contextos de vulnerabilidade ao HIV/AIDS. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 3, p. 1005-1019, 2013.

GARCIA, Sandra; SOUZA, Fabiana Mendes de. Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. **Saude soc.**, São Paulo, v. 19, supl. 2, p. 9-20, Dec. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902010000600003&lng=en&nrm=iso>. Dec. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000600003>>.

GIR, Elucir; VAICHULONIS, Carla Gisele; DE OLIVEIRA, Marcela Dias. Adesão à terapêutica anti-retroviral por indivíduos com HIV/AIDS assistidos em uma instituição do interior paulista. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 5, p. 634-641, 2005.

GRANGEIRO, Alexandre et al. Características da resposta à Aids de secretarias de saúde, no contexto da Política de Incentivo do Ministério da Saúde¹. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 4, p. 954-975, 2012.

HOLANDA, Eliane Rolim et al., **Tendências na produção do conhecimento científico de enfermagem sobre HI/AIDS estudo biométrico**, 2013. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/8358/1/2013_tese_erholanda.pdf

MELLO, Luiz et al. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, 2011.

MIQUELIM, Janice DL et al. Estresse nos profissionais de enfermagem que atuam em uma unidade de pacientes portadores de HIV-AIDS. **DST–Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 16, n. 3, p. 24-31, 2004.

MORAES, Danielle Chianca de Andrade; OLIVEIRA, Regina Célia de; COSTA, Solange Fátima Geraldo. Adherence of men living with HIV/AIDS to antiretroviral treatment. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 676-681, Dec. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?sc_ript=sci_arttext&pid=S_141_481_452014000400676&lng=en&nrm=iso>.

OLIVEIRA, Denize Cristina de; COSTA, Tadeu Lessa da. A zona muda das representações sociais sobre o portador de HIV/AIDS: elementos normativos e contranormativos do pensamento social. **Psicologia: teoria e prática**, v. 9, n. 2, p. 73-91, 2007.

SEIDL, Eliane Maria Fleury; RIBEIRO, Tânia Renata Alves; GALINKIN, Ana Lúcia. Opiniões de jovens universitários sobre pessoas com HIV/AIDS: um estudo exploratório sobre preconceito. **Psico-USF (Impr.)**, Itatiba, v. 15, n. 1, p. 103-112, Apr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S_141382712010000100011&lng=en&nrm=is>.

SOUSA, Petra Kelly Rabelo de; MIRANDA, Karla Corrêa Lima; FRANCO, Amanda Carneiro. Vulnerabilidade: análise do conceito na prática clínica do enfermeiro em ambulatório de HIV/AIDS. **Rev. bras. enferm**, v. 64, n. 2, p. 381-384, 2011.

TERTO JR, Veriano. Homossexualidade e saúde: desafios para a terceira década de epidemia de HIV/AIDS. **Horizontes antropológicos**, v. 8, n. 17, p. 147-158, 2002. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ha/v8n17/19080.pdf>>

VILLARINHO, Mariana Vieira et al. Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. **Rev. Bras. Enferm**, v. 66, n. 2, p. 271-277, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/18.pdf>>.

ANEXOS