

**NESC/FIOCRUZ
BIBLIOTECA**

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO DE PESQUISA AGGEU MAGALHÃES
DEPARTAMENTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA (NESC)

GALBA TACIANA SARMENTO VIEIRA

**DESAFIOS PARA PREVENÇÃO DO
HIV/AIDS EM MULHERES
NO BRASIL.**

CONSULTA

Recife / 1998

(043.41) "1998"
V657d

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO DE PESQUISA AGGEU MAGALHÃES
DEPARTAMENTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA (NESC)

GALBA TACIANA SARMENTO VIEIRA

**DESAFIOS PARA PREVENÇÃO DO
HIV/AIDS EM MULHERES
NO BRASIL.**

MONOGRAFIA APRESENTADA
COMO REQUISITO PARCIAL À
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE
PÚBLICA DO DEPARTAMENTO
DE ESTUDOS EM SAÚDE
COLETIVA/CPQAM/FIOCRUZ.

ORIENTADORA: PROFESSORA ANA MARIA DE BRITO

Recife / 1998

SUMÁRIO

RESUMO

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 8 |
| 2. OBJETIVOS | 10 |
| 3. METODOLOGIA | 11 |
| 4. A AIDS E A TRANSIÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO NO BRASIL: A INSERÇÃO DAS MULHERES | 13 |
| 5. ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DO HIV/AIDS EM MULHERES NO BRASIL: CENÁRIOS DE DESAFIOS | 23 |
| 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 30 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 32 |

Dedico esta monografia ao meu pai Mário (in memorian), por mais uma vitória que construímos juntos. Pelo seu amor, pelo nosso amor.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por trilhar um caminho de luz nos momentos de maior desespero.

A Ana Brito, pela forma objetiva, inteligente e dinâmica que orientou esta monografia.

A Vandira, amor – mãe, pelas lições diárias de força e coragem. Amo você, infinitamente.

A Zozó, querida irmã e companheira, pelo apoio presente em todas as horas da minha vida.

Ao pessoal do NESC, em especial a Paulo Lyra, Janice, Megine, Luci, Regina, Abel, Carlos Pontes, André, Annick e Fábio Lessa, pelo apoio e amizade em momentos difíceis da jornada do curso. O meu, sempre, muito obrigado.

A Zil, minha segunda mãe, pelos “cuidados” diários em forma de amor.

" Há lugar neste mundo para todos nós, mas para isso é fundamental que todos caibam em nossa consciência e no Universo de nossa solidariedade".

(Betinho)

RESUMO

Este trabalho visa identificar e analisar os desafios postos à prevenção do HIV/AIDS em mulheres, no Brasil. Para tanto, faz-se uma contextualização da epidemia, no Brasil e no mundo, analisando os principais fatores de sua difusão, e, principalmente, as alterações no perfil epidemiológico da sociedade brasileira — com ênfase para a inclusão progressiva do número de casos novos de AIDS na população do sexo feminino. Acrescenta-se a isso, a análise dos principais pontos de estrangulamento das estratégias de prevenção do Vírus da Imunodeficiência Adquirida na população feminina.

1.INTRODUÇÃO

A disseminação do HIV no mundo teve início no final da década de 70. Em menos de duas décadas, porém, rápida e progressivamente, a infecção por HIV/AIDS tornou-se uma pandemia, tendo sido registrados casos na maioria dos países do mundo.

Os primeiros casos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) foram registrados em 1981 pelo Centers of Diseases Control and Prevention (CDC, USA).

Dados da UNAIDS e a Organização Mundial de Saúde (OMS) confirmam que, até o início do mês de junho de 1998, 1.893.784 casos de AIDS foram oficialmente declarados pelos países em todo o mundo. Este número representa um acréscimo de 15% em relação ao número de casos declarados até 30 de junho de 1997, que foi correspondente a 1.644.183. Todavia, em virtude da sub-notificação, de declarações incompletas ou atrasadas, estima-se que o total dos casos declarados ultrapassem ao percentual de 15% do número total de casos ocorridos até essa data (OMS – 20/06/98). Estima-se, igualmente, que 33,4 milhões de adultos e crianças estão atualmente infectados pelo HIV/AIDS em todo o planeta, dos quais 5,8 milhões foram infectados em 1998 (ONUSIDA – dez/98).

Nos postos de classificação mundial, o Brasil ocupa a segunda posição em números absolutos de casos de AIDS notificados, permanecendo atrás apenas em termos numéricos dos Estados Unidos. No Brasil, há registro de casos em todas as unidades federadas, sendo que a região Sudeste é a que concentra as maiores ocorrências: 89% das notificações no período de 1980-1985 e 69% no período de 1994-1996 (Castilho e Chequer, 1997:9)

Em Pernambuco, as condições de pobreza da população e as contradições existentes com a exploração do turismo sexual, características compartilhada com outras capitais nordestinas, vem contribuindo, junto com um sistema de saúde frágil e aquém das necessidades desta população, para o crescimento do número de casos de AIDS nesse Estado, que hoje tem o maior números de casos absolutos de AIDS da região Nordeste (Duarte, 1996:25).

O processo de introdução e disseminação do HIV ocorreu de forma diversificada e relacionado a diferentes subgrupos, nas diferentes regiões geográficas do mundo. Há indícios, por exemplo, que na maioria dos países africanos, foram as mulheres profissionais do sexo e os caminhoneiros que exerceram o papel de difusores da epidemia AIDS, em estágio inicial; em outros países Ocidentais, como é o caso dos EUA, França, Espanha e Brasil, os grupos de homossexuais e bissexuais masculinos foram os principais responsáveis pela disseminação inicial da doença.

Sabe-se, no entanto, que atualmente, embora considerando os perfis epidemiológicos característicos de cada região do mundo, a AIDS é uma doença que tem se expressado em diferentes grupos populacionais, atingindo mulheres, crianças e homens.

A urgência de uma reflexão sobre a transmissão sexual da AIDS torna-se de suma importância no contexto atual da epidemia na sociedade brasileira, dado ao crescente aumento de casos entre mulheres que se contaminaram pelo HIV, através dessa via de transmissão. Atualmente a razão proporcional homem/mulher infectados pelo HIV/AIDS no Brasil encontra-se na faixa de 2:1 derivando uma melhor compreensão do fenômeno AIDS/mulher para o estabelecimento de estratégias de prevenção nacional.

A motivação e o interesse pelo tema em questão surgiram, primeiramente, da confecção de um trabalho acadêmico, o qual foi intitulado **A FEMINIZAÇÃO DA AIDS NO BRASIL**. Tal motivação apoia-se na necessidade de maior conhecimento da pandemia AIDS, enquanto problema de saúde pública, principalmente pela repercussão sobre o aumento dos índices de transmissão vertical (mãe-filho). Além disso, as limitações do nosso conhecimento cultural referentes ao comportamento sexual, tem se constituído em um obstáculo a compreensão da epidemia da AIDS no Brasil (Brito, 1998:2).

É nesse contexto que se insere a importância do estudo que ora fazemos, direcionando nossas reflexões para os desafios que são postos a prevenção do HIV/AIDS em mulheres na sociedade brasileira.

2.OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Identificar os principais desafios postos à prevenção do HIV/AIDS em mulheres no Brasil.

Objetivos Específicos:

- ◆ Descrever e analisar a transição do perfil epidemiológico da AIDS no Brasil.

- ◆ Analisar a influência dos principais determinantes sócio-culturais e econômicos nas práticas de prevenção do HIV/AIDS em mulheres, no Brasil,.

3.METODOLOGIA

A elaboração deste trabalho científico, deu-se no decurso do tempo de cerca de 6 semanas. Considerando a natureza do objeto estudado e o tempo disponível para esta atividade, optamos por realizar uma revisão bibliográfica, utilizando fontes de dados secundárias publicadas por entidades oficiais nacionais e internacionais de combate à AIDS (tais como o Ministério da Saúde e a Organização Mundial de Saúde), além de outros dados publicados em livros, teses, periódicos e revistas.

Estudos epidemiológicos recentes constataam mudanças no perfil epidemiológico da AIDS na sociedade brasileira, seguindo as tendências do panorama mundial. Dentre estas mudanças, é observada a incidência progressiva do aumento dos casos de AIDS entre a população do sexo feminino, registrada na proporção homem infectado pelo H.I.V. e mulher na mesma condição, que encontra-se na faixa de 2:1.

A ocorrência crescente de casos de AIDS em mulheres é um dado preocupante, na medida em que, poderá repercutir no aumento dos índices de transmissão vertical (mãe-filho) do Vírus.

A partir da constatação de uma possível tendência de feminização da AIDS no Brasil, consideramos que a prevenção assumiria um papel de fundamental importância na redução da infecção pelo HIV/AIDS em mulheres; daí nossa opção por trabalho sobre os desafios postos a prevenção do Vírus da Imunodeficiência Adquirida na população do sexo feminino.

Várias foram as proposições formuladas como dificuldades de se prevenir o HIV/AIDS nas mulheres. Dentre essas proposições, cita-se a omissão do poder público frente à problemática mulher e AIDS no Brasil, além de aspectos outros de cunho sócio-cultural que envolvem a sexualidade feminina na sociedade brasileira.

É importante frisar que, este trabalho, não se destina a contemplar a análise de todas as estratégias de prevenção vigentes no país. Pois, esta nos seria tarefa das mais difíceis, haja vista a dimensão geográfica e a diversidade regional que compõem o território brasileiro. Além disso, não nos seria possível analisar os

desafios postos à prevenção do HIV/AIDS em todos os grupos populacionais de mulheres, sejam estas adolescentes, profissionais do sexo, etc. Pretendemos sim, identificar e analisar aspectos sócio-culturais e econômicos da sociedade brasileira que, ao nosso ver, propiciam uma maior vulnerabilidade da mulher face à infecção pelo HIV - dificultando assim as ações preventivas nessa área específica.

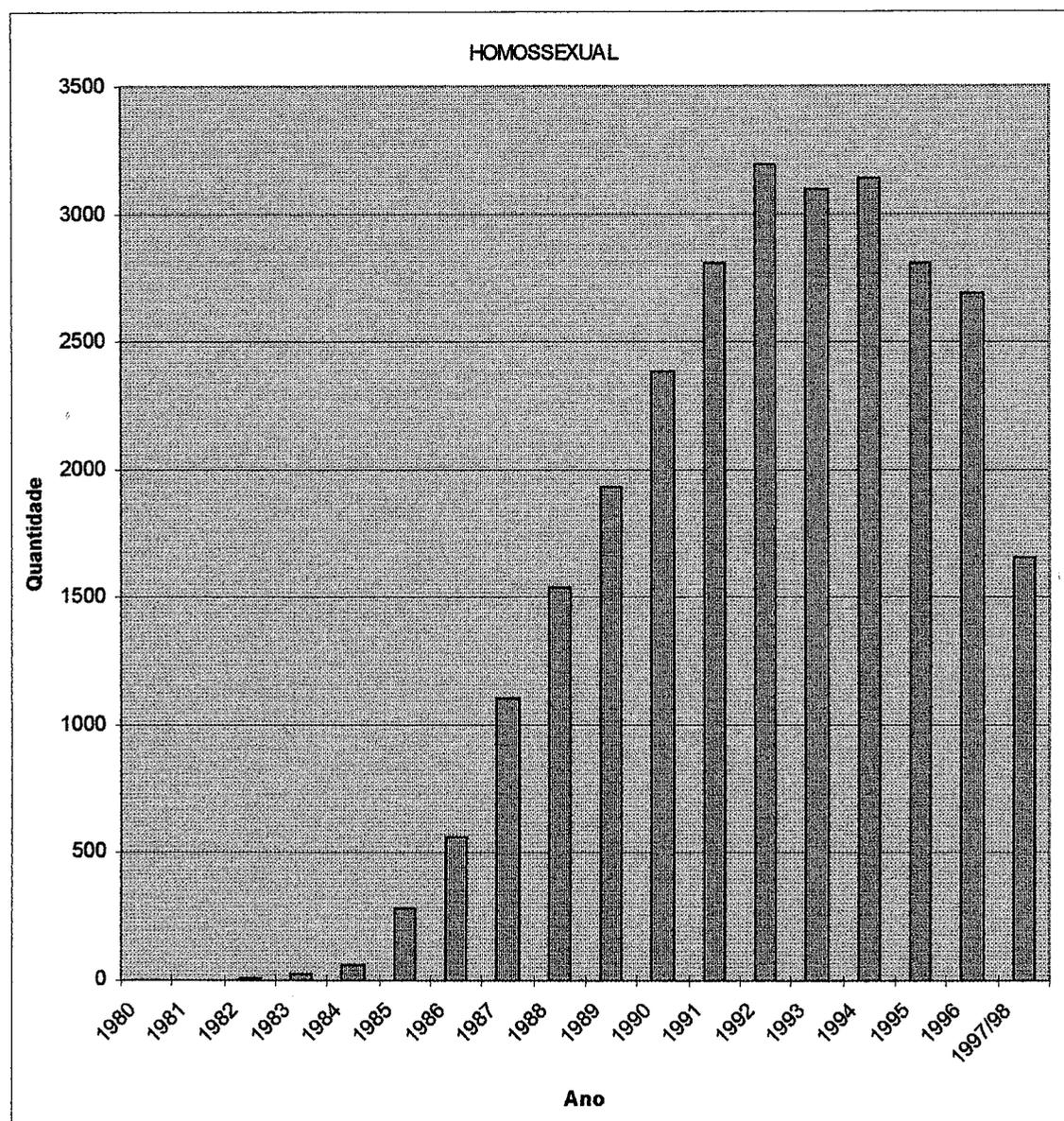
4.A AIDS E A TRANSIÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO NO BRASIL: A INSERÇÃO DAS MULHERES.

No nosso país, a epidemia de AIDS difundiu-se, inicialmente, nas duas maiores metrópoles, São Paulo e Rio de Janeiro, ambas situadas na região Sudeste; região esta que, atualmente ainda apresenta as maiores ocorrências da epidemia: 89% das notificações no período de 1994-1996 (Castilho e Chequer, 1997:9). No entanto, de modo contínuo, a epidemia atingiu o conjunto do país, com taxas anuais de incidência crescentes em praticamente todas as unidades federadas

Nos últimos anos, a epidemia por HIV/AIDS na sociedade brasileira, vem apresentando novos desenhos, com nítidas e importantes mudanças no seu perfil epidemiológico.

Quando nos ocupamos da descrição das diferentes características dos casos notificados, constatamos que, realmente até 1984, grande parte das notificações se referem a homo/bissexuais masculinos como categoria de exposição, no país como um todo. Contudo, progressivamente, a participação dessa categoria vem-se reduzindo, tendo alcançado, o período de 1996/97, pouco mais de vinte por cento dos casos notificados (gráfico n.º 1)

GRÁFICO Nº 1. DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE AIDS, SEGUNDO A CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO, PERÍODO DE DIAGNÓSTICO – BRASIL 1980 – 1998*

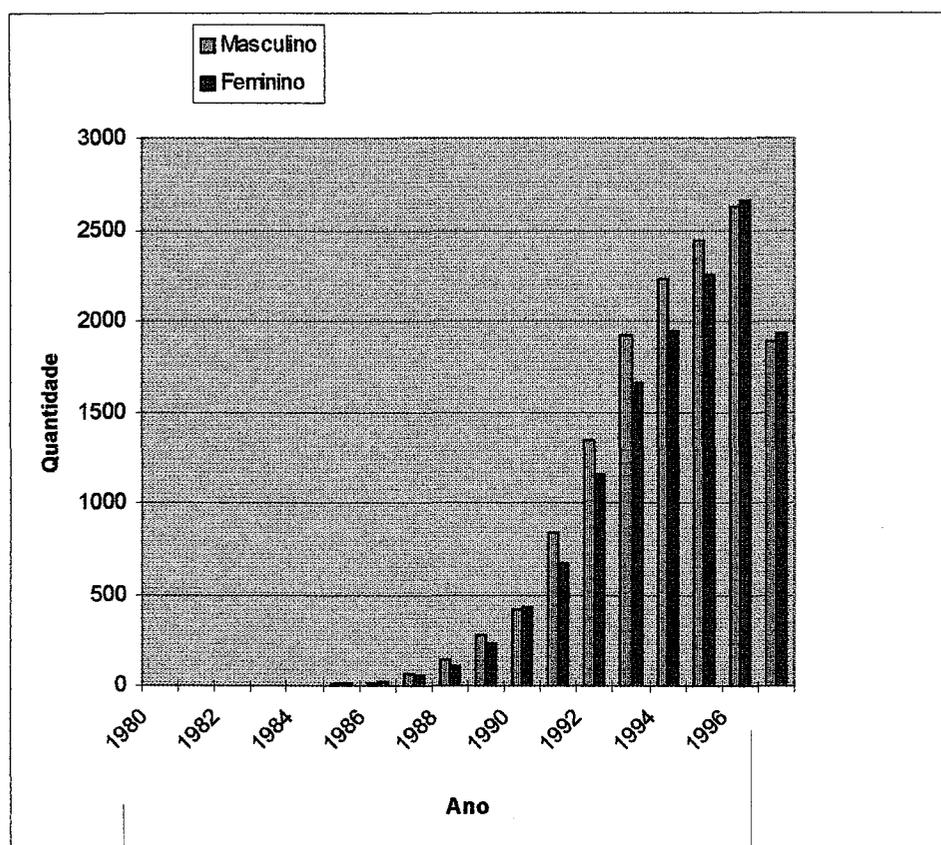


Fonte: Ministério da Saúde – Boletim Epidemiológico da AIDS – 1997/1998.

Não se pode perder de vista o fato de que, em alguns casos masculinos, pode ter ocorrido “erro de classificação”, haja vista que muitos homens que fazem sexo com outros homens, dentro dos padrões das relações culturais e de gênero estabelecidas na sociedade brasileira, não se intitulam homossexuais, devido ao estigma trazido por essa opção sexual.

Assim, já nos idos dos anos 90, em contraste a noção popular que insistentemente associa a epidemia AIDS à homossexualidade, a via de transmissão heterossexual do HIV já domina o quadro epidemiológico no território nacional (gráfico n.º 2).

GRÁFICO Nº 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE AIDS, SEGUNDO A CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO, PERÍODO DE DIAGNÓSTICO – BRASIL 1980 – 1998*

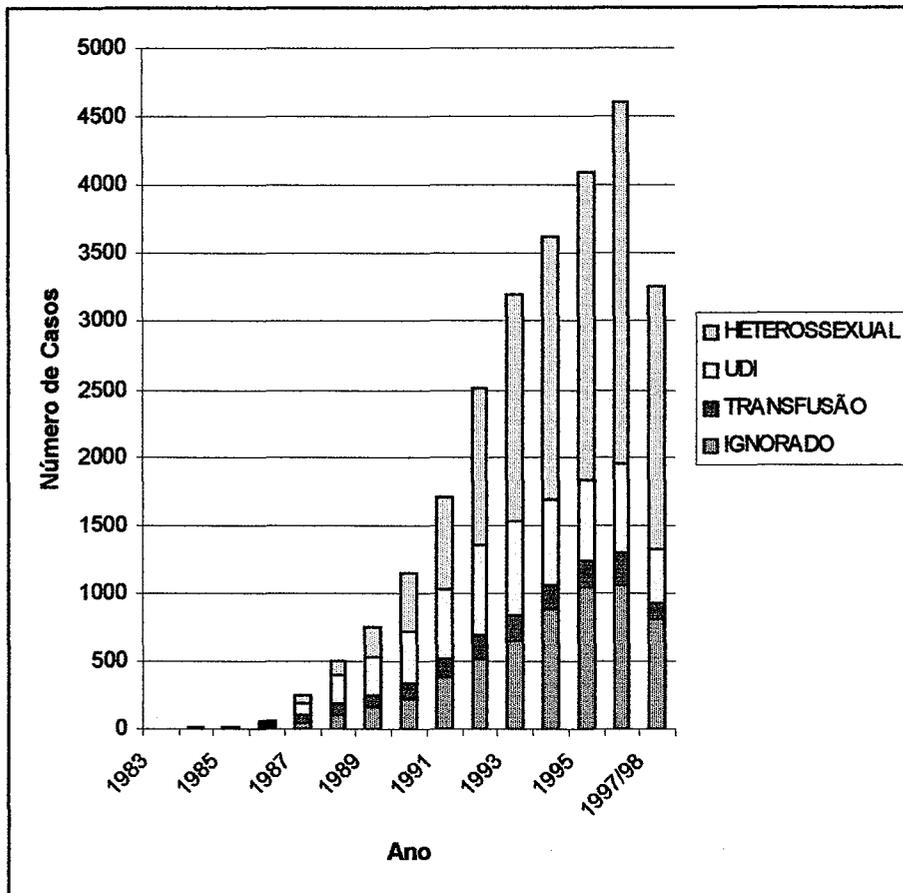


Fonte: Ministério da Saúde – Boletim Epidemiológico da AIDS – 1997/1998.

As estreitas relações entre a epidemia AIDS e as idéias de homossexualidade, desvio, transgressão de normas, fortaleceram a imagem de que aqueles que não estivessem inseridos nos denominados “grupos de riscos” (sejam homossexuais, hemofílicos, usuários de drogas injetáveis e os profissionais do sexo) não haviam de se precaver contra o vírus, numa espécie de suposta “imunidade biológica”. Tal fato contribuiu e muito para a forma rápida e incontrollável da infecção do HIV/AIDS entre as mulheres na sociedade brasileira, constatado pela razão homem/mulher infectados que passou de 25:1 em 1985 (Ministério da Saúde – Boletim Epidemiológico AIDS – 1984/1985) para a razão de 2:1 em 1998 (ministério da Saúde – Boletim Epidemiológico AIDS – 1997/1998).

No Brasil, o aumento da ocorrência de casos de AIDS no sexo feminino, dá-se principalmente pelas vias de transmissão heterossexual (gráfico n.º 3).

Gráfico nº 3 - Casos de AIDS entre indivíduos do sexo feminino maiores de 12 anos, segundo o período diagnóstico e categoria de exposição - Brasil - 1983 - 1998*



(*) 1998 – dados preliminares até a semana 08, terminada em 28/02.

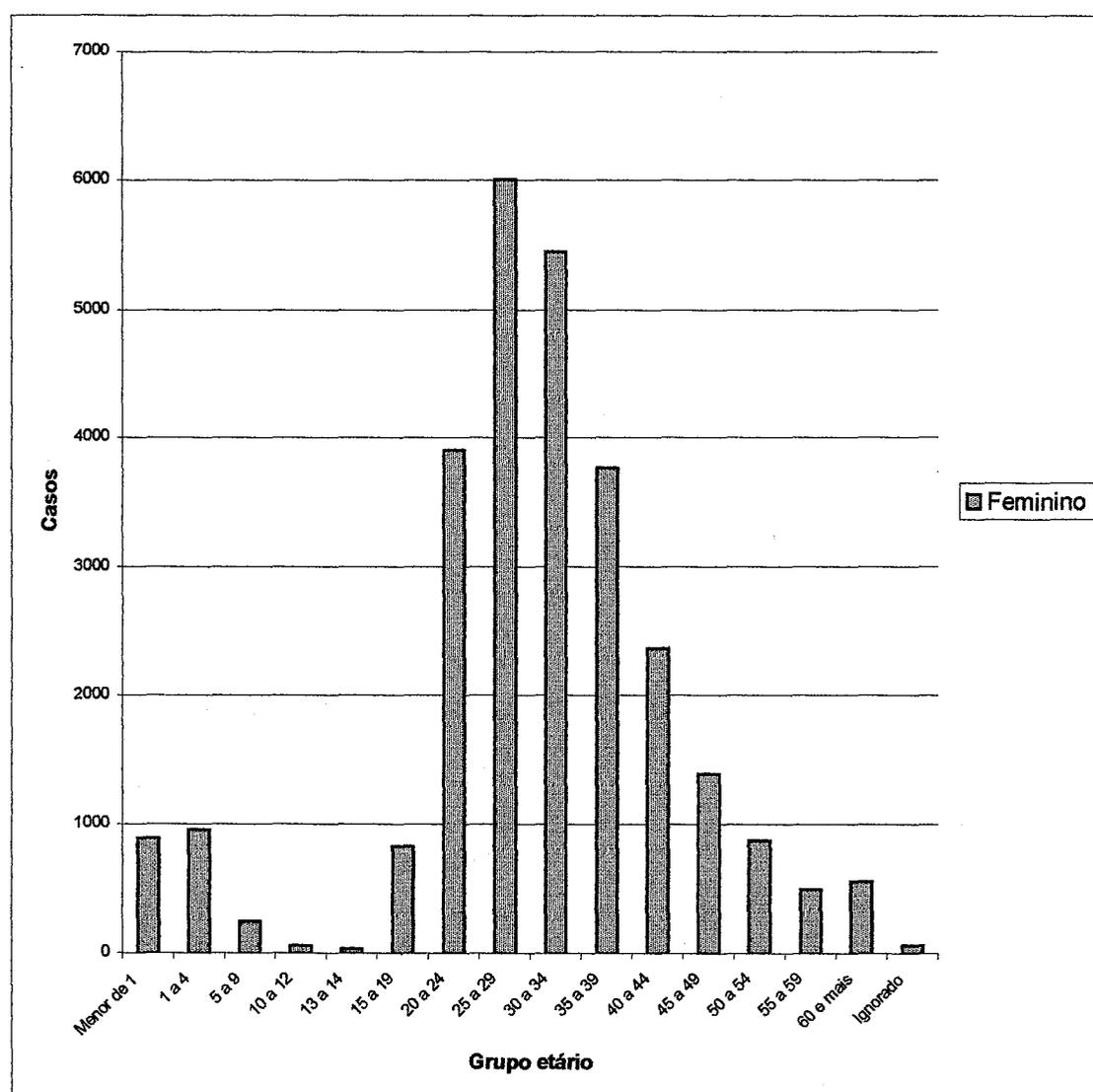
Fonte : Ministério da Saúde/Boletim Epidemiológico da AIDS – 1997/98

Outro ponto importante a ser assinalado é que, segundo pesquisa realizada pelo Núcleo de Estudos para a Prevenção da AIDS da Universidade de São Paulo, 71% das mulheres brasileiras soropositivas contraíram o vírus através de relações heterossexuais e monogâmicas (in revista Veja, 28/10/98). Isso nos remete necessariamente a discussão dos sistemas ideológicos predominantes na sociedade brasileira, cujos valores são o casamento e sexo procriativo, sendo os

relacionamentos heterossexuais estáveis considerados uma forma de prevenção do HIV/AIDS.

Salienta-se que, a incidência dos casos de AIDS no sexo feminino, no Brasil, tem atingido em maiores proporções o grupo etário de 25 a 39 anos, ou seja, aquelas mulheres em idade fértil (gráfico n.º 4).

**Gráfico n.º.4 - Casos de aids, segundo sexo e a idade
Brasil 1980 - 1998***



(*) 1998 (dados preliminares até a semana 08, terminada em 28/02)

Fonte: Ministério da Saúde / Boletim Epidemiológico AIDS – 1997/1998

Uma das conseqüências diretas da infecção pelo HIV na população feminina, é a possibilidade de transmissão do vírus ao concepto, durante a gravidez ou no parto. No Brasil, a primeira ocorrência de transmissão perinatal registrada no país ocorreu em 1985, no Estado de São Paulo. A partir de então, 40% das 3.596 crianças que nasceram carregando o vírus da AIDS morreram (in revista Veja, 28/10/98). Das crianças sobreviventes, algumas passam hoje pela fase da pré-adolescência, enfrentando uma rotina de medicamentos e preconceito; sendo que muitas delas nem freqüentam a escola porque não suportam o peso da discriminação.

No Estado de Pernambuco, o aumento dos casos de AIDS entre mulheres confirma-se também para ocorrência crescente de casos de AIDS em crianças (tabela nº1).

Tabela nº 1 - Casos de aids em mulheres > 13 anos de idade e crianças infectadas pelas vias de transmissão perinatal, segundo período diagnóstico-Pernambuco 1997-1998.

| Ano | Mulheres > de treze anos | Perinatal (M e F) |
|--------------|------------------------------------|--------------------------|
| 1987 | 3 | 1 |
| 1988 | 6 | 2 |
| 1989 | 10 | 1 |
| 1990 | 14 | 1 |
| 1991 | 35 | 4 |
| 1992 | 38 | 2 |
| 1993 | 49 | 6 |
| 1994 | 57 | 9 |
| 1995 | 58 | 8 |
| 1996 | 115 | 12 |
| 1997 | 115 | 17 |
| 1998 | 108 | 19 |
| Total | 608 | 82 |

Fonte: SES/DIEVIS/PROGRAMA ESTADUAL DST/AIDS

O aumento proporcional de AIDS pelas vias de transmissão perinatal no Brasil, além de refletir um crescimento expressivo da ocorrência dessa categoria, denota a urgência da melhoria do diagnóstico dos casos de AIDS pediátrica em nosso país, bem como a necessidade de uma adequada assistência pré-natal que possibilite o diagnóstico precoce e o conseqüente tratamento das gestantes portadoras do vírus HIV.

Sendo assim, em vista da atual tendência de feminização da AIDS no Brasil, cabe a atenção de mais estratégias políticas que visem a prevenção e tratamento da infecção pelo HIV/AIDS em mulheres.

As práticas sexuais, constituem a principal forma de infecção do HIV/AIDS na sociedade brasileira, sendo responsáveis pela mais importantes mudanças nesse perfil epidemiológico em nosso país. Contudo, é preciso destacar características outras assumidas pela AIDS na década de 90, que também contribuem para as alterações do quadro epidemiológico da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Adquirida.

No Brasil, como em todo o mundo, em ambos os sexos, houve um expressivo declínio ao longo dos tempos, da transmissão do HIV devido ao uso de sangue e/ou hemoderivados. Tal declínio é conseqüência direta de ações de intervenção, por meio da seleção e testagem do sangue, bem como devido a processos de inativação viral nos derivados dos sangues utilizados.

Por outro lado, cresce o número de novos casos de AIDS entre os usuários de drogas injetáveis no Brasil, (UDIs). No entanto, segundo Castilho e Chequer, no que concerne à distribuição geográfica, as ocorrências de transmissão da AIDS entre os UDIs vêm-se dando, predominantemente, no Centro-Sul do país (81% do total de UDI registrados), destacando-se os estados de São Paulo, Santa Catarina, Paraná e Mato Grosso do Sul (1997:10).

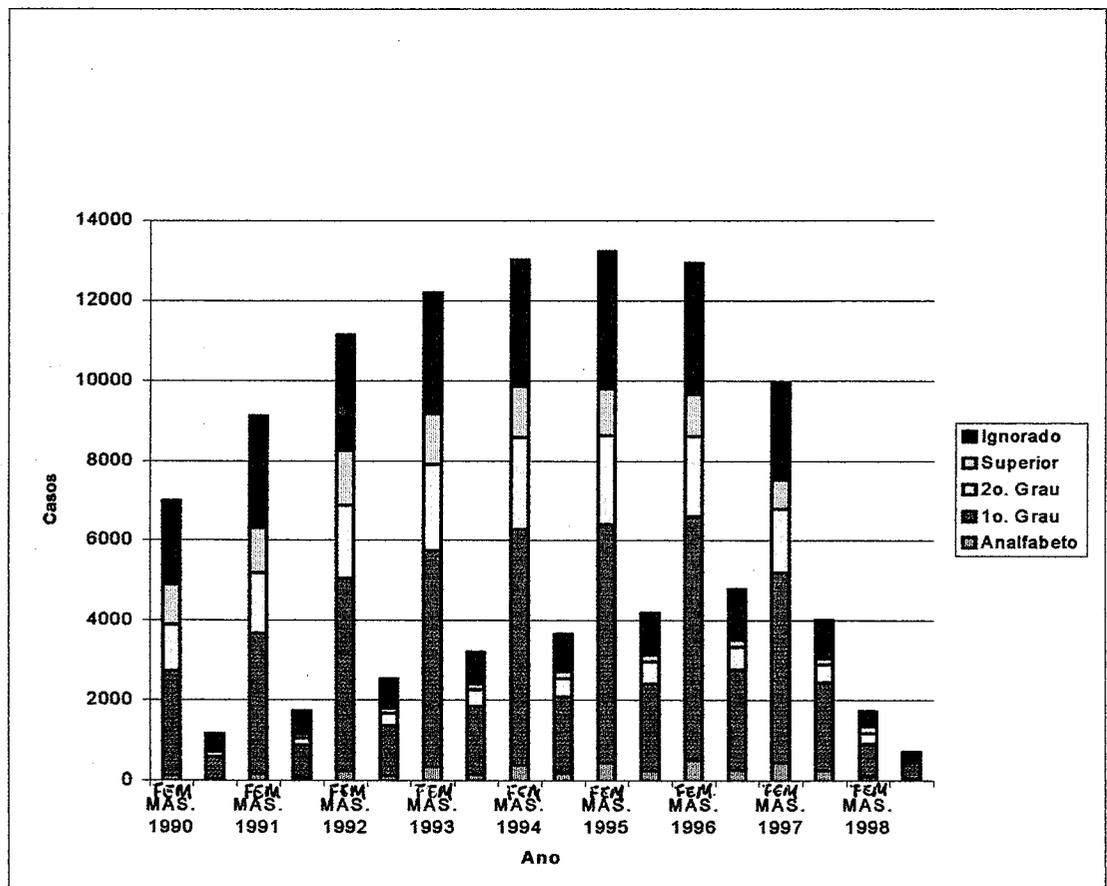
Também entre mulheres, vem ganhando destaque a participação das usuárias de drogas dentre os casos notificados de AIDS, principalmente, nos estados supracitados. Isto é um dado preocupante, na medida em que, várias mulheres pobres vinculadas a postos de saúde públicos que prestam assistência pré-natais,

omitem a veracidade de que são usuárias de drogas injetáveis, com receio de que tal verdade seja seguida de prisão e/ou perda do pátrio poder de seus filhos.

Cita-se a pauperização, ou seja, a incidência progressiva, durante a década de 90, de casos novos de AIDS, em ambos os sexos, de indivíduos vinculados às classes sociais mais pobres do nosso país. A introdução do HIV, nas diferentes regiões, segue um padrão inicial de difusão seletiva entre os segmentos de elite, em função de maiores recursos econômicos e de poder, estão menos submetidos a injuções locais. À medida em que a epidemia se expande e aprofunda, ela, via de regra (e especialmente nas sociedades heterogêneas), pauperiza-se, uma vez que os segmentos que detém maiores recursos e informações passam a se proteger de maneira mais eficiente e os setores majoritários mais pobres mantêm-se vulneráveis (Bastos e Barcellos Apud Dhália, 1998:22). Gráfico n.º 5

Gráfico Nº.5 - Casos de Aids entre indivíduos com 13 anos de idade ou mais, segundo período diagnósticos e escolaridade.**

Brasil 1980 - 1998*



(*) 1998 (dados preliminares até a semana 21, terminada em 30/05)

(**) os casos classificados em 1º e 2º grau podem ser completo ou incompleto, não havendo distinção na tabela.

Fonte: Ministério da Saúde/Boletim Epidemiológico AIDS 1997/1998.

Nesse contexto, há de se evidenciar que a epidemia de AIDS no Brasil desenvolve-se numa conjuntura sócio-política de intensas mudanças, com “aparente” consolidação do processo democrático e da estabilização monetária, dentro de um modelo globalizado de orientação neoliberal.¹ Tal conjuntura delinea um quadro de desigualdades sociais, disparidades regionais, exploração de trabalhadores, no qual o acesso à infra estrutura básica e aos serviços de saúde com qualidade tornam-se privilégio de poucos cidadãos.

Estudos epidemiológicos apontam para um tendência à interiorização da epidemia com o surgimento da AIDS em municípios situados em regiões de fronteiras ou em cidades consideradas corredores para o tráfico de drogas. Segundo fonte do Ministério da Saúde, desde o início da epidemia de AIDS no Brasil, 2.814 municípios estão notificando ou já notificaram pelo menos 1 caso à Comissão Nacional de DST/AIDS até 30 de maio de 1998.

Ressalta-se que, desde o início da epidemia, a AIDS vem se tornando a principal causa morbi-mortalidade para a população jovem, na faixa etária de 20 a 39 anos, perfazendo 71% dos casos notificados como AIDS ao Ministério da Saúde.

Vivemos hoje, um cenário importante para a história da AIDS, na medida em que, possibilidades vislumbram para uma maior sobrevivência das pessoas infectadas pelo HIV, através de novas técnicas terapêuticas e diagnósticas. Por outro lado, é preciso unir cada vez mais esforços entre o governo e a sociedade civil, a fim de que as ações preventivas da epidemia alcancem os grupos populacionais de difícil acesso, como os UDIS, os indivíduos que possuem baixo nível de escolaridade e, principalmente, as pessoas que se contaminaram pelas vias de transmissão heterossexual – com ênfase para a via dessa transmissão no sexo feminino. Nesse bojo, é essencial que as condições históricas e culturais a que estão inseridos estes

-
- ¹ Plano da política social neoliberal, está disposto nas seguintes características:
 - Redução de gastos públicos do Estado;
 - Privatização em suas diferentes formas
 - Seletividade (recursos para os mais pobres dos pobres)

grupos, sejam considerados fatores importantes para a adoção de quaisquer medidas de prevenção da AIDS em nossa sociedade.

5. ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DO HIV/AIDS EM MULHERES NO BRASIL: CENÁRIOS DE DESAFIOS.

A idéia predominante que associava a Aids a “grupos de riscos” tais como os homossexuais masculinos, usuários de drogas injetáveis, prostitutas e hemofílicos, foi, aos poucos, começando a ser questionada, a partir do surgimento de uma nova abordagem para definir a forma de contaminação pelo HIV/AIDS: a noção de comportamento de risco, onde todos, indiscriminadamente, independente de sua opção sexual e status social, estão suscetíveis a infecção pelo HIV.

Pois, é esse o cenário que está localizada a epidemia da AIDS no Brasil, mobilizando várias áreas do conhecimento e atingindo a todos sem distinção: homens, mulheres e crianças. Isso “se traduz no desafio que é trabalhar na prevenção e controle da epidemia, pela necessidade que se impõe de atuar na pluralidade das causas, no enfrentamento dos tabus e preconceitos, enfim, buscar-se a interdisciplinaridade das ações” (Duarte, 1996 : 1).

Nesse contexto, torna-se de suma importância tecer alguns comentários sobre a atuação do Ministério da Saúde no combate à Aids no Brasil, com enfoque para as ações de cunho preventivo.

Foi no ano de 1985, que o Ministério da Saúde estabeleceu diretrizes para implantar o Programa Nacional de Combate à Aids. É, no entanto, somente a partir de 1988 que se consolida este Programa Nacional, com a inclusão das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs).

Um dos marcos importantes do Programa Nacional de DSTs/AIDS foi a assinatura de um acordo de empréstimo com o Banco Mundial para o financiamento das ações de prevenção das DSTs/AIDS, abrangendo atividades de educação em saúde, campanhas informativas através da mídia (rádio, televisão, revistas e jornais), bem como intervenções que visam a mudanças substantivas das práticas e comportamentos sexuais de risco em segmentos populacionais específicos. Os segmentos populacionais atendidos pelas medidas preventivas do HIV/AIDS do Ministério da Saúde são os seguintes: população em situação de pobreza, população em local de trabalho, caminhoneiros, populações confinadas, população

feminina, povos indígenas, crianças, adolescentes e adultos jovens, homossexuais e forças armadas. Estratégias outras de prevenção adotadas pelo Ministério da Saúde no campo das DSTs/AIDS são os serviços de aconselhamento e testagem anônima oferecidos pelos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), e o serviço de informação gratuita nacional — Pergunte AIDS/Disque Saúde, para esclarecimentos sobre assuntos relacionados a prevenção e tratamento da infecção pelo HIV/AIDS e sobre serviços especializados de saúde.

Atualmente, encontra-se em vias de efetivar-se um novo acordo de empréstimo com o Banco Mundial. As principais propostas contidas nesse novo acordo estão calcadas no atual perfil epidemiológico das DSTs e da AIDS e nos princípios e diretrizes de governo.

É consenso entre médicos que a ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis contribuem tanto para uma maior vulnerabilidade de adquirir o vírus HIV, quanto a possibilidade de transmiti-lo. Dessa maneira, a elaboração de programas que visem a prevenção e o tratamento das DSTs, podem constituir-se importantes fatores de controle da epidemia AIDS em mulheres e homens na sociedade brasileira.

Apesar da ocorrência crescente do aumento de casos de Aids entre as mulheres na sociedade brasileira, fato observado estatisticamente desde os idos dos anos 80, foi somente no ano de 1995, que o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs)/AIDS passou a discutir de forma organizada e contínua as dimensões do problema.

No que diz respeito as campanhas de prevenção organizadas pelo Governo Federal na mídia, para mulheres, as mesmas apenas tomaram corpo ao final de 1994, e, em sua maioria, de forma questionável. Pois, "as imagens de mulheres que vêm aparecendo esporadicamente ao longo dos últimos 10 anos em propagandas governamentais, visando a educação quanto à prevenção ao vírus HIV, têm servido menos para expressar a realidade da epidemia entre as mulheres do que as ilusões e fantasias masculinas relativas à sexualidade feminina: visam o estímulo a práticas de prevenção por parte do homem" (Parker et al, 1996 : 10). Além disso, tais campanhas, em sua maioria, uniformizam suas mensagens em todo o território nacional não levando em consideração as diversidades culturais das regiões

federadas, utilizando basicamente expressões idiomáticas do sul do país — como é o caso da expressão “peru” usada para designar a genitália masculina.

Também, urgem, nesse sentido, campanhas de prevenção do HIV/AIDS para mulheres com mensagens mais realistas e endereçadas a população feminina que mantêm relações sexuais heterossexuais e monogâmicas; haja vista que mais de cinquenta por cento das mulheres soropositivas brasileiras se contaminaram pelo HIV/AIDS por essa via de transmissão.

Segundo Ivo Brito (1998 : 10), os modelos de prevenção adotados no país para prevenção do HIV/AIDS compreendem três concepções que estão intimamente relacionadas:

1º) Modelo das Crenças em Saúde - este modelo se baseia nas atitudes e crenças dos indivíduos sobre sua condição de saúde e tem como variáveis principais:

- **percepção da ameaça:** percepção da suscetibilidade e severidade da condição de saúde, que implica na capacidade subjetiva de perceber o risco de contrair uma doença e na avaliação dos recursos disponíveis médicos e sociais, bem como suas conseqüências;

- **percepção dos benefícios:** avaliações pessoais sobre os recursos disponíveis para lidar com a ameaça;

- **percepção das barreiras:** avaliação pessoal dos obstáculos existentes quanto às ações de saúde e quanto aos serviços de saúde.

A grande limitação desse modelo é o atomismo que baseia toda sua ação sobre o indivíduo, desconhecendo completamente, outros fatores que influenciam o comportamento dos indivíduos em relação a saúde, tais como os fatores socioeconômicos, as normas sociais do grupo a qual pertencem e as representações sociais sobre as formas de adoecer e morrer.

2º) Teoria da aprendizagem social - esse modelo adota uma posição similar a anterior e está direcionado para o indivíduo, mas prioriza os estágios de

aprendizagem na adoção de práticas sexuais seguras. Um dos pontos mais frágeis dessa teoria seria o fato de induzir a culpabilização e vitimização dos indivíduos e grupos “culturais” que adotam práticas sexuais de risco.

3º) A teoria da ação racional - para essa teoria a mudança de um comportamento de risco é resultado da ação individual e coletiva. Tal ação não é produto de condutas particulares entre pessoas, mas uma conduta humana que depende da ação de outros orientados a fins e valores, sendo historicamente determinada. O grande obstáculo de deslanche dessa teoria é que ela pressupõe que todo o comportamento e atitude frente a uma situação que envolve risco possui uma intencionalidade, é racionalmente assimilada e está marcada pelos valores do grupo ao qual a pessoa pertence. Por outro lado, um aspecto positivo dessa teoria seria o de avançar na relação entre a epidemiologia e a dimensão sociocultural para o trabalho de prevenção do HIV/AIDS.

Assim, esses seriam os modelos que estão mais em evidência na prática cotidiana dos profissionais de saúde que atuam no campo da prevenção às DST / HIV / AIDS. Observa-se, nesses modelos, que existe uma certa carência metodológica, pois são poucos os estudos que envolvem o cruzamento de informações epidemiológicas e os contextos culturais. Também existe uma certa carência de estudos que avaliem o impacto das estratégias de mudanças de comportamentos adotadas nos modelos de prevenção à AIDS.

A luz das medidas preventivas, homens e mulheres possuem as mesmas possibilidades e opções para não se contaminarem pela infecção do HIV: sexo não penetrativo, castidade, relações mutuamente monogâmicas, uso de condom, não compartilhamento do uso de agulhas e seringas.

Todavia, cada sociedade possui padrões de comportamentos social e cultural que estabelecem em que condições homens e mulheres podem exercer livremente sua sexualidade.

No Brasil, sabe-se que a representação social das relações de gênero reserva à construção simbólica da masculinidade certas características que propiciam ao homem um livre acesso a sua sexualidade, pensada em termos da própria

exposição do homem ao mundo. Ser homem em nossa cultura significa dispor de uma sexualidade em evidência, donde pressupõe-se uma relação de intensa intimidade com o prazer e a liberdade do seu exercício. Contraindo-se a essa cultura de ser masculino, a sexualidade feminina caracteriza-se por um exercício constante do desconhecer, do silenciar, do conformar-se, inclusive diante dos processos biológicos específicos percorridos para o desenvolvimento de seu próprio amadurecimento físico (Parker et al, 1996).

Sendo assim, falar sobre a prevenção do HIV/AIDS em mulheres, equivale a evidenciar não apenas o incentivo ao uso da camisinha, informações sobre doenças sexualmente transmissíveis, bem como formas de contaminação pelo HIV. Pois, é necessário que se discutam fatores outros que dificultam ou facilitam a infecção pelo HIV/AIDS nessa população específica, os quais sejam: valores e preconceitos ligados à sexualidade, fantasias e papéis individuais e sociais, relações sociais e de gênero.

A própria prática de sexo seguro não é algo tão simples de ser resolvida, assim como demonstram as aparências; haja vista os aspectos sócio-culturais e até econômicos que envolvem essa prática.

Um primeiro aspecto a ser assinalado sobre o tema é que o condom — é um preservativo desenhado para o sexo masculino, portanto, depende prioritariamente da vontade desse sexo para que seja utilizado. Em decorrência, o uso do condom masculino para prevenção do HIV/AIDS possibilita ao homem uma maior parcela de poder na relação sexual relativa ao seu uso; negociação está calcada em antigas desigualdades que estruturam as relações de poder e prazer entre homens e mulheres.

Nos dias de hoje, o Ministério da Saúde vem realizando pesquisas em alguns municípios brasileiros em prol do uso da camisinha feminina, a qual é denominada FEMIDOM. Tal camisinha possui origem inglesa, estando ainda em fase experimental em nosso país. Ao final das pesquisas, o Ministério da Saúde terá uma orientação de como implantar esse preservativo na rede pública de serviços de saúde; os dados coletados também vão possibilitar que seja traçado um perfil dos usuários e identificados os fatores que facilitam ou dificultam o uso do preservativo feminino pelas mulheres.

O Cabo de Santo Agostinho, situado no Estado de Pernambuco, é o único município do Norte-Nordeste a participar da pesquisa nacional sobre o uso da camisinha feminina.

A grande vantagem da camisinha feminina, seria a possibilidade de propiciar a mulher brasileira mais soberania e poder na negociação sexual com o sexo oposto.

Qualquer medida de prevenção do HIV/AIDS que incentive o uso da camisinha, seja masculina ou feminina, deve estar acompanhada de mecanismos de redução dos custos financeiros para a população em geral, além da distribuição gratuita nos serviços públicos de saúde.

A prática do sexo seguro para mulheres no contexto da Aids, envolve questões de conteúdo moral no que diz respeito as regras que permeiam o exercício da sexualidade entre homens e mulheres na cultura sexual brasileira. Por exemplo, a exigência do uso de preservativo em relacionamentos estáveis, leva a questionamentos sobre a fidelidade e moral da mulher na relação conjugal; na medida em que, quanto ao gênero feminismo, no bojo da tradicional vida sexual brasileira, cabe a mulher a prática do sexo apenas dentro dos relacionamentos de moldes estáveis e monogâmicos, sendo a prática desse mesmo ato, fora desses relacionamentos, considera ilícita e descrita como desonra. Acrescenta-se a isso, o fato de que muitas mulheres são dependentes, não só emocionalmente, como e, principalmente, economicamente em relação ao sexo oposto, o que problematiza ainda mais a exigência do uso do preservativo.

Para uma educação efetiva na prevenção da Aids, necessitamos tentar desconstruir mitos e crenças do que seja ser homem e ser mulher, além de diferenciar a sexualidade vivida daquela que é relatada (Zampieri, 1996 : 79).

Os caminhos delineados na busca de respostas a essas questões culturais, foram traçados pelo movimento feminista brasileiro, o qual incorporou a categoria gênero na literatura das Ciências Sociais.

Gênero pode ser conceituado como a construção social e histórica das relações entre os sexos. Essa categoria, se contrapõe à compreensão biologicista que explica

o papel da inferioridade social da mulher em função de seu lugar na reprodução biológica. Dessa forma, a análise de gênero postula que a submissão da mulher ao longo da história tem causas históricas e sociais definidas e que, portanto, é possível e desejável um processo de igualdade emancipatório ao homem em todas as esferas da vida (Barbosa, 1997 : 36).

Cabe aos programas de prevenção do HIV/AIDS em mulheres no Brasil, a incorporação em suas premissas da categoria de análise gênero. Pois, o diálogo com essa categoria permitirá a operacionalização de ações preventivas mais eficazes, ao passo que, é fundamental criar-se um movimento que fale do prazer e da vida, da liberdade e igualdade de exercício pleno da sexualidade para homens e mulheres, mesmo em face dos perigos que norteiam as práticas sexuais em tempos de Aids.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudos epidemiológicos recentes apontam para mudanças substanciais no quadro epidêmico da Aids na sociedade brasileira. Dentre outras mudanças, cita-se a pauperização e interiorização da epidemia, a incidência crescente de novos casos de AIDS entre os usuários de drogas injetáveis, e, principalmente, a redução da participação dos homossexuais em contraposição ao aumento progressivo de casos de AIDS entre a subcategoria de exposição heterossexual com enfoque para a ocorrência progressiva e crescente dos casos novos de AIDS na população do sexo feminino.

Dado a complexidade dos aspectos que envolvem a rede de transmissão da AIDS, faz-se necessário estudos e ações interdisciplinares que possam contemplar uma abordagem coletiva da epidemia, seja no nível das técnicas terapêuticas e diagnósticas ou, e, prioritariamente, no nível das ações preventivas. Pois, mesmo considerando os aspectos sócio-econômicos da epidemia, as principais estratégias de prevenção do HIV/AIDS adotadas no Brasil baseiam suas ações fundamentalmente na mudança de comportamento individual e/ou global; cabe, no entanto, que os programas desse gênero, para além de uma abordagem centrada apenas no indivíduo, compreendam no tempo e no espaço a diversidade de fatores sociais, culturais, biológicos e epidemiológicos, que contribuem para a propagação da epidemia em nosso país.

É nesse contexto que falar sobre prevenção do HIV/AIDS em mulheres, no Brasil, significa muito mais do que adotar medidas de incentivo do uso de camisinha, ou esclarecimentos sobre formas de contaminação do HIV e práticas sexuais mais seguras. Pois, faz-se necessário que tais medidas de prevenção sejam acompanhadas de uma maior articulação com os programas de saúde da mulher, bem como de uma adequada assistência pré-natal — diminuindo assim, os riscos da infecção vertical da AIDS (mãe-filho). Mas, sobretudo, para além das decisões políticas de saúde pública, é urgente que as estratégias de prevenção do HIV/AIDS para mulheres, no Brasil, adotem e tornem evidentes as discussões sobre necessidades de mudanças concernentes ao relacionamento homem/mulher, num diálogo constante com a categoria gênero, a fim de desmistificar os mitos, crenças e

valores estigmatizantes sobre a mulher que estão presentes no contexto da tradicional cultura sexual brasileira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA, Regina Helena Simões. Aids e gênero: representações de risco entre mulheres de uma comunidade favelada no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 5, nº 1, 1997.

BERER, Marge. **Mulheres e HIV/AIDS**: um livro sobre recursos internacionais: informação, atividades e materiais relativos às mulheres e HIV/AIDS, saúde reprodutiva e relações sexuais. Tradução de Anita O. Natividade e Miriam Botassi. São Paulo: Brasiliense, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Aids no Brasil**: um esforço conjunto Governo-Sociedade. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 106 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico - Aids. Brasília, Semana Epidemiológica de Dezembro/1997 a Fevereiro/1998.

BRITO, Ana Maria de. **Aids - Uma abordagem biopsico-social**, Aids: mitos e verdades, texto mimeo, agosto/1998.

BRITO, Ivo. Desafios da prevenção do HIV/AIDS no contexto transcultural. Ministério da Saúde. Incidência Média de Aids por unidade da federação e período de diagnóstico. Brasil, 1980 a 1997. Boletim Epidemiológico - Aids. Brasília, março/maio, 1998.

CASTILHO, Euclides A; CHEQUER, Pedro. A epidemia da Aids no Brasil: situações e tendências. In: Brasil. Ministério da Saúde. **A epidemiologia da Aids no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

COHN, Amélia. Considerações acerca da dimensão social da Epidemia de HIV/AIDS no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. **A epidemiologia da Aids no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

DHÁLIA, Carmem de B. C. Monitoração das doenças associadas a Aids. Recife, 1998. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Fundação Oswaldo Cruz/Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Departamento de Estudos em Saúde Coletiva, 1998.

DUARTE, Maria do Socorro Machado. Aids e gênero: na união conjugal - a história das mulheres. Recife, 1996. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, 1996.

MANN, Jonathan; TARANTOLA, Daniel J. M.; NETTER, Thomas W. (Orgs.). A Aids no mundo. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará, 1993. 321 p. (História Social da Aids, n. 1).

ONUSIDA - La Epidemia de Sida: Situación en diciembre de 1998.

PACHECO, Larissa. Cabo convoca mulheres para testar preservativos. Jornal do Commercio, Recife, 12 de outubro de 1998. Cidades. p. 3

PARKER, Richard; GALVÃO, Jane (Orgs.). Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará, 1996. 206 p. (História Social da Aids, n. 7).

_____. et al (Orgs.). A Aids no Brasil (1982-1992). 2. ed. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará, 1994. 360 p. (História Social da Aids, n. 2).

PERNAMBUCO, Secretaria de Saúde do Estado. Dados epidemiológicos Aids, novembro. 1998.

SOB medida para mulheres. Folha de São Paulo. São Paulo, 2 març. 1998, p. 5, Folhateen.

SCOTT, J. Gênero: Uma categoria útil para análise histórica. SOS Corpo. Recife, 1991.