

REGINA RODRIGUES DE MORAIS

UM OLHAR SOBRE A FEMINIZAÇÃO DA AIDS NO BRASIL

Goiânia, 2006

REGINA RODRIGUES DE MORAIS

UM OLHAR SOBRE A FEMINIZAÇÃO DA AIDS NO BRASIL

Dissertação apresentada ao Programa Multiinstitucional de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Convênio Rede Centro-Oeste (UnB,UFG,UFMS), como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Luíza Lima Sousa.

Goiânia, 2006

M 827 MORAIS, Regina Rodrigues.

Um Olhar sobre a Feminização da AIDS no Brasil / Regina Rodrigues Moraes. Goiânia, 2006.

99.:il.; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Programa Multidisciplinar de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Rede Centro-Oeste (UnB/UFMG/UFMS), 2006.

1.AIDS 2.Feminização 3.Gênero. I. Título.

CDU 616.98-056.263

REGINA RODRIGUES DE MORAIS

UM OLHAR SOBRE A FEMINIZAÇÃO DA AIDS NO BRASIL

Dissertação apresentada e aprovada em 22/06/2006 pela Banca Examinadora constituída por :

Profª Drª. Ana Luíza Lima Sousa
Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás
Presidente e Orientadora

Profª Drª. Maria Alves Barbosa
Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás
Membro Efetivo

Profª Drª. Dais Gonçalves Rocha
Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás

Prof. Dr. Marcelo Medeiros
Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás
Membro Suplente

À minha mãe, Rosinda da Silva Moraes, mulher sábia que, por sua conduta, me ensinou a ter resistência ante as adversidades da vida, pela paciência com que cuidou de tantos ao seu redor e pela sabedoria transparente em seus gestos que só com o tempo pude apreender.

Ao meu filho, João Paulo Rodrigues Macedo, companheiro do dia-a-dia, que, com sua pouca idade, me fortalece quando as forças parecem se esgotar e me ensina a ter esperança no futuro.

MUITO OBRIGADA.

À Coordenação do Programa Multidisciplinar de Pós-Graduação em Ciências da Saúde UnB/UFG/UFMS, nas pessoas do Dr. Celmo Celeno Porto e Valdecina Rodrigues.

À minha orientadora, Dra. Ana Luíza Lima Sousa, pelo acolhimento da proposta, pela compreensão e solidariedade constantes ante as circunstâncias de uma dinâmica de estudo atropelada pelas responsabilidades da vida doméstica e da luta pela sobrevivência cotidiana.

À Dra. Dais, por aceitar participar da banca e pelo cuidado e elegância com que teceu suas observações sobre o trabalho.

À Dra. Maria Alves, pelas críticas oportunas.

À minha mãe, às minhas irmãs, Rosa e Márcia, e a meus irmãos Rafael, Odilon e Reginaldo.

Aos meus queridos tios João e Liu, que me deram carinho, apoio e suporte necessários no dia-a-dia.

Ao meu sobrinho Pedro Paulo, sempre alegre e solidário, pronto para atender a quaisquer de meus chamados.

Às amigas e amigos que em momentos distintos foram singulares com suas presenças: Zilah, pela força impulsora; Kemle, pelo exemplo e inspiração; Elô, pelo companheirismo e alegria; Marta Alves, querida Martinha, pelo envolvimento prático, solidariedade e entusiasmo; Maria Cláudia, pela cumplicidade e amizade.

Às amigas Gelva, Mona, Irene e minha prima Lena, pela torcida sincera

Ao Dr. Libânio e à Dra. Eleusa, que foram meus padrinhos no início desse desafio.

Aos colegas e professores do Mestrado em Goiânia e Brasília, pela oportunidade da convivência e do aprendizado.

E a Estelizabel, por acreditar no meu saber e me encorajar a encontrar a direção tantas vezes perdida, pela confiança revelada com amor, amizade, solidariedade e carinho, e por ser minha companheira em todo esse trajeto.

No meio do caminho tinha uma pedra
tinha uma pedra no meio do caminho
tinha uma pedra
no meio do caminho tinha uma pedra.

Nunca me esquecerei desse acontecimento
na vida de minhas retinas tão fatigadas.
Nunca me esquecerei que no meio do caminho
tinha uma pedra
Tinha uma pedra no meio do caminho
no meio do caminho tinha uma pedra.

No meio do caminho - Carlos Drummond de Andrade

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|----|
| FIGURA 1 – Número estimado de adultos e crianças vivendo com HIV em 2005, em todos os continentes.UNAIDS/2004..... | 17 |
| FIGURA 2 - Distribuição do número de preservativos consumidos no país, no período de 2000 a 2003, por comercialização e distribuição pública..... | 52 |
| FIGURA 3 - Estimativa da proporção de gestantes infectadas pelo HIV segundo a macrorregião. Brasil 1988..... | 69 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| TABELA 1 - Casos de AIDS segundo UF e região de residência por ano de diagnóstico. Brasil,1980-2004..... | 57 |
| TABELA 2 - Casos de AIDS (número e percentual) em indivíduos com 19 anos de idade ou mais, segundo escolaridade por sexo e ano de diagnóstico. Brasil,1980-2004..... | 59 |
| TABELA 3- Casos de AIDS (número e taxa por 100.000 hab.), segundo ano de diagnóstico por sexo. Brasil,1980-2004..... | 61 |
| TABELA 4 - Óbitos por AIDS (número e taxa por 100.000 hab.) segundo o ano do óbito e sexo. Brasil 1983-2003..... | 63 |
| TABELA 5 – Casos de AIDS (número e percentual) na categoria de exposição transmissão vertical, segundo idade, por ano de diagnóstico. Brasil 1983-2004..... | 68 |

LISTA DE SIGLAS

AIDS- *Acquired immune deficiency syndrome* (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)

AZT- Azidothymidime

ACT UP: AIDS Coalition to Unleash Power

ARV- Antiretroviral

BIRD- Banco Mundial

CDC- Centers for Disease Control and Prevention

CNAIDS – Comissão Nacional de AIDS

HIV- *Human immunodeficiency virus* (Vírus da Imunodeficiência Humana)

MS – Ministério da Saúde

ONU- Organização das Nações Unidas

ONG- Organização Não-Governamental

OPAS- Organização Pan-Americana da Saúde

OMC- Organização Mundial do Comércio

OMS- Organização Mundial de Saúde

PN/DST/AIDS- Programa Nacional de DST/AIDS

SINAN- Sistema Nacional de Notificação

SISCEL- Sistema de Controle de Exames Laboratoriais

SIM- Sistema de Informação sobre Mortalidade

SUS - Sistema Único de Saúde

TRIPS - Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights

UNAIDS-Joint United Nations Programme on HIV/AIDS/Programa Conjunto das Nações Unidas em HIV/AIDS

RESUMO

No Brasil, a AIDS completa vinte e cinco anos desde a descrição dos primeiros casos e continua a ser um tema contemporâneo e de extrema relevância. Os primeiros casos de AIDS estavam associados a homossexuais masculinos e usuários de drogas injetáveis. Esse perfil vem sofrendo mudanças. A transmissão por via heterossexual cresceu e é entre a população feminina que ela mais cresce. Este estudo tem como objetivo identificar e analisar as respostas do Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde ante a feminização da epidemia no Brasil. Trata-se de uma pesquisa documental, realizada através de documentos oficiais, publicações de agências mundiais e produções científicas. O resultado do estudo aponta que, efetivamente, o Programa Nacional de DST/AIDS vem desenvolvendo iniciativas para estruturar ações que inibam a transmissão vertical, ou seja, da mulher gestante para a criança. Ao analisar os dados referentes ao crescimento da epidemia entre as mulheres, conclui-se que não têm sido estruturadas respostas coordenadas, articuladas e sustentáveis que incorporem uma perspectiva de gênero. O perfil da epidemia sugere que as iniciativas dirigidas à proteção contra o risco de HIV/AIDS, na população feminina, precisam considerar a feminização da AIDS, no contexto das relações de gênero e das políticas públicas, como desafio central para seu redimensionamento.

Palavras-chave: AIDS, feminização, gênero.

ABSTRACT

In Brazil, AIDS completes twenty and five years since the description of the first cases and continues to be a contemporary subject and of extreme relevance. The first cases of AIDS were associate to masculine homosexuals and injectable drugs users. This profile comes suffering changes. The transmission by heterosexual relation increased and it increases much more between the feminine population. This study aims to identify and to analyze the answers of the National Program of STD/AIDS of the Health Department front the feminization of the epidemic in Brazil. It is a documentary research, carried out through official documents, publications of world-wide agencies and scientific productions. The result of the study points that, effectively, the National Program of STD/AIDS comes developing initiatives to structuralize actions that inhibit the vertical transmission, that is, of the pregnant woman for the child. When analyzing the referring data to the increase of the epidemic between the women, conclude that don't have been structuralized co-ordinated, articulated and sustainable answers that incorporate a gender perspective. The profile of the epidemic suggests that the initiatives directed to the protection against the HIV/AIDS risk, in the feminine population, need to consider the feminization of the AIDS in the context of the gender relations and the public politics as central challenge for review this question.

Word-keys: AIDS, feminization, gender.

SUMÁRIO**LISTA DE FIGURAS****LISTA DE TABELAS****LISTA DE SIGLAS****RESUMO****ABSTRACT**

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 01 |
| 2 OBJETIVO | 04 |
| 3 PERCURSO METODOLÓGICO..... | 05 |
| 4 RESGATE HISTÓRICO..... | 08 |
| 4.1 A origem da AIDS..... | 08 |
| 4.2 A AIDS no mundo | 12 |
| 5 POLÍTICAS PÚBLICAS GLOBAIS RELATIVAS À AIDS..... | 18 |
| 5.1 Política de gênero..... | 27 |
| 6 A AIDS no Brasil | 37 |
| 6.1 Políticas públicas relativas à AIDS no Brasil | 41 |
| 6.2 O perfil da epidemia no Brasil | 54 |
| 7 FEMINIZAÇÃO DA AIDS NO BRASIL..... | 65 |
| 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 77 |
| REFERÊNCIAS..... | 80 |
| ANEXOS | 86 |

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a descrição dos primeiros casos da *Acquired immune deficiency syndrome* (AIDS), em português Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, completou vinte e cinco anos. Este continua sendo um tema contemporâneo e relevante, que tem ocupado lugar de destaque nas revistas e nos jornais mais importantes do país. É uma realidade mundial que vem se alastrando de modo expressivo nas regiões mais pobres do planeta e contribui para o agravamento da pobreza.

Diferentemente dos primeiros anos, quando a população homossexual/bissexual masculina constituía quase a totalidade dos casos, observou-se, na última década, uma mudança na dinâmica da epidemia no Brasil. A via heterossexual passou a ser o principal modo de transmissão do *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), na denominação portuguesa Vírus da Imunodeficiência Humana. Conseqüentemente, a freqüência de casos entre mulheres cresceu consideravelmente e a feminização da AIDS, como alguns autores denominam o crescimento da epidemia entre as mulheres, vai se consolidando.

A oportunidade de desenvolver este estudo teórico veio proporcionar não apenas uma *viagem* ao mundo fascinante do conhecimento, mas também reflexões profundas sobre o tema pesquisado, com o qual tenho desenvolvido grande identificação.

Vários foram os motivos que me incentivaram a ter uma maior aproximação com as questões relativas à AIDS e à feminização da epidemia, não somente no exercício da profissão, mas também na trajetória pessoal. O interesse foi despertado nos tempos da Graduação e se fortaleceu na Especialização em Saúde Pública, propiciando minha inserção nos serviços públicos de saúde. Neste sentido, foi importante a oportunidade de participar de experiências inovadoras no trabalho desenvolvido no Programa de Saúde da Mulher, da Prefeitura Municipal de São Paulo, no período de 1989 a 1993. Estive presente em todo o processo de estruturação e implantação das ações na área da saúde da mulher.

Na Secretaria de Saúde do Município de Goiânia, participei da gestão da Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS (DST/AIDS), no período de 2001 a 2004. Integrei também a equipe técnica da Unidade Desenvolvimento Humano e

Institucional do Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde (PN/DST/AIDS/MS), em 2005.

A experiência na área da saúde da mulher veio de minha participação como educadora em saúde no Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde (CFSS)¹. E o meu primeiro contato com a AIDS foi em 1988, quando ela ainda não parecia ameaçar a vida das mulheres. Buscávamos, então, maiores informações sobre medidas de prevenção contra as doenças sexualmente transmissíveis e a AIDS, que fossem capazes de dar mais eficiência às atividades ambulatoriais e educativas desenvolvidas. Esse movimento nos fez encontrar os limites das ações educativas e informativas e, ao mesmo tempo, alargou-nos a visão sobre a epidemia e, especialmente, sobre a forma como ela estava configurada no imaginário social. Assim, a nova visão sobre a AIDS surgiu de uma atuação política no campo feminista e na sociedade civil organizada para o enfrentamento da epidemia.

Em 1990, na Argentina, foi promovido pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) o primeiro encontro com feministas que trabalhavam com saúde para discutir a importância do envolvimento dos grupos de mulheres na luta contra a AIDS.

Em 1991, em São Paulo, numa parceria entre o Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo (SES/SP) e a organização não-governamental (ONG) Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde foi realizado o primeiro Seminário Mulher e AIDS². O objetivo do Seminário era estabelecer uma estratégia política e de saúde pública para o enfrentamento da epidemia. Embora em 1991 os números ainda não fossem alarmantes, já havia evidência epidemiológica suficiente para prever que a AIDS caminharia muito rapidamente em direção às mulheres.

As motivações geradas por questões pessoais foram fortalecidas pela realidade encontrada na atuação profissional, despertando em mim o interesse em estudar e melhor compreender a feminização da AIDS.

¹ Organização não governamental, fundada em 1981, na cidade de São Paulo, voltada para a defesa dos direitos da mulher com foco no desenvolvimento de ações educativas e ambulatoriais de prevenção e assistência à saúde da mulher. O CFSS tornou-se uma importante referência para grupos de mulheres, profissionais de saúde e pesquisadores atuantes na área da saúde da mulher.

² Em São Paulo, no ano de 1991, foi realizado o primeiro seminário sobre Mulher e AIDS, por iniciativa de Regina Maria Barbosa (médica ligada ao Núcleo de Investigação em Saúde da Mulher, do Instituto de Saúde) e Regina Rodrigues de Moraes (nutricionista e militante do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde), com apoio da Prefeitura Municipal. No mesmo ano, por iniciativa das mesmas feministas, foi realizada uma oficina sobre sexo seguro durante o Encontro Nacional Feminista em Caldas Novas-GO. (VILELA, 1996).

O recorte da feminização da epidemia foi se configurando como uma espécie de síntese de uma trajetória profissional e de participação política. Portanto, as inquietações acerca do fenômeno emergiram desses lugares e aqui está refletido o olhar de quem se percebe compartilhando da construção da política de enfrentamento ao processo de feminização da AIDS no âmbito da sociedade civil organizada e no campo da gestão pública governamental.

É dessa perspectiva que ousou problematizar as respostas e ações de saúde pública que o Programa Nacional de DST/AIDS vem dando à feminização da epidemia da AIDS no Brasil.

O que se coloca como desafio neste estudo é a compreensão da forma como a AIDS foi assumida como problema de saúde pública e o modo como evoluíram as estratégias oficiais para o enfrentamento da epidemia e, mais particularmente, ao seu processo de feminização.

Quanto à estrutura, essa dissertação apresenta, no primeiro momento, as motivações para a realização deste estudo e o que nele se coloca como desafio. Em seguida, explicitam-se o objetivo do trabalho e o percurso metodológico realizado no processo investigativo.

No momento seguinte, para fazer um resgate histórico da origem da AIDS e de sua configuração no mundo, foi feita uma revisão da literatura, especialmente dos documentos oficiais e estudos sobre o tema objeto desta investigação.

Finalmente, nas considerações finais, foram apresentados, a título de conclusão, elementos para a reflexão sobre o redimensionamento das estratégias utilizadas no desenvolvimento das políticas públicas voltadas para o enfrentamento do processo de feminização da AIDS.

2 OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo identificar e analisar as respostas do Programa Nacional de DST/AIDS (PN/DST/AIDS) à feminização da epidemia no Brasil.

Partiu-se do pressuposto de que o Programa não tem respondido de forma eficaz às urgências e às especificidades do processo de feminização da AIDS, mesmo sendo reconhecido em fóruns internacionais como exemplo no combate à epidemia.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

O objeto deste estudo exigiu uma abordagem qualitativa, uma vez que esta modalidade permite uma maior aproximação com as situações cotidianas e com as experiências vividas pelos próprios sujeitos (MINAYO, 1993).

Desenvolveu-se, então, uma pesquisa documental que, segundo Gil (2002, p.45), “[...] vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa”. Para este autor, a pesquisa documental apresenta uma série de vantagens: os documentos constituem fonte rica e estável de dados e, como subsistem ao longo do tempo, tornam-se a mais importante fonte de dados em qualquer pesquisa de natureza histórica, além de ser de baixo custo.

Este tipo de pesquisa também apresenta limitações como a não-representatividade e a subjetividade dos documentos. Por isso é importante que o pesquisador considere as mais diversas implicações antes de formular uma conclusão definitiva. Em relação a essa questão, vale lembrar ainda que pesquisas elaboradas com base em documentos são importantes não porque respondem definitivamente a um problema, mas porque proporcionam melhor visão desse problema ou, então, formulam hipóteses que conduzem sua verificação por outros meios (GIL, 2002).

Este estudo foi realizado com base em levantamento de informações, prioritariamente, nos documentos elaborados e divulgados pelo Ministério da Saúde, tais como: portarias, leis, normas técnicas, boletins epidemiológicos, diretrizes e estudos pertinentes ao tema pesquisado. Foram utilizadas também publicações das agências das Nações Unidas, sobretudo aquelas com atividades direcionadas para HIV/AIDS.

Dentre os documentos do Ministério da Saúde recorreu-se mais frequentemente ao Boletim Epidemiológico de AIDS do período de 1998 a 2004. Esta é uma publicação produzida a partir de dados transferidos das secretarias estaduais de saúde ao Setor de Produção do DATASUS do Ministério da Saúde. No Boletim são demonstrados os casos notificados de AIDS e sífilis congênita no Brasil e os resultados são apresentados por

estado e região, considerando variáveis como sexo, idade e categorias de exposição. Mereceu destaque o Boletim da Semana Epidemiológica (49/99 a 22/00 – Dezembro /1999 a junho de 2000). A forma de enxergar a realidade vai sendo expressa nas suas várias edições e é sobre esses olhares que este estudo se debruça para apreender a feminização da epidemia e como ela figura nas análises dos indicadores referentes ao período de 1998 a 2004.

Destacam-se também as seguintes portarias e leis como documentos relevantes para o processo de construção da política nacional de AIDS:

- Portaria nº 236, de 2 de maio de 1985 – Estabelece as diretrizes para o programa de controle da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) no âmbito do território nacional (ANEXO B).
- Portaria nº 726, de 5 de novembro de 1985 – Credencia o Centro de Referência Nacional para AIDS (ANEXO C).
- Portaria nº 199, de 25 de abril de 1986 - Cria a Comissão de Assessoramento em AIDS, cujo caráter é técnico-consultivo (ANEXO D).
- Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986 – Dispõe sobre o Sistema de Vigilância Epidemiológica e dá outras providências, ficando incluídas na relação de notificação compulsória a AIDS e a Sífilis Congênita (ANEXO E).
- Portaria nº 721, de 9 de agosto de 1989 – Aprova normas técnicas para a coleta, processamento e transfusão de sangue, componentes e derivados (ANEXO F).
- Portaria nº 1.376, de 19 de novembro de 1993 - Aprova alterações na Portaria nº 721/GM, de 9 de agosto de 1989 (ANEXO G).
- Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996 - regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências (ANEXO H).
- Portaria nº 1.100, de 24 de maio de 1996 – Constitui objeto de notificação compulsória a AIDS (ANEXO I).
- Portaria nº 993, de 4 de setembro de 2000 – Altera a lista de doenças de notificação compulsória e dá outras providências (ANEXO J).

- Portaria nº 2.104, de 19 de novembro de 2002 – Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Projeto Nascer-Maternidades (ANEXO L).
- Portaria nº 822 de 27/06/2003 – Inclui na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) testes rápidos para triagem de Sífilis e/ou HIV.

Foram analisadas também as Estratégias e Diretrizes para a Prevenção das DST/AIDS entre Mulheres (ANEXO N) do Programa Nacional de DST/AIDS.

A consulta aos documentos governamentais e artigos que apresentam dados sobre o tema da AIDS representou um grande desafio para a realização deste estudo, pois há um grande volume de informações não homogêneas e que por vezes se contradizem. Essas fontes e alguns autores que há muito vêm se dedicando ao estudo desta temática subsidiaram a construção da narrativa dos fatos históricos. Colaboraram, assim, para uma remontagem do cenário sociocultural e político no qual se desenvolvem as respostas do PN/DST/AIDS à feminização da epidemia, que são relevantes para a contextualização do questionamento proposto neste trabalho.

4 RESGATE HISTÓRICO

Nesta seção, procurou-se recuperar, de modo sucinto, a história da origem da AIDS e examinar a forma como a epidemia tem se configurado no mundo. Serviram como fontes de informação documentos oficiais e estudos de pesquisadores que há muito vêm se dedicando ao tema da AIDS.

4.1 A origem da AIDS

As primeiras notícias sobre a AIDS vieram dos Estados Unidos da América (EUA), onde homens jovens morriam de forma inusitada, combinando raros cânceres com pneumonias comuns. Eram descritos em estado de diminuição dos recursos orgânicos, mobilizados para manter o corpo imune às infecções. Chamou-se a esse agravo *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS), aqui Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. Enquanto se procurava uma explicação para seu surto, a epidemiologia da doença apontava para uma quase exclusiva incidência entre os homossexuais masculinos. Esse dado seria fundamental para a busca de uma ligação intrínseca entre a homossexualidade e a AIDS. Antes mesmo de ser fixada a sigla AIDS, foi proposta a sigla GRID, *imunodeficiência de caráter gay*, tal era a percepção do vínculo entre homossexualismo e AIDS (PARKER, 1994).

Os primeiros casos conhecidos de AIDS ocorreram nos EUA, no Haiti e na África Central. Em 1981, foi identificado o primeiro caso de AIDS nos EUA. Na ocasião, os segmentos da população atingidos se concentravam nos grandes centros urbanos e eram constituídos principalmente de homossexuais. Nesse período a mídia era a única fonte de informação e chamava a nova doença de *Câncer Gay* ou *Peste Gay*. Gradativamente a população afetada pela doença foi se ampliando: usuários de drogas injetáveis e indivíduos expostos a sangue e hemoderivados contaminados. Em 1982, os *Centers for Diseases Control and Prevention* – Centros de Controle de Doenças (CDC), dos EUA, denominaram a nova doença de *Acquired immune deficiency syndrome* (AIDS) (PINEL; INGLES, 1996).

A primeira definição da doença, elaborada no CDC em 1982, enfatizava a sua letalidade e incluía doenças indicativas de AIDS, pois ainda não se conhecia a etiologia da doença. Na mesma definição já aparece o termo *grupo de risco*³, conhecido como os 4H – homossexuais, haitianos, heroinômanos, hemofílicos. Eis a definição preliminar de um caso de AIDS feita pelo CDC:

[...] doença, pelo menos moderadamente preditiva de defeito da imunidade celular, ocorrendo em pessoa sem causa conhecida para uma resistência diminuída a essa doença. Essas doenças são o sarcoma de Kaposi (SK) e a pneumocistose “*Pneumocystis carinii* pneumonia (PCP)”. (CAMARGO Jr., 1994, p. 87).

Sem o conhecimento da causa da doença, pertencer a um grupo de risco era o critério central para que um caso clínico parecido com AIDS fosse ou não classificado como tal. No caso dos homossexuais esse padrão causou um acirramento da homofobia.⁴ Sobre isso reflete Rovey (1994):

Assim como a lepra, a tuberculose, a gripe espanhola, o genocídio de Judeus, surge a AIDS. Uma doença, a princípio, conhecida como peste gay que carregava em seu bojo o símbolo da marginalidade, da vergonha, do castigo, da promiscuidade e da morte. Além se sua história natural enquanto doença epidêmica, a AIDS tem se caracterizado como uma síndrome do preconceito, excluindo todos aqueles que foram atingidos pelo vírus [...] um perverso vírus ideológico, que criam além da doença um vasto conjunto de reações sociais de pânico, ignorância, preconceito, violência e discriminação. (ROVERY, 1994, p. 332).

A emergência do preconceito dirigido aos grupos de risco e seu conseqüente isolamento produziram reações. Nos Estados Unidos, onde o movimento *gay* tinha uma tradição de luta política, o impacto da ação ativista anti-AIDS se fez sentir desde o

³ Grupo de risco - termo clássico que se refere a grupos específicos. Com relação à AIDS foram definidos: homossexuais masculinos, prostitutas, usuários de drogas endovenosas e receptores de transfusões ou hemoderivados. Como se verá no estudo, o termo produziu preconceito em relação a estas populações e retardou a efetivação das políticas públicas (CAMARGO Jr., 1994).

⁴ Repúdio e preconceito velado ou explícito pela homossexualidade. Na história ocidental a homossexualidade foi sempre considerada crime, pecado e doença e só recentemente foi retirada do catálogo de doenças mentais. A discriminação, às vezes expressa também com violência física, a incompreensão e a dificuldade de tratar o assunto são algumas das variedades da homofobia (PARKER, 1994).

momento inicial. Grupos soropositivos fizeram substituir a equação *AIDS=a Morte* por *Silêncio=a Morte* e *Ação=a Vida*. Através do ativismo pressionaram os laboratórios por mais pesquisas e pela liberação de drogas terapêuticas (PARKER, 1994).

O isolamento do vírus causador da doença era uma informação importante para o enfrentamento da epidemia e provocou uma disputa entre pesquisadores americanos e franceses, que se acirrou em 1984. O pesquisador Luc Montagnier, em 1983, na França, isolou o agente etiológico da AIDS e o denominou de LAV (*Lymphadenopathy Associated Virus*). Meses depois, nos EUA, Robert Gallo anunciava a mesma descoberta, nomeando o agente etiológico de HTLV-III (*Human T-lymphoma Virus*). Em 1985, se concluiu que a AIDS é a fase final da doença causada por um retrovírus e que o LAV e o HTLV III são o mesmo vírus, que passou a ser chamado de HIV.⁵ Em 1988, ocorreu a primeira publicação consensual de Gallo e Montaigner acerca do agente etiológico, agora denominado *Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)* (LIMA,2002).

Em todos os momentos da história da AIDS o elo entre a homossexualidade e a doença aparecerá e em vários campos na epidemiologia, na clínica, no julgamento moral, na opinião pública, nas pesquisas [...] Este elo, porém, não liga índices estatísticos a objetos passivos, mas antes a comunidades vivas que se organizaram para reagir à AIDS e descobriram formas novas de atuar multiplamente diante da epidemia; em face da transmissão, da progressão da doença, do luto, das perdas, da pressão para mais pesquisas e liberação de drogas terapêuticas. (PARKER, 1994, p. 15).

Com a definição e o isolamento do HIV como agente etiológico da AIDS, a prova laboratorial passou a ser fundamental para a definição do caso, diminuindo, assim, a importância do critério epidemiológico do grupo de risco (PARKER, 1997).

Duas décadas após a explosão da epidemia, sua origem permanece uma incógnita para a ciência. Embora existam suposições acerca de seu surgimento, o consenso é que as informações processadas não são suficientes para determinar sua gênese. Admitindo-se a

⁵ “HIV é um lentivírus composto de genoma de RNA envolto em, proteína viral e membrana celular. Infecta células portadoras da membrana de superfície CD4. Isso significa primordialmente o subconjunto de células do sistema imunitário que ajudam as outras em suas tarefas, incluem ainda uma grande variedade de outras células, dos sistema imune ou intestino e cérebro. Uma vez dentro da célula o vírus transcreve os seus genes de RNA em DNA que se podem então ligar o genes da própria célula. Em dado momento, fará cópia do seu genes, dirige a célula a fazer as proteína de que precisa e replica-se a si mesmo” (OLIVER apud PARKER, 1994, p. 49).

hipótese de que o vírus precursor tenha passado de primatas para o ser humano, permanece sem explicação o mecanismo pelo qual isso teria ocorrido.

No que concerne à AIDS, há que se considerar mais de um agente viral HIV, muito semelhantes aos vírus da imunodeficiência simiana. Assim sendo, embora os primeiros óbitos atribuíveis a essa causa possam ter ocorrido nos anos 1950, acredita-se que a infecção tenha surgido nas regiões africanas central e oriental, uma vez que ali teve início sua maior freqüência e onde a infecção de primatas ocorre na natureza. [...] O mecanismo graças ao qual isso possa ter ocorrido, não está ainda esclarecido. [...] a aparente benignidade da infecção por SIV entre primatas, contrastando com a extrema virulência da AIDS humana. (FORATTINI, 1993, p. 77).

Segundo Gallo (1991), a epidemia teria começado pela passagem do vírus simiano para o homem nas condições habituais de vida na África. Outra explicação é apresentada por Montagnier (1994), para quem a epidemia atual poderia resultar de aliança entre os HIV africanos, pouco virulentos, e micoplasmas americanos selecionados pelo uso dos antibióticos. Para o médico e pesquisador francês, Mirko Grmek (1995), não existe vírus patogênico totalmente novo. Ele vem de um ancestral que devia ter características genéticas vizinhas e perpetuou-se em algum lugar, numa população humana ou animal. Esse ancestral não era, necessariamente, patogênico ou era muito pouco em relação à população animal ou humana original.

A pandemia, que hoje grassa, resulta da sobreposição de, pelo menos, duas epidemias diferentes, provocadas por dois germes distintos: HIV-1 e HIV-2. São parentes colaterais, pois as seqüências de seus genomas são tais que um não pode ser descendente do outro. A epidemia causada pelo HIV-2 teria, com certeza, passado despercebida se a gravidade da primeira não tivesse aguçado o olho clínico dos médicos e orientado as pesquisas dos virologistas. Essa segunda epidemia esteve, no início, circunscrita a um foco apenas, na África oriental, enquanto a disseminação mundial do HIV-1 partiu de três focos identificados: um na África central e outros dois no litoral da América do Norte. A origem do HIV-2 é, com certeza, africana. O problema da origem do HIV-1 continua ainda indefinido. As pesquisas recentes na África não trazem qualquer fato que demonstre, de maneira irrefutável, o caráter antigo da infecção por cepas virulentas do HIV-1 naquele continente. (GRMEK, 1995, p. 88).

Para Grmek (1995), o *big bang* da AIDS, situado em meados do século passado, não foi um evento de curta duração, ao contrário, trata-se de um processo que se desenvolveu ao longo do tempo e, nos anos 70, ultrapassou um limiar crítico. Neste sentido, considera que o aparecimento da AIDS é um acontecimento cuja explicação não pode ser nem exclusivamente biológica, nem exclusivamente social. Os dois grupos de fatores atuaram e a epidemia resulta, justamente, da interação entre ambos. A origem da AIDS ainda desperta interesse e continua a ser objeto de investigação nos grandes centros de pesquisa de países desenvolvidos.

O mito da origem da AIDS revela muito mais que o esforço em descobrir a causa de seu surgimento. Uma epidemia, entendida como fenômeno social, mobiliza comunidades a revelar comportamentos que, ao mesmo tempo, são produtos dos valores sociais e modos de compreensão do evento e ainda os reproduzem. Seu caráter público e sua intensidade dramática fazem com que as epidemias, antigas e modernas, constituam um espaço de entendimento das relações entre ideologia, estrutura social e a construção de respostas ao fenômeno.

4.1 A AIDS no mundo

A AIDS se caracteriza como uma epidemia, em que a via sexual, mesmo a heterossexual sem proteção, é a sua forma mais importante de transmissão, atingindo em especial os países em desenvolvimento. Esse quadro altera profundamente o panorama inicial da doença, quando a transmissão se dava, predominantemente, por relações homossexuais sem proteção e pelo uso de drogas endovenosas.

A doença configura um dos principais problemas de saúde pública para as próximas décadas. Estimativas globais fundamentadas em recentes pesquisas mostram que cerca de 40 milhões de pessoas no mundo vivem com HIV, o vírus da AIDS. A epidemia continua a se expandir em países densamente povoados como Índia, China, Indonésia e os do Leste Europeu, mas a região mais dramaticamente afetada do mundo é a África. O continente tem 10% de toda a população infectada, principalmente a subsaariana, com cerca de 3,2 milhões

de novas infecções e onde, no ano de 2003, morreram 2,3 milhões de pessoas. A AIDS é a epidemia mais globalizada da história e estamos testemunhando sua progressiva feminização (UNAIDS, 2004).

Os dados aqui apresentados têm como base o relatório de análise do Programa Conjunto das Nações Unidas para HIV/AIDS (UNAIDS) de 2004 e se referem a informações sistematizadas em 78 países nos quais a AIDS se propaga. Segundo este relatório, em 2003, quase 5 milhões de pessoas foram infectadas pelo HIV, cerca de 3 milhões de pessoas morreram por causa da AIDS e, desde que se identificaram os primeiros casos, em 1981, foram registrados mais de 20 milhões de mortes.

Até dezembro de 2003 as mulheres constituíam cerca de 50% de todas as pessoas que viviam com o HIV em todo o mundo, das quais 57% estavam na África subsaariana. A metade de todas as novas infecções pelo HIV ocorridas no mundo atinge jovens de 15 a 24 anos. É a geração de jovens mais infectada da história. Outro dado importante é que só 7% das pessoas que necessitam de tratamento anti-retroviral, nos países de baixo e médio desenvolvimento, têm acesso à medicação. Isso representou 400 mil pessoas ao final de 2003 (UNAIDS, 2004).

Os dados revelados em 2004 sobre a feminização da epidemia já eram percebidos há mais de uma década e encontram-se explicitados na fala do então diretor do Programa Global de AIDS, Jonathan Mann, que, como um visionário, afirmou:

Há uma década, as autoridades de saúde pública e o público em geral praticamente igualavam a transmissão da AIDS à atividade homossexual masculina. Entretanto, da estimativa de 18 milhões de adultos infectados pelo HIV no mundo inteiro atualmente, mais de 8 milhões são mulheres. E os números estão aumentando: a proporção de mulheres entre os adultos infectados pelo HIV aumentou cerca de um terço em meados da década de 80, passou para 40% em 1992 e prevê-se que supere os 45% em 1995. Até o ano 2000, metade de todos os adultos com HIV serão mulheres e 90% delas provavelmente terão sido infectadas através de relações heterossexuais. (MANN, 1993, p. 24).

No continente africano, onde se julga ter originado a doença e desde o início o perfil epidemiológico não associa a AIDS a homossexuais, se observam grandes diferenças de níveis e tendências da infecção pelo HIV. Em seis países, a prevalência do HIV em adultos é inferior a 2%, em outros está acima de 20%. Os sete países da África meridional

apresentam níveis de prevalência do HIV superior a 17%, com taxas para Botswana e Swazilândia acima de 35%. Na África ocidental, a prevalência do HIV é muito mais baixa; nenhum país dessa região tem uma prevalência superior a 10%, em sua maioria essa taxa oscila entre 1% e 5%. A prevalência em adultos nos países da África central e oriental situa-se nos parâmetros das zonas ocidental e meridional do continente, com valores entre 4% e 13% (UNAIDS, 2004).

As mulheres africanas correm maiores riscos de contrair o HIV e se infectam mais jovens que os homens. No momento atual, na África subsaariana, a média é de 13 mulheres HIV-positivas para cada 10 homens HIV-positivos. Em 2002, a diferença era de 12 mulheres infectadas para cada 10 homens. A diferença dos níveis de infecção entre homens e mulheres está mais presente na faixa etária de 15 a 24 anos. Em um estudo comparativo, a proporção de mulheres jovens que vivem com o HIV em relação aos homens jovens na mesma situação oscilou entre 20 mulheres para cada 10 homens, no Sul da África, e 45 mulheres jovens para cada 10 homens jovens no Kenya e Malí. Na África do Norte e Oriente Médio, cerca de 480 mil pessoas estão vivendo com o HIV. Nesta região a vigilância sistemática da epidemia não está bem desenvolvida, em particular entre os grupos de alto risco como os consumidores de drogas intravenosas, grupo que concentra a maior parte da infecção. O vírus também se propaga silenciosamente entre os homens que fazem sexo com homens, o que, em muitos lugares, é uma prática condenada e ilegal (UNAIDS, 2004).

Na Ásia, região com 60% da população mundial, a epidemia se propaga rapidamente. Isso se observa mais fortemente na China, na Indonésia e no Vietnã. Estima-se que na região existam 7,4 milhões de pessoas vivendo com HIV. Só em 2003 se registrou 1,1 milhão de novas infecções. A epidemia se manifesta principalmente entre os homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo, seus clientes e seus pares sexuais imediatos (UNAIDS, 2004).

Na Europa oriental e na Ásia central, a epidemia prossegue avançando, impulsionada principalmente pelo consumo de drogas intravenosas. Estônia, Letônia e Federação da Rússia são os países mais afetados, porém a AIDS se propaga também em Belarús, Kazajstán e Moldova. Cerca de 1,3 milhão de pessoas vivem com HIV na região, enquanto, em 1995, eram aproximadamente 160 mil pessoas. Chama a atenção o fato de que 80%

dessas pessoas não chegam aos 30 anos de idade. O consumo de drogas intravenosas aparece como a maior fonte de propagação; no entanto, em alguns países a transmissão sexual é cada vez mais comum. As mulheres representam uma parte crescente dos novos casos. Em 2001, levando-se em conta o sexo, a razão era de uma mulher para cada quatro homens e, em 2003, de uma mulher para cada três homens (UNAIDS, 2004).

No Caribe, três países (Bahamas, Haiti e Trinidad Tobago) apresentam taxas nacionais de prevalência de AIDS de 3%. Na região, cerca de 430 mil pessoas vivem com HIV. A epidemia é principalmente transmitida por via heterossexual e, em muitas partes, concentrada na população de trabalhadoras do sexo. O país mais afetado é o Haiti, com uma prevalência nacional de aproximadamente 5,6%, a mais elevada fora do continente africano. Na América Latina, outra região de expansão da epidemia, cerca de 1,6 milhão de pessoas vivem com HIV. No Brasil, até o ano de 2004, foram notificados 362.364 casos de AIDS. A taxa de mortalidade de 2003 foi de 6,4/100.000, com uma taxa de incidência de 18,2/100.000, cerca de 25.000 novos casos por ano (BRASIL, 2004b).

Nos países desenvolvidos, estima-se que 1,6 milhão de pessoas vivam com HIV. A diferença em relação a outras regiões é que a grande maioria das pessoas infectadas tem acesso à terapia anti-retroviral e, em conseqüência, se mantêm com boa saúde e sobrevivem durante mais tempo. As infecções vêm aumentando nos Estados Unidos e Europa Ocidental. Em 2001, 900 mil pessoas viviam com HIV e 950 mil em 2003. A metade das novas infecções tem ocorrido na população afro-americana. Na Europa, eram 540 mil em 2001 e 580 mil em 2003 (UNAIDS, 2004).

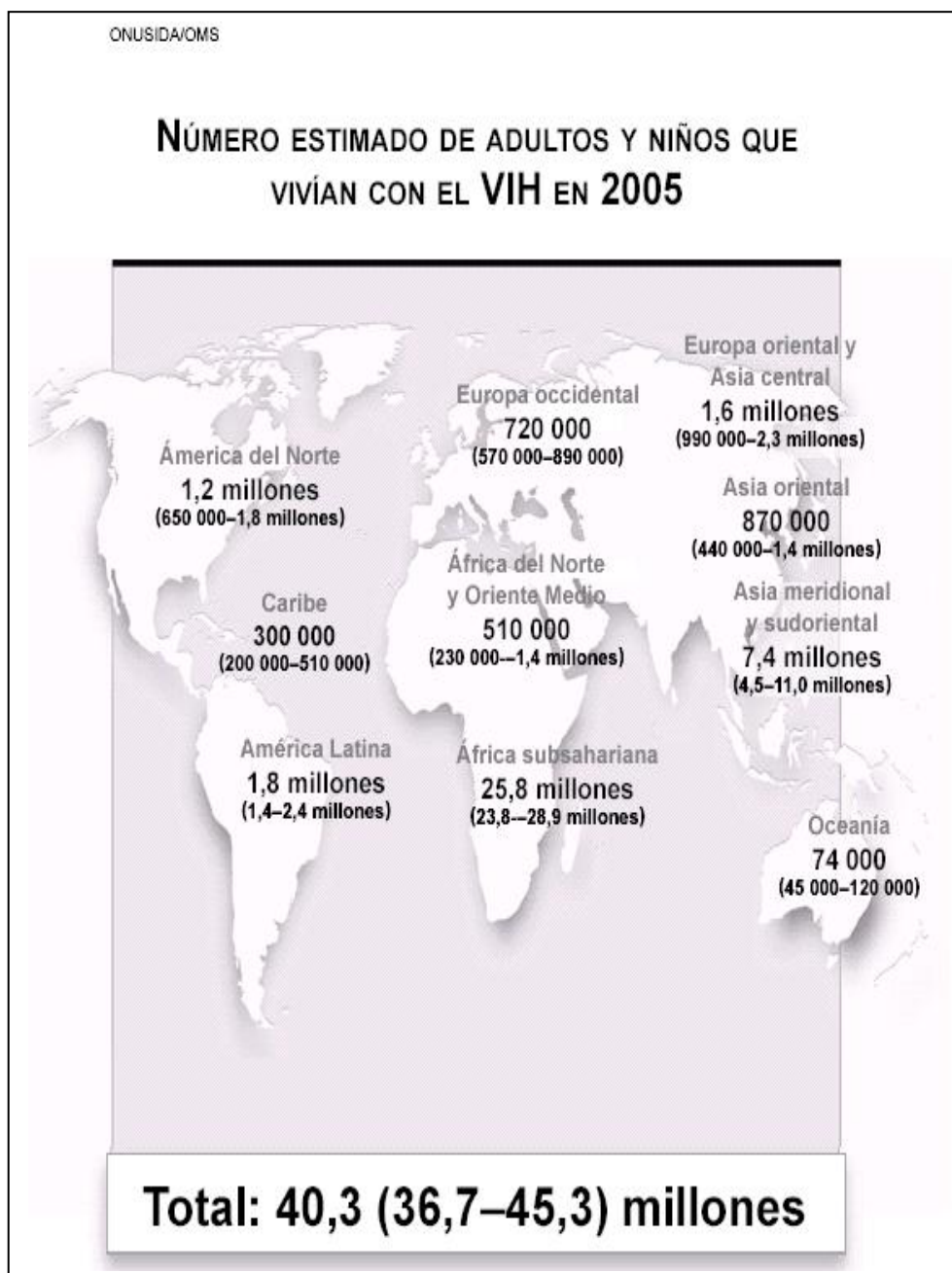
As novas estimativas sobre os recursos mundiais necessários para obter mais eficácia contra o desenvolvimento da epidemia também constam do relatório da UNAIDS/2004. Apesar de ter multiplicado 15 vezes o investimento, ou seja, de 300 milhões de dólares em 1996 para 5 bilhões em 2003, avaliou-se que esta quantia não chegaria à metade do que seria necessário investir em 2005 nos países em desenvolvimento. De acordo com os cálculos, seriam necessários investimentos no valor de 12 bilhões para as atividades de prevenção e atenção nos países de baixo e médio desenvolvimento, estimando-se que para 2007 este valor ultrapasse os 20 bilhões de dólares (UNAIDS, 2004).

Estes 20 bilhões seriam destinados ao tratamento com anti-retroviral para um pouco mais de 6 milhões de pessoas, das quais mais de 4 milhões da África subsaariana. Outras

destinações seriam: prestar apoio a 22 milhões de órfãos e proporcionar assessoramento e exames voluntários de HIV a 100 milhões de adultos, assegurar educação escolar sobre AIDS para 900 milhões de estudantes e oferecer serviços de assessoramento para 60 milhões de jovens que freqüentam escolas. Cerca de 43% desses recursos serão necessários para a África subsaariana, 28% para a Ásia, 17% para a América Latina e Caribe, 9% para a Europa Oriental e 1% para a África do Norte e Oriente Médio (UNAIDS, 2004).

Os dados refletidos no relatório da UNAIDS/2004 mostram que a AIDS continua a se alastrar pelo globo, atingindo todas as regiões e se constituindo, como afirma o diretor da UNAIDS, a *epidemia mais globalizada da história*. A constatação expressa um desafio de igual proporção para a humanidade e para as políticas públicas que têm como finalidade seu enfrentamento. A isso se refere o Diretor Executivo da UNAIDS, Peter Piot, em seu discurso de abertura da 14ª Conferência Internacional de AIDS (ANEXO A), em julho de 2002:

A epidemia mundial de AIDS é um dos grandes desafios que afrontam nossa geração. A AIDS é um novo tipo de emergência mundial: uma ameaça sem precedentes para o desenvolvimento humano que requer uma ação e um compromisso sustentado a longo prazo [...] A AIDS está entre nós há mais de vinte anos e continuará por mais décadas [...] Mesmo não existindo um remédio, a mobilização massiva de todos os setores da sociedade segue sendo nossa única arma. (ANEXO A).



FONTE: UNAIDS 2004 Report on the global HIV / AIDS epidemic: 4th

FIGURA 1 – Número estimado de adultos e crianças vivendo com o HIV, em 2005, em todos os continentes.

5 POLÍTICAS PÚBLICAS GLOBAIS RELATIVAS À AIDS

O contexto político global no qual a AIDS surgiu remete-nos à última década do período denominado como Guerra Fria.⁶ O mundo foi dividido em dois grandes blocos e as hostilidades produziam uma profunda cisão entre o Oriente e Ocidente. O tempo da informação e sua acessibilidade tornavam as distâncias maiores do que como elas são percebidas hoje; os movimentos sociais ganhavam expansão nos países em desenvolvimento e o medo de uma crise econômica ou de uma guerra de âmbito global pautava as relações diplomáticas internacionais.

A Guerra Fria permeou os principais fatos políticos no mundo inteiro desde o término da Segunda Guerra até o final dos anos 80. O complexo jogo das superpotências envolveu todos os continentes, inclusive a África, onde o fim do colonialismo português abriu caminho para o surgimento de regimes comunistas em Angola e Moçambique e para a deflagração de conflitos tribais em diversos países do continente. As disputas internas e regionais estimularam os governantes a investir em armas poderosas, apesar da situação de miséria de suas populações. No Oriente Médio, região com a maior reserva de petróleo, a criação do Estado de Israel, em 1949, com o apoio das superpotências, foi seguida por um longo período de conflitos árabes-israelitas (MUNDO EDUCAÇÃO, 2006).

Na América Latina, a revolução cubana, em 1959, motivou os Estados Unidos a imprimir sua força de intervenção para impedir a expansão do regime socialista na região. Neste sentido, tanto promoveu as ditaduras, cujo declínio se deu fortemente nos anos 80, como as políticas de controle de natalidade (MUNDO EDUCAÇÃO, 2006).

Na Europa, a década foi marcada pelo processo de abertura iniciado por Gorbachev, que instituiu a Perestroika, ou Reconstrução, buscando novas formas de conduzir a economia soviética. No plano político, retomou negociações para pôr fim à

⁶ Com o fim da Segunda Guerra Mundial, os Estados Unidos e a União Soviética, as duas grandes potências bélicas, polarizaram posições ideológicas e influências políticas no globo, o que constituiu uma disputa de poder denominada Guerra Fria.

corrida armamentista. Internamente, libertou opositores do regime, viabilizou o abrandamento da censura e permitiu que os problemas fossem discutidos abertamente pela população. As reformas iniciadas em Moscou logo se refletiram na Europa socialista, onde os movimentos democráticos ganharam força para mudar todo o panorama político do antigo bloco soviético. Esse processo culminou na queda do muro de Berlim, em 1989, e no fim da própria União Soviética, em 1991, marcas simbólicas do final de uma era (MUNDO EDUCAÇÃO, 2006).

Para nossa história interessa a criação da Organização das Nações Unidas (ONU)⁷ que, durante este período, se esforçou para representar um instrumento global, buscando uma via multilateral para a identificação e a resolução das ameaças à sobrevivência e ao desenvolvimento da espécie humana.

É nesse contexto que a AIDS se insere, produzindo algumas reflexões sobre a articulação do modelo de desenvolvimento *versus* pobreza e sua relação com a expansão da epidemia no mundo. De modo mais amplo, políticas internacionais e intergovernamentais de desenvolvimento têm sido associadas à desintegração de estruturas socioeconômicas tradicionais e à acentuação de desigualdades socioeconômicas, o que, por sua vez, tem contribuído de forma significativa para a severidade da epidemia em todos os países em desenvolvimento. Com efeito, a própria pobreza tem sido identificada como a provável força socioeconômica essencial para a determinação da epidemia. Tem-se evidenciado a interação entre a pobreza e outras formas de desigualdade, instabilidade e discriminação social na disseminação do HIV (PARKER; GALVÃO, 1996; SINGER, 1998).

Neste sentido, o debate internacional sobre a epidemia se desenvolve em interação com o debate mais amplo sobre o modelo de desenvolvimento em disputa no mundo. E exige um posicionamento tanto sobre o sentido da epidemia quanto sobre o modelo de desenvolvimento, que são fatores determinantes para a definição das políticas públicas a serem implementadas. Sobre essas questões discorrem Rocha (2003) e Corrêa (2003):

Nos últimos 60 anos, o conceito do que é desenvolvimento mudou, foi ampliado, revisado e fortemente disputado pelos governos, pelas instituições multilaterais, pela academia e pelos movimentos sociais. Na última década, a ONU, nesse cenário de disputa, liderou o chamado Ciclo de Conferências das Nações Unidas, colocando em pauta a agenda social do planeta na busca da consolidação e da

⁷ Criada em 1948, após a Segunda Guerra Mundial, como espaço de diálogo multilateral.

efetivação de direitos e dos compromissos de chefes de Estado com políticas públicas mais eficazes. No entanto, ainda perguntamos: quais são os caminhos para um projeto de desenvolvimento que garanta o usufruto dos direitos humanos, diminuindo assim as vulnerabilidades para a AIDS? (ROCHA, 2003, p. 84).

Exercícios no sentido de articular AIDS e desenvolvimento exigem que nos posicionemos, de alguma maneira, frente às várias definições e interpretações acerca desses dois termos. Para ilustrar: é possível conceber a AIDS como uma patologia - ou um problema de comportamento individual desregrado - que pode ser resolvida pelo avanço tecnológico, acesso a serviços e estratégias moralistas de prevenção. Isso se desdobrará num tipo de política. Os resultados serão radicalmente diferentes se pensarmos a AIDS como um fato social e epidemiológico complexo que tem efeitos deletérios sobre os indicadores de desenvolvimento humano. Nesse caso, vamos conceber políticas que equilibrem a ação do Estado e do mercado, sejam orientadas para a superação da desigualdade nas suas várias manifestações (entre países, entre grupos sociais, entre raças e etnia, entre homens e mulheres) e adotem uma perspectiva de empoderamento e direitos humanos. Quando fazemos essa segunda escolha, estamos nos situando no terreno da disputa quanto aos significados de desenvolvimento. (CORRÊA, 2003, p. 129).

Para Corrêa (2003), o debate sobre AIDS no contexto do desenvolvimento deve remontar a uma perspectiva histórica mais longa, como oposição à noção economicista:

É importante lembrar que, no Ocidente, a noção de desenvolvimento foi precedida pela concepção de progresso humano do Iluminismo. Segue-se Marx, o inventor do desenvolvimento na sua acepção moderna, isto é, o desenvolvimento das forças produtivas como determinante econômico daquilo que tanto Marx quanto antes dele os iluministas haviam idealizado como progresso humano. Segundo Marx, o desenvolvimento das forças produtivas por um lado libera a criatividade humana, por outro resulta em acumulação de riquezas, alienação e exploração. Hoje, assim como no século 19, o debate sobre desenvolvimento envolve disputas acirradas que dizem respeito a interesses concretos, materiais [...] É também muito significativo que, a partir do final da década de 1940, tomando como ponto de partida a criação das Nações Unidas, prevaleceu no debate global (e nacional) uma interpretação economicista do desenvolvimento. Num certo sentido, é como que se ao longo da segunda metade do século 20 o debate tivesse sido impregnado pelas idéias de Marx, mas um Marx despojado das premissas filosóficas do Iluminismo. (CORRÊA, 2003, p. 132).

A AIDS surgiu numa época em que as autoridades sanitárias mundiais acreditavam que as doenças infecciosas estavam controladas pela tecnologia e pelo saber médico moderno. Essa crença suscitou comportamentos coletivos e respostas nos quais estão inseridas as estratégias políticas oficiais (MARQUES, 2002).

No âmbito global, essas estratégias políticas têm a realização das grandes Conferências Internacionais como um dos eixos que promovem visibilidade e debate ampliado entre os vários atores envolvidos no processo: pacientes portadores do HIV, governos, sociedade civil, cientistas e mercado farmacológico.

A necessidade de uma resposta global para a AIDS, debatida na 1ª Conferência Internacional de AIDS, realizada nos EUA, em 1985, materializou-se durante a 2ª Conferência Internacional de AIDS, em Paris, no ano de 1986, com a criação do Programa Especial de AIDS da Organização Mundial da Saúde (OMS).⁸ O referido programa surgiu motivado pela rápida disseminação do HIV na população mundial, principalmente nos países em desenvolvimento, e tem por finalidades promover o debate público qualificado e desenvolver políticas globais de enfrentamento da epidemia (PARKER, 1999).

Na década de 1980 ocorreram fatos decisivos para o desenvolvimento de uma resposta global à AIDS. A visibilidade, a mobilização pública e o conhecimento sobre a doença (notificação, vigilância e produção de estudos epidemiológicos) ampliaram-se, assim como as iniciativas de prevenção e controle e as políticas de planejamento.

Em 1987, foram discutidas as repercussões tanto do uso de técnicas de detecção de anticorpos anti-HIV (Ensaio Imunoenzimático – ELISA e *Western-blot*) no diagnóstico quanto do enfraquecimento da tese de grupos de risco e do surgimento da tese de comportamento de risco.

O conceito de comportamento de risco operou uma mudança importante nos procedimentos clássicos da epidemiologia. O alvo das ações deixou de ser o contato entre o suscetível e o infectado e passou a ser o desenvolvimento de estratégias capazes de isolar o agente infeccioso e impedir sua movimentação no ambiente humano. Em vez de criar barreiras entre as pessoas, começaram a ser propostas mudanças nas ações das pessoas que poderiam reduzir suas chances de exposição ao vírus (AYRES et al., 1997).

⁸ Transformado um ano depois no Programa Global de AIDS e dirigido por Jonnathan Mann.

Ainda em 1987, foi criada, nos Estados Unidos, a *AIDS Coalition to Unleash Power* (Act-Up), uma das maiores organizações mundiais de informação e ajuda aos portadores do vírus e uma das mais influentes na luta contra a AIDS. A Act-up, fundada em Nova York, foi responsável pelas primeiras e barulhentas passeatas em busca de apoio, respeito e, principalmente, de mudança nas políticas de governo naquele país. Protestos, como a histórica marcha de 24 de março de 1987, em Wall Street, reivindicavam tratamento de saúde digno para as vítimas e liberação de medicamentos para todos os doentes. No campo da definição de caso, ainda em 1987 foram elaborados os primeiros sistemas classificatórios que incorporavam dados laboratoriais (sorologia anti-HIV e contagem de linfócitos T CD4) e clínicos (critérios Walter-Reed e CDC) com objetivos relacionados com a saúde pública (CAMARGO Jr., 1994).

Em 1988, a OMS instituiu o dia 1º de dezembro como o *Dia Mundial de Luta contra a AIDS* e surgiu, no cenário internacional, a zidovudina (AZT) para o tratamento da infecção pelo HIV, passando a ser indicado o uso do antibiótico sulfametoxazol-trimetoprim para a profilaxia primária da pneumocistose .

No final da década de 1980 foi decisivo o reconhecimento mundial da epidemia na população de mulheres. Marge Berer (1997) refere-se ao fato como um reconhecimento tardio:

A AIDS já matava mulheres antes que tivesse um nome e que fosse conhecida a causa da doença. Na segunda metade da década de 80, transformou-se na principal causa de mortalidade de mulheres em idade reprodutiva em várias partes do mundo. Mas só em novembro de 1989 o HIV/AIDS é relacionado à mulher fazendo-se reconhecido por várias agências envolvidas com o tema. No 1º de dezembro de 1990, Dia Internacional da Luta contra a AIDS, chamou-se a atenção do mundo para a dimensão do problema da feminização gerando publicações a respeito que expressavam a necessidade de mais informações. (BERER, 1997, p. 27).

A década de 1990 foi marcada pelo ciclo das grandes Conferências Internacionais promovidas pela ONU, pelo aprimoramento da tecnologia para diagnóstico e tratamento da epidemia e pelo avanço proposto por Jonnathan Mann, com a inclusão, no início da década,

do conceito de vulnerabilidade.⁹ Construiu-se, então, um conceito que relacionava um conjunto de ações para o enfrentamento da AIDS, considerando: vulnerabilidades individuais, vulnerabilidades do contexto social e vulnerabilidades institucionais. O paradigma da *vulnerabilidade* tornou-se a base de muitas das ações e estratégias nos campos governamentais, acadêmicos e da sociedade civil organizada (MANN, 1992). Sobre a importância deste conceito refletem Parker e Galvão (1996), Ayres et al. (1997) e Rocha (2003):

Talvez a mais importante transformação isolada em nossa maneira de pensar sobre HIV/AIDS no início dos anos 90 tenha sido o esforço de superar essa contradição “entre grupo de risco e população geral” pela passagem da noção de risco individual a uma nova compreensão de vulnerabilidade social, passagem crucial não só para nossa compreensão da epidemia, mas para qualquer estratégia capaz de conter seu avanço. (PARKER; GALVÃO, 1996, p. 58).

O novo conceito surge no campo das respostas à epidemia de HIV/AIDS e traz uma contribuição relevante para as propostas de renovação das práticas de saúde, de um modo geral, e da prevenção e promoção da saúde, em particular. No campo da AIDS esse conceito considera que a epidemia respondia a determinantes cujos alcances iam além da ação patogênica de um agente viral. (AYRES et al., 1997, p. 66)

Na década de 90, o conceito de vulnerabilidade tira dos indivíduos a responsabilidade pela infecção e põe as diretrizes para o enfrentamento da epidemia da AIDS numa relação mais complexa que visibiliza desigualdades e clama por construção de cidadania [...]. Mudam os paradigmas do debate sobre saúde pública, deslocando a discussão de um campo biologizado e medicalizado para o campo político e do direito. (ROCHA, 2003, p. 88).

O conceito de vulnerabilidade é constructo e construtor dessa percepção ampliada, que identifica as razões últimas da epidemia e seus impactos nos aspectos comportamentais, culturais, econômicos e políticos. Portanto, ele nos será útil no exame do tema da feminização da epidemia (AYRES, et al., 1997).

Em 1991, a Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou a informação de que pelo menos 10 milhões de pessoas no mundo tinham o vírus da AIDS. Foram difundidos os

⁹ Originário da área de advocacia internacional pelos Direitos Universais do homem, o termo vulnerabilidade designa, em sua origem, grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente em relação à promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania (Ayres et al 1997)

avanços nos recursos para diagnósticos clínicos e laboratoriais que influíram na definição de casos. Em 1992, divulgou-se a classificação da infecção pelo HIV – categoria clínica/CDC - e, no ano seguinte, foi feita a revisão dos critérios do CDC para a definição de casos de AIDS em adolescentes e adultos, com a inclusão de condições clínicas e da contagem de linfócitos T CD4+ < 200 células/mm (BRASIL, 1999).

As opções consolidadas para o tratamento anti-retroviral (AZT, didanosina-ddI e zalcitabina-ddC) apareceram em 1995, assim como os primeiros anti-retrovirais inibidores de protease, que reduzem drasticamente o número de vírus no organismo do paciente. Estes representavam uma nova classe de medicamentos aprovada nos EUA. Colocada em prática pela primeira vez pelo virologista americano David Ho, a combinação do tratamento com esses remédios, mais o AZT, foi batizada de *coquetel* (BRASIL, 1999).

No mesmo ano, o Programa Global de AIDS da Organização Mundial de Saúde (OMS) passou ser o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS (UNAIDS). Essa mudança implicou a inclusão das ações e recursos de outras agências do Sistema das Nações Unidas na política de enfrentamento da AIDS. A UNAIDS agregou as ações que estavam sendo desenvolvidas pela OMS e passou a atuar por meio de Grupos Temáticos (GT), capacitando os países a fazer melhor uso do Sistema Nações Unidas para apoiar seus Programas Nacionais sobre HIV/AIDS (CASTRO; SILVA, 2005).

Em 1996, a OMS anunciou que 22,6 milhões de pessoas estavam contaminadas no mundo. Na Conferência Internacional de AIDS, realizada em 1996, em Vancouver (Canadá), foram anunciados os benefícios da terapia combinada de anti-retrovirais como um grande avanço, tanto pelo aumento da sobrevida como pela melhora da qualidade de vida dos portadores (CASTRO; SILVA, 2005).

Em 1998, 11 medicamentos anti-retrovirais de diferentes classes já eram comercializados. Ante a complexidade da terapia, iniciaram-se os debates sobre aderência e resistência viral e, paralelamente, foram iniciados os exames de genotipagem e fenotipagem. Nessa fase foram impulsionadas as pesquisas iniciais de vacinas em vários locais do mundo. Nesse ano, estudos detectaram (UNAIDS, 2004) que o número de contaminados saltara de 20 milhões para 30 milhões. Na Ásia, a taxa havia dobrado em praticamente todos os países; na Europa Oriental, havia crescido seis vezes em vários países; em Botswana e no Zimbábue (África) 25% da população adulta estava contaminada.

Na África do Sul, eram 3 milhões de pessoas; na Índia, chegava a 4 milhões; a América Latina tornara-se a terceira região do mundo com maior número de casos. A AIDS se convertera na doença infecciosa mais letal do mundo, superando a tuberculose, e ocupava para o quarto lugar entre todas as causas de mortalidade (UNAIDS, 2004).

O Ciclo de Conferências¹⁰ organizado pelas Nações Unidas marcou a década de 1990 e influenciou na construção de uma nova agenda de cooperação internacional, considerando as estruturas estabelecidas dos países em desenvolvimento, bem como as possibilidades de assistência, transferência de tecnologia e cooperação técnica dos países desenvolvidos (CASTRO; SILVA, 2005; ROCHA, 2003).

Foram especialmente as conferências sobre População e Desenvolvimento (Conferência do Cairo) e a da Mulher, em Beijing, que trataram mais diretamente da epidemia de AIDS. Tanto as plataformas de ação do Cairo quanto as de Beijing destacaram a importância das questões da epidemia de AIDS e a necessidade de seu enfrentamento, devendo merecer atenção especial dos governos e da sociedade civil organizada (ROCHA, 2003).

Em 2000, por causa da Conferência Internacional de AIDS, em Durban, na África do Sul, o mundo voltou sua atenção para o avanço da epidemia na África subsaariana, onde se estima que, em alguns países, mais de um terço da população seja soropositiva. No continente, 17 milhões de pessoas já morreram vitimadas pela AIDS e 3,7 milhões eram crianças. Organizações médicas e ativistas denunciavam o alto preço dos remédios contra AIDS. Muitos laboratórios foram obrigados a baixar o preço das drogas nos países em desenvolvimento, criando-se o Fundo Internacional de Medicamentos. Foi criado o Fundo Global para o Combate à AIDS, à Tuberculose e à Malária, uma nova instituição das Nações Unidas para lutar contra as três doenças infecciosas que mais matam no mundo. Em relatório elaborado pela UNAIDS, se afirma que a AIDS vai matar 70 milhões de pessoas nos próximos vinte anos, a maior parte na África, a não ser que as nações ricas aumentem seus esforços para conter a doença (CASTRO; SILVA, 2005).

¹⁰ Conferência Mundial da Criança (Nova York, 1990); Conferência Mundial sobre Educação para Todos (Jontiem, 1990); Desenvolvimento Sustentável (Rio, 1992); Conferência Mundial das Nações Unidas sobre Direitos Humanos (Viena, 1993); Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994); Conferência Mundial para o Desenvolvimento Social (Copenhague, 1995); Conferência Mundial das Nações Unidas sobre as Mulheres (Pequim, 1995); Conferência das Nações Unidas sobre os Assentamentos Humanos - Habitat II (Istambul, 1996) Conferência das Nações sobre Comércio e Desenvolvimento (Midrand, 1996).

Em 2001, cerca de vinte anos após o registro do primeiro caso com evidências clínicas do que se considera AIDS, ocorreu, em Nova York, a Sessão Especial das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNGASS), na qual estiveram reunidos chefes de Estado, representantes de Estados e de Organizações da Sociedade Civil, para discutir os graves problemas e as repercussões da epidemia, e estabelecer consensos para a intensificação dos esforços na busca de respostas globais para as questões relativas ao HIV e à AIDS. Foi a primeira vez que a Assembléia Geral das Nações Unidas se reuniu para discutir um tema de saúde, passando, assim, a plataforma internacional a ter relevância para os Estados nacionais signatários das Nações Unidas e entre eles significar um compromisso (ROCHA, 2003).

No campo internacional, a AIDS assumiu especial relevância nas relações com as instituições financeiras multilaterais e com a Organização Mundial do Comércio (OMC). Nos últimos anos, a OMC tem assumido a vanguarda dessa discussão, pela importância das relações comerciais nos processos de desenvolvimento. Isso ocorre, sobretudo, em relação aos contornos que a epidemia tem assumido com o debate sobre o direito de acesso a medicamentos se sobrepõe a acordos de ordem econômica. E, assim, o debate internacional sobre desenvolvimento tecnológico e propriedade intelectual busca brechas no Acordo TRIPS (*Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights*) que possibilitem a quebra de patentes sempre que houver emergência de saúde pública (ROCHA, 2003).

A declaração de compromisso assinada por 189 países, durante a Assembléia Geral da ONU, incorporou a proposta brasileira de vincular a prevenção e o tratamento como pilares para um controle da epidemia de AIDS. Isso significa assegurar às pessoas que vivem com HIV/AIDS o direito de acesso aos medicamentos existentes (TEIXEIRA, 2003).

A OMC reuniu-se em Genebra (Suíça) na semana anterior à Assembléia Geral da ONU quando, pela primeira vez, a Organização Mundial do Comércio tratou de um tema não exclusivamente comercial. A proposta brasileira recebeu apoio de inúmeros países, inclusive da União Européia. Os EUA e a Suíça, grandes produtores de medicamentos, mantiveram sua posição conservadora. A posição da OMC, mesmo sem ter caráter deliberativo, abriu espaço para uma negociação acerca da flexibilização das patentes de medicamentos destinados ao tratamento da AIDS. Também foi aprovada na ONU resolução

que estabelece que, para o controle da epidemia de AIDS, a prevenção e o tratamento são indissociáveis e, ainda, que todos os esforços devem ser feitos para garantir o acesso aos anti-retrovirais, tais como a produção de genéricos e o estabelecimento de preços mais justos. Essa proposta, apresentada pelo Brasil, resultou de uma ampla negociação entre Brasil, EUA, Comunidade Européia, África do Sul e Tailândia e foi aprovada por todos os países que compõem a Comissão, com exceção dos EUA que se abstiveram de votar (TEIXEIRA, 2003).

Na 14ª Conferência Internacional de AIDS, no ano 2002, em Barcelona, o Dr. Peter Piot lembrou aos líderes políticos que deveriam manter suas promessas em relação ao investimento financeiro necessário para combater a AIDS no mundo. Isso significaria fornecer a prevenção e o tratamento em grande escala, atacar a estigmatização causada pela doença e reforçar os meios para a obtenção de uma vacina. Em sua fala de abertura, Piot declarou que os recursos não são negociáveis (ANEXO A).

5.1 Política de Gênero

Neste estudo, gênero é entendido como categoria de análise das relações sociais que conceitua a construção social dos papéis femininos e masculinos. Estes papéis estão edificados sobre as diferenças sexuais que normatizam condutas diferenciadas para homens e mulheres e estabelecem um conjunto de privilégios e de hierarquias nos quais a mulher figura como subalterna em contraposição ao homem dominador.

Gênero é um elemento constitutivo das relações sociais, baseado nas diferenças percebidas entre os sexos. É uma forma primeira de significar as relações de poder e se expressam por meio de quatro dimensões que constituem e mantêm as relações de gênero: simbólica, normativa, organizativa e subjetiva. (SCOTT, 1990, p. 36).

A reflexão sobre as políticas de AIDS ante a feminização se situa em um campo mais amplo, que é o da incorporação das questões de gênero na afirmação da cidadania, dos direitos humanos e das políticas públicas no Brasil e no mundo. Pensar a situação das mulheres, sua participação política e o impacto das políticas públicas sobre suas vidas é uma iniciativa recente, que resulta das demandas colocadas pelo movimento feminista e

pelos organismos internacionais, sobretudo nas Conferências Mundiais de Mulheres, realizadas nos seguintes locais: México, 1975; Copenhague, 1980; Nairoib, 1985 e Beijing, 1995 (UNIFEM, 2006).

A principal referência no debate internacional sobre direitos humanos é a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, que, como reflexo da situação política do pós-guerra ante o horror do holocausto estabeleceu um patamar básico dos direitos universais. A declaração foi formulada numa época em que as mulheres ocupavam um papel secundário na vida econômica, política e legal. Assim, a idéia de humanidade traduzida na declaração se constitui a partir da figura abstrata do homem branco e adulto e reflete a desigualdade entre homens e mulheres existente nos países signatários (PITANGUY, 2002).

Nos últimos cinquenta anos, a emergência de um novo conceito de humanidade, no qual a diversidade ocupe lugar central, vem se consolidando através de uma dinâmica de disputas de âmbito internacional e nacional, em que os movimentos sociais e, em particular, o movimento de defesa dos direitos das mulheres, se apresentam como protagonistas. A noção de Direitos Humanos vem, ao mesmo tempo, se universalizando e adquirindo maior especificidade ao reconhecer a diversidade da condição humana manifesta em características como: gênero, etnia, idade e orientação sexual (PITANGUY, 2002).

Para Ávila (1992), direitos humanos, na sua origem, significam uma passagem do dever do súdito para o direito do cidadão. Os marcos dessa conquista foram a Declaração de Direitos dos Estados Norte-Americanos e a Revolução Francesa, quando foram estabelecidas as bases para uma nova concepção de Estado. Os direitos, no entanto, eram protegidos apenas no âmbito do Estado que os reconhecia. A declaração de 1948 inaugurou uma nova fase da afirmação dos direitos, que é ao mesmo tempo universal e positiva.

O conceito de cidadania, por sua vez, vem variando ao longo do tempo e se forjando historicamente a partir de conflitos sociais que buscam alargar seu exercício com a inclusão de novos sujeitos de direitos (AVILA, 2002). Ele é demarcado pela ação política e está sujeito a avanços e retrocessos. Assim, o acesso dos *recém-chegados* implica a redefinição do espaço político-social e do próprio conceito de cidadania, que adquire existência social na medida em que é enunciado em normas, legislações e tratados, configurando o espaço de cidadania formal (PITANGUY, 2002).

É nesse cenário de arenas políticas nacionais e internacionais, de alargamento da cidadania e de definição do modelo de Estado onde se inscrevem os processos de reivindicação e formulação de políticas dirigidas às mulheres, partindo do reconhecimento da assimetria entre homens e mulheres e do baixo *status* destas no exercício de seus direitos e de sua cidadania. Essa condição das mulheres e o processo de luta pela igualdade de direitos inauguram o debate sobre vários temas (violência contra a mulher, direitos sexuais e direitos reprodutivos) que não eram pautados na esfera pública, nem estavam presentes nos tratados ou legislações que normatizam a vida social.

A ONU reconheceu o ano de 1975 como o ano das mulheres. Como consequência, as décadas de 1980 e 1990 foram determinantes para a emergência das mulheres no debate político sobre desenvolvimento, direitos humanos e cidadania. Tanto na esfera internacional quanto na esfera nacional (no Brasil) alguns tratados e leis, que passaram a vigorar, garantiram visibilidade e reconhecimento à luta das mulheres por equidade (PITANGUY, 2002).

No mundo, as conferências internacionais sobre mulher têm sido eventos importantes e, nessa trajetória histórica, têm construído um panorama variado do que seriam as discriminações sofridas pelas mulheres (VIANNA; LACERDA, 2004). A Conferência do México, em 1975, deu visibilidade a uma realidade global de desigualdade entre mulheres e homens, revelando os péssimos indicadores de participação política, segurança e autonomia das mulheres em todo o mundo. Como resultado, obteve reconhecimento global e, em 1976, aconteceu a criação do Fundo das Nações Unidas para as Mulheres (UNIFEM). Esse organismo tem a missão de prover assistência técnica e financeira a programas inovadores e estratégias que contribuam para assegurar os direitos das mulheres, sua participação na política e sua segurança econômica. Após a Conferência do México, outro instrumento significativo para as mulheres foi criado em 1979, durante a Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), que em seu primeiro artigo define:

Discriminação, toda distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo e que tenha por objeto ou resultado prejudicar ou anular o, reconhecimento, gozo ou exercício pela mulher, independente de seu estado civil, com base na igualdade do homem e da mulher, dos direitos humanos e das liberdades fundamentais no campo

político, econômico social, cultural e civil ou me qualquer outro campo. (UNIFEM, 2006, p. 162).

Os países signatários¹¹ da CEDAW se comprometeram a:

Empenharem-se em modificar os padrões socioculturais¹² de conduta de homens e mulheres, com vistas a alcançar a eliminação de preconceitos e práticas consuetudinárias e de qualquer outra índole que estejam baseadas na idéia da inferioridade ou superioridade de qualquer dos sexos em funções estereotipadas de qualquer dos sexos. (UNIFEM 2006, p. 165).

Nas Conferências de Copenhague, em 1980, e Nairob, em 1985, foi feito o balanço da condição da mulher a partir de 1975 e foram aprovadas as estratégias orientadas para o seu desenvolvimento. Em Nairob, se declarou, pela primeira vez, que *todos os problemas humanos são problemas das mulheres*, resultando disso um plano de ação para o fortalecimento das mulheres nas áreas de saúde, educação, violência e trabalho (UNIFEM, 2006).

A presença das mulheres na Conferência sobre Direitos Humanos de Viena, em 1993, e Sobre População de Desenvolvimento, no Cairo em 1994, resultou na reafirmação, por parte dos Estados participantes, de que os direitos humanos são adquiridos desde o nascimento por todos os seres humanos e que sua proteção deve ser a prioridade dos governos. Também foram reconhecidas as especificidades dos direitos humanos das mulheres e as obrigações dos Estados de promover e proteger esses direitos, incluindo o direito de viver sem violência. Na Conferência do Cairo ocorreu também a consolidação do conceito de Direitos reprodutivos¹³ e um amplo debate em torno dos direitos sexuais, ambos com forte resistência dos países sob influência das religiões islâmicas e cristãs.

¹¹ O Brasil assinou o texto da CEDAW em 1984, mas apenas parcialmente, uma vez que havia controvérsia em torno do conceito de família, e só veio a ratificá-la plenamente dez anos depois. E só apresentou seu primeiro relatório sobre a situação da mulher em 2002. Os artigos que não foram aceitos diziam respeito à igualdade de direitos entre homens e mulheres no que tange à escolha da residência (art. 15) e no âmbito do casamento e das relações familiares (art. 16). Só após a incorporação dos direitos humanos como princípio constitucional em 1988, o Brasil subscreveu integralmente a CEDAW (VIANNA; LACERDA, 2004).

¹² A busca por modificar padrões socioculturais atinge a questão da família e da reprodução, destacada em outros artigos, como os que sublinham o acesso a meios de planejamento familiar e o direito de decidir livre e responsabilmente sobre o número de filhos e sobre o intervalo entre os nascimentos. Esses pontos foram retomados nas conferências do Cairo/1994 e de Beijing/1995 (VIANNA; LACERDA, 2004).

¹³ No texto final da Conferência, a saúde reprodutiva é caracterizada como um “estado geral de bem-estar físico, mental e social em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo” (VIANNA; LACERDA, 2004, p. 28). Portanto, traz implícito o direito de homens e mulheres obterem informações sobre meios

O conceito de direitos reprodutivos nasceu no início dos anos 80 como estratégia discursiva das feministas na prática política para reivindicar garantias de igualdade, liberdade, justiça social e dignidade no exercício da sexualidade e da função reprodutiva (VENTURA, 2002).

No Brasil, essa idéia coincide com o início da abertura política e esteve presente na discussão sobre as reformas necessárias para a redemocratização do país. No campo da saúde, um dos resultados da ampla mobilização das feministas e sanitaristas na transição democrática foi o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), aprovado pelo governo federal em 1983. Essa proposta buscava ampliar a visão e a abordagem da saúde da mulher para além do binômio materno-infantil, introduzindo um plano de atenção integral à saúde da mulher em todas as fases de sua vida, incluindo o livre exercício da sexualidade e a autonomia reprodutiva (COSTA; AQUINO, 2000).

O PAISM trouxe significativas inovações com destaque para o atendimento integral à saúde da mulher e a inter-relação entre os níveis de governo (municipal, estadual e federal) na sua implementação. Até então a política de atendimento centrava-se no pré-natal, parto e puerpério, como era preconizado pelo Programa Saúde Materno-infantil (PSMI), então estruturado de forma verticalizada e centralizada, não havendo articulação entre os diferentes programas e os atendimentos. Essa experiência foi de grande valor para a reforma do sistema de saúde que se consolidaria nos anos seguintes e para a introdução dos princípios dos direitos reprodutivos que seriam incorporados na Constituição de 1988 e em leis posteriores (VIANNA; LACERDA, 2004).

No plano nacional, a década de 1980 foi significativa para a mobilização das mulheres e suas conquistas no campo das políticas públicas. Além do PAISM, foi criado o Conselho Nacional dos Direitos das Mulheres e abertas as primeiras delegacias especiais de atendimento a elas, como resposta à grande pressão e às denúncias públicas sobre a violência e a impunidade de crimes contra a mulher (VIANNA; LACERDA, 2004).

A Constituição de 1988 simboliza um marco fundamental que institui a cidadania e os Direitos Humanos das Mulheres. O texto inaugura os princípios democráticos, rompendo com o regime militar em vigor na época, e expressa a presença das mulheres no processo de

seguros de regulação da fecundidade e a eles terem acesso. A atenção à saúde, por sua vez, incluiria a saúde sexual, introduzindo, desse modo, a sexualidade no conjunto dos direitos humanos.

redemocratização e suas reivindicações de igualdade e de políticas públicas que atendessem às suas necessidades. Como afirma Pitanguy:

A constituição de 88 é o marco político-institucional e jurídico que reordenou todo o sistema brasileiro e impôs a adequação das normas legais aos parâmetros dos direitos humanos e vai representar um importante instrumento de expressão das mulheres enquanto sujeito de direito que resulta da sua presença como segmento importante do movimento pela redemocratização e de um intenso diálogo do movimento feminista e do Conselho Nacional dos Direitos das Mulheres junto aos deputados e deputadas da comissão constituinte. Nela está estabelecida a igualdade entre homens e mulheres como direito fundamental e o princípio da igualdade na sociedade conjugal que, entre outras mudanças, vai alterar o Código Civil (Lei 10.406, de 10/01/2002). (PITANGUY, 2006, p. 46).

O conceito de direito à saúde também é ampliado no texto constitucional. Além de definir a saúde como direito de todos e dever do Estado, a Constituição afirma os princípios de igualdade de gênero presentes em leis que a sucederam, visando coibir a discriminação relacionada com o sexo ou a reprodução. As premissas básicas que vêm permitindo avanços no campo dos direitos reprodutivos estão expressas nos dispositivos constitucionais que dizem respeito à vida digna, à integridade física e psicológica e à igualdade de direitos e deveres entre homens e mulheres (PITANGUY, 2006).

As Leis 8.212/91 e 8.861/91 ampliaram a proteção à maternidade; a primeira assegurando o salário maternidade às beneficiárias da previdência; a segunda ampliando os benefícios às mulheres que ainda não haviam sido contempladas e garantindo a licença paternidade fixada em cinco dias e sem direitos previdenciários.

No que concerne aos direitos reprodutivos muitos avanços têm sido alcançados, como a Lei 9.029/95, que proíbe a exigência de atestado de gravidez e esterilização para efeitos de admissão ou permanência no trabalho, ou a indução de esterilização, ou controle da maternidade, inclusive estabelecendo pena. Outra conquista importante foi a Lei 9.263 de 1996 (ANEXO H), que estabelece a obrigatoriedade de o Estado proporcionar recursos educacionais e científicos para o exercício da regulação da fertilidade livre de coerção, conhecida como direito ao planejamento familiar. Ela também estabelece um elenco de obrigações do Estado no atendimento à gestante e à criança no Sistema Único de Saúde. Nela figuram ainda o controle das DST, a prevenção dos cânceres de colo de útero, de

mama e de pênis. Esta lei tem importância estratégica para a política de prevenção das DST/AIDS.

No plano regional a ratificação, em 1995, da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará/1994) representou importante avanço para a conceituação do que é violência contra a mulher com a politização da dicotomia público/privado. Em seu primeiro artigo define:

[...] se deve entender sobre violência contra a mulher qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico a mulher, tanto no âmbito público quanto no privado. (VIANNA; LACERDA, 2004, p. 38).

No artigo seguinte define que é violência mesmo aquela

[...] ocorrida dentro da família, ou unidade doméstica, ou em qualquer outra relação interpessoal, compreendendo, entre outros, estupro, violação, maus tratos e abuso sexual. (VIANNA; LACERDA, 2004, p. 39).

Ou ainda, se for

[..] perpetrada por qualquer pessoa e que compreenda entre outros, violação, abuso sexual, tortura, maus tratos, tráfico de mulheres, prostituição forçada, seqüestro e assédio sexual no lugar de trabalho [...] instituições educacionais, estabelecimento de saúde (§2) [...] que seja perpetrado ou tolerado pelo Estado ou seus agentes (§3). (VIANNA; LACERDA, 2004, p. 41).

A 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Beijing, construiu um panorama situacional das mulheres no mundo, mapeando as áreas de saúde, direitos reprodutivos e sexuais, pobreza, acesso à educação, violência, poder e participação política, caracterizadas como de grande vulnerabilidade para as mulheres. Expressando situações variadas relacionadas com os aspectos culturais religiosos e econômicos de cada país, os relatórios levantados pelos Estados participantes da Conferência revelavam a assimetria persistente em razão de gênero. Foram questões ali debatidas: os altos índices tanto de violação dos direitos das mulheres quanto de mortalidade materna e sua relação com o aborto clandestino, a disseminação da AIDS nas mulheres e sua relação com as desigualdades de poder, a desvalorização do trabalho das mulheres, a baixa representação

nas instâncias de poder, o baixo acesso à educação formal e, por fim, a vulnerabilidade das mulheres jovens.¹⁴

A Conferência de Beijing deu prosseguimento aos avanços conquistados nas conferências anteriores. Entre outros consagrou a relação entre direitos e sexualidade incluída no texto final:

Os direitos humanos das mulheres incluem seu direito a ter controle sobre aspectos relativos à sexualidade, incluída sua saúde sexual e reprodutiva, e decidir livremente a respeito dessas questões, sem estarem sujeitas à coerção, discriminação ou violência. (VIANNA; LACERDA, 2004, p. 18).

As Conferências do Cairo e de Beijing formalizaram uma posição sobre o aborto, afirmando que “[...] em nenhuma circunstância o aborto deve ser tomado como um método de planejamento familiar” e o definem “[...] como um problema crucial da saúde pública” (VIANNA; LACERDA, 2004, p. 19) cuja redução se dará com a ampliação da melhoria dos serviços de planejamento familiar e com o tratamento humanizado às mulheres que abortam.

O texto final da 4ª Conferência recomenda que os países signatários revisem suas legislações punitivas das mulheres que interrompem voluntariamente a gravidez. Tanto na Conferência do Cairo quanto na de Beijing a educação mereceu consideração destacada por seu papel no processo de capacitação das pessoas, sobretudo das mulheres, para decidirem livremente sobre as condições em que a reprodução pode ou não se realizar e por sua função formadora no combate à AIDS. A preocupação com “[...] o acesso à informação e orientação sobre uma conduta sexual responsável” (VIANNA; LACERDA, 2004, p. 30) aparece como um dos compromissos a serem assumidos pelos programas de saúde, assim como o acesso a tratamentos para os casos de AIDS e de outros que envolvam a saúde reprodutiva.

No plano nacional, embora desde os anos 90 o tema da epidemia da AIDS e seu impacto sobre as mulheres venha sendo incorporado ao debate das organizações do movimento de mulheres e sendo utilizado como lema de campanhas de prevenção, as iniciativas mais diretas só foram tomadas recentemente. Em 2003, a Portaria nº 822 (ANEXO M) determinou a inclusão do preservativo feminino nos programas e que o SUS

¹⁴ Nos países muçumanos as mulheres ocupam uma posição de grande inferioridade. Em alguns países admite- prática da mutilação clitoriana e a pena de morte por infidelidade ou homossexualidade.

passasse a cobrir os custos da redução da transmissão do HIV da gestante para o nascituro (VIANNA; LACERDA, 2004).

Segundo a avaliação feita pelo Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde, o alto custo do preservativo feminino impossibilita sua inclusão como recurso de prevenção a ser usado amplamente pela população de mulheres. Para distribuir o preservativo feminino, o programa definiu alguns critérios: priorizar mulheres mais vulneráveis a pressões dos parceiros por estarem sujeitas a situações de desigualdade social, de gênero, de distribuição e de acesso a recursos, além de situações de violência sexual e/ou doméstica e dificuldades de acesso aos meios de prevenção. Assim, o preservativo feminino passou a ser distribuído para profissionais do sexo, mulheres em situação de violência, portadoras de HIV, usuárias de drogas e parceiras de usuários de drogas, nos Serviços de Assistência Especializada (SAE), Serviços de Saúde da Mulher, Programas de Atenção à Mulher Vítima de Violência e Organizações da Sociedade Civil (OSC), conforme definiu o documento *Estratégias e diretrizes para a prevenção das DST/AIDS entre as mulheres* (ANEXO N).

Em relação à transmissão vertical do HIV, até o ano de 2001 somente 40% das 17.000 gestantes infectadas pelo HIV, estimadas no Brasil, haviam sido detectadas, as quais tiveram seu tratamento garantido embora ainda de forma muito heterogênea nas várias regiões. Considerando-se que os maiores obstáculos para ampliar essa cobertura têm sido a dificuldade de acesso a um pré-natal de qualidade e a falta de infra-estrutura de saúde local, iniciou-se o planejamento de atividades emergenciais.

Em 2002, foi implantado o Projeto Nascer-Maternidades, conforme a Portaria nº 2.104 (ANEXO L), como uma das estratégias para reduzir a transmissão vertical. As parturientes passaram a ser testadas em maternidades dos 166 municípios brasileiros nos quais é maior essa prevalência (BRASIL, 2003).

A trajetória das regulações internacionais relativas aos direitos das mulheres parece caminhar, inicialmente, na direção de garantir os direitos reprodutivos relativos à maternidade, os direitos políticos e direito ao casamento sem coação. Em sua evolução deve caminhar para um plano mais abrangente que inclua a sexualidade, considerada a partir da reprodução mas não integralmente vinculada a ela, e uma variedade de

preocupações relativas à violação de direitos e a constrangimentos motivados por discriminação de gênero (VIANNA; LACERDA, 2004).

Os avanços na legalização dos direitos humanos das mulheres acontecem em disputa com os valores morais mais conservadores, entre os quais o modelo de família, usualmente representada como base da sociedade, e os tabus em torno da sexualidade. Sua articulação com a epidemia da AIDS, cuja política também se desenvolve no âmbito dos direitos humanos, parece apontar para questões similares que são estruturantes das relações desiguais de poder.

A vulnerabilidade ao HIV e à AIDS, compreendida como social, política e economicamente estruturada, mantida e organizada, cada vez mais é vista de forma conectada às questões de desigualdade e injustiças sociais e econômicas. Essa compreensão tem nos levado a reexaminar a dinâmica do poder, seja no nível das relações sexuais e de gênero, seja no nível das estruturas e processos globais. Onde quer que a epidemia se manifeste ela revela estruturas de divisão e desigualdades sociais. Quer sejam as formas de opressão sexual e de discriminação associadas a *gays*, profissionais do sexo e usuários de drogas, quer sejam as relações desiguais de poder entre homens e mulheres que têm sido associadas à expansão da infecção pelo HIV entre mulheres ou, ainda, as injustiças econômicas associadas à expansão da epidemia entre os pobres. Tanto nos países desenvolvidos quanto nos subdesenvolvidos opressão e desigualdade têm sido a força mais poderosa na definição da epidemia (FARMER, 1999; FARMER; CONNORS; SIMMONS, 1992; PARKER; GALVÃO, 1996; SINGER, 1997).

6 A AIDS NO BRASIL

A remontagem do cenário da chegada da AIDS no Brasil nos remete ao período compreendido entre meados da década de 1970 até 1982, ano em que foi identificado o primeiro caso de AIDS no Brasil. Naquele momento o conhecimento público e institucional sobre a AIDS se inseriu numa nova realidade política e social do país, conforme observa Marques (2002):

Em meados da década de 1970, o fortalecimento e a intensificação de uma pressão social por mudanças políticas no país, representada no campo da saúde pelo movimento de reforma sanitária, e as articulações de forças democráticas que ocuparam posteriormente importantes posições de poder, essenciais na configuração da mudança da assistência à saúde no Brasil, foram os fatores que, ao se articularem nesse período, estabeleceram o cenário inicial para a construção das respostas políticas à epidemia. (MARQUES, 2002, p. 66).

Entre 1979 e 1982, a divisão interna do bloco político de apoio ao regime militar abriu uma espaço para o avanço das forças políticas de oposição. Nesse período, a crise econômica transformou-se, qualitativamente, na crise política do regime militar no Brasil (FIORI; KORNIS, 1994).

Depois de anos de apatia, a sociedade brasileira retornava às ruas para o exercício da mobilização pública. O movimento sindical que daria origem ao Partido dos Trabalhadores (PT) vivia seus anos áureos. O dia do trabalhador era celebrado pelas organizações sindicais e reunia multidões em shows que resgatavam o hino contra a ditadura *Para não dizer que não falei das flores*. As greves de operários paulistas repercutiram nacional e internacionalmente, a mobilização contra a carestia também ganhou as ruas e o movimento pelas “diretas já” levou multidões às praças para reivindicar o voto direto para a escolha do presidente. Enfim, inúmeras forças sociais empreenderam uma luta política, formando um bloco expressivo para exigir do governo militar mudanças estruturais importantes. A sociedade brasileira mobilizou-se em vários grupos a favor da democratização (GERSCHMAN, 1995).

No início da década de 1980, alguns costumes e temas tabus começaram a ser tratados na mídia. Dois programas televisivos sintetizaram esta fase. O primeiro, *Malu Mulher*, tratava de temas referentes às discriminações sofridas pelas mulheres. O segundo, *TV Mulher*, era composto de dois quadros revolucionários: um sobre sexualidade, apresentado pela sexóloga Marta Suplicy, e o quadro de humor feito pelo cartunista Henfil, que fazia uma crítica permanente ao regime militar.

O final da ditadura militar e o retorno do regime civil, no início da década de 1980, foram marcados por um aumento importante do número de organizações não-governamentais, com objetivos diversos: a reforma agrária, a igualdade racial, a saúde da mulher e a ecologia. Essas questões diversas estavam interligadas, acima de tudo, por uma

preocupação compartilhada com o papel da sociedade civil na defesa do processo democrático, dos valores da cidadania e da preservação dos direitos humanos básicos (PARKER, 1994).

É nesse cenário que a AIDS chega ao Brasil. O primeiro caso, oficialmente registrado, ocorreu em julho de 1982. Outros foram surgindo e sempre identificados em homens com práticas homo e bissexuais, com nível de escolaridade superior e médio. Em 1983, registrou-se o primeiro óbito por AIDS e o primeiro caso de AIDS em uma mulher.¹⁵ Mais tarde, um estudo retrospectivo indicou uma ocorrência de AIDS em São Paulo, ainda em 1980, ano que passou a ser referido em todas as análises epidemiológicas sobre o HIV no Brasil como o marco inicial (GRANGEIRO, 1994).

No Brasil, como nos Estados Unidos, ocorria a associação da AIDS com os grupos de risco (homossexuais, usuários de drogas injetáveis e prostitutas). Perpetuava-se no imaginário social a incompreensão *de quem estava em risco e quem não estava*, como se uma doença pudesse ter preferência sexual, social ou étnica (MARTIN, 1994).

Esses grupos populacionais, tidos como *minorias*, já eram estigmatizados e sofriam discriminações. Com a epidemia, acompanhada do conceito de grupo de risco, passaram a ser vistos como principais responsáveis por sua disseminação. A epidemiologia foi um pretexto para reforçar a divisão social e os maus-tratos aos referidos grupos (MICHALIZEN, 1999).

Se por um lado a AIDS provocou os mais arbitrários julgamentos de valor, por outro possibilitou as mais diversas respostas de pessoas, entidades e grupos organizados da sociedade civil, que se mobilizaram em defesa dos direitos das pessoas infectadas pelo HIV e com AIDS. Essa mobilização, gerada por diferentes atores sociais, reavivou conceitos e expressões que se julgavam perdidos entre as décadas de 1960 e 1970: militante/militância; ativista/ativismo (GALVÃO, 1994).

A relevância da mobilização da sociedade civil é reconhecida por Paulo Roberto Teixeira em 2004, quando afirma: “As ONGs foram o primeiro passo para a criação dos programas e a organização da resposta nacional” (TEIXEIRA, 2004 apud CASTRO; SILVA, 2005, p. 54).

¹⁵ Já se observava ocorrência precoce de casos dissociados do padrão social epidemiológico dominante e não eram relevados. (op. Cit.:97 in Lima 2002).

A mobilização e a organização social foram determinantes para a definição das estratégias de enfrentamento da AIDS, estruturadas sobretudo para a construção dos princípios éticos e políticos de solidariedade, diversidade, direitos e cidadania de forma articulada. Embora a mídia e os noticiários internacionais dêem ênfase ao Programa Nacional de DST/AIDS, quando se trata da resposta brasileira à AIDS, qualquer pessoa mais envolvida na construção coletiva sabe claramente que o programa é resultado de uma mobilização muito mais ampla da sociedade brasileira (CASTRO; SILVA, 2005).

Merece registro como marco dessa mobilização o surgimento de Organizações Não-Governamentais (ONG) direcionadas, prioritariamente, ao trabalho com AIDS. Em 1985, surgiu, em São Paulo, o Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS, cujo principal objetivo era atendimento e apoio ao portador e orientação aos familiares. Em 1986, nasceu, no Rio de Janeiro, a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, com o fim de desenvolver estudos pesquisas e intervenções relevantes. Em 2003, a estimativa era de que já existiam cerca de 2.000 organizações com atuação voltada para a AIDS (TEIXEIRA, 1997).

Nos primeiros anos, a epidemia se expandia velozmente. Em São Paulo, no Rio de Janeiro e no Rio Grande do Sul, os casos já atingiam o dobro; em outros estados da federação também eram registrados casos da doença. A partir do final da década de 1980, observou-se a disseminação da doença para várias regiões. Apesar de ter registro em todos os estados, dados do Boletim Epidemiológico AIDS (BRASIL, 1999) mostram que a epidemia não se distribuiu de forma homogênea, observando-se maior concentração de casos nas regiões Sudeste e Sul.

Conforme reflexão de Szwarcwald,

Hoje o que denominamos de epidemia de AIDS no Brasil é de fato o somatório de subepidemias microrregionais em interação permanente, devido aos movimentos migratórios, aos fluxos comerciais e de transporte, aos deslocamentos de mão-de-obra, ao turismo, ou seja, de forma mais geral à mobilidade da população. (BRASIL, 2004a, p. 21).

No final dos anos 80 e início dos anos 90, embora ainda atingisse, basicamente, as regiões metropolitanas e cidades de tamanho médio (200 a 500 mil habitantes), a epidemia se expandiu para todos os estados brasileiros e o número de casos notificados aumentou rapidamente. Segundo dados do Ministério da Saúde, a velocidade de crescimento da epidemia no país foi de, aproximadamente, 36% ao ano, no período de 1987 a 1996. Apesar

de apresentar as maiores taxas de incidência, a região Sudeste é a que, atualmente, evidencia o menor ritmo de crescimento e a maior tendência à estabilidade (BRASIL, 2000).

Ficou evidente que o maior ritmo de crescimento ocorria em municípios pequenos, com menos de 50.000 habitantes. O fato indica que, nesses municípios, a epidemia estava ainda na fase inicial da expansão (BRASIL, 2004a).

Em 1987, alterou-se o perfil epidemiológico da AIDS. Entre as ocorrências notificadas, dois terços foram em mulheres com baixa ou nenhuma escolaridade, em contraposição ao início da epidemia quando predominavam os casos em pacientes masculinos de nível superior ou segundo grau. Já então se percebia a interiorização, a feminização e a pauperização que hoje marca o perfil epidemiológico da AIDS no Brasil (LIMA, 2002).

No entanto, foi apenas no início dos anos 90 que a mudança de perfil da epidemia e o crescimento da transmissão por via heterossexual ganharam visibilidade, concomitantemente ao reconhecimento internacional. Sobre essa distância entre os dados epidemiológicos e o reconhecimento de sua existência, alguns autores refletem que a caracterização científica e a construção simbólica sobre a epidemia foram marcadas por representações errôneas e preconceituosas, tanto em relação aos homossexuais quanto em relação às mulheres. Mesmo com as evidências acumuladas de que a transmissão do HIV podia ser heterossexual, os discursos científico e popular continuaram, até recentemente, a excluir as mulheres da epidemia, apesar da dramática situação da África, onde as taxas de infecção de mulheres já era igual à de homens (CAROVANO, 1991; GUIMARÃES, 1992; RAMOS, 1992; TREICHLER, 1988).

Como importante consequência da disseminação entre as mulheres, o número de crianças infectadas pela transmissão vertical do HIV aumentou substancialmente. Merecem estudos as consequências da expansão da feminização da epidemia nas regiões Norte e Nordeste.

6.1 Políticas públicas relativas à AIDS no Brasil

O conhecimento público da AIDS no Brasil chegou pela imprensa, que repercutiu quase imediatamente os noticiários veiculados nos EUA em 1981. Antes que se registrasse qualquer caso da *nova doença* em solo brasileiro, a *epidemia de significados* já se alastrava em nosso meio.

Na esteira de uma crise econômica que lhe minava cada vez mais a legitimidade, o regime militar abrandava progressivamente seu controle sobre o processo político e organizações da sociedade civil começavam a emergir e a ocupar importantes espaços políticos (CHEQUER, 2005).

Em 1982, nas eleições diretas para os governos estaduais, a vitória da oposição nos principais estados brasileiros abriu espaço para que representações das forças sociais ocupassem posições estratégicas nos setores decisórios do cenário político do país. Embora essa nova realidade ainda estivesse circunscrita a alguns estados brasileiros, esse fato foi fundamental para a discussão e implantação de políticas públicas reformadoras. Também foi decisivo para a implantação de programas de saúde com base nos princípios norteadores do projeto já então delineado pelo movimento sanitário brasileiro. Tais princípios eram: equidade, universalidade e saúde como um direito de todos e dever do Estado (MARQUES, 2002).

Marques (2002) e Chequer (2005) comentam aquele momento:

Ao se articularem, os crescentes movimentos sociais, os princípios e diretrizes que marcaram, ainda que com dificuldade de implantação, uma mudança de sistema de saúde no Brasil, e o início do processo de redemocratização, formaram o pano de fundo para que os sujeitos dessa história dessem início à construção da política de enfrentamento à AIDS/HIV no país. (MARQUES, 2002, p. 68).

Em 1982, na primeira eleição direta para governador em anos, a oposição conquista estados significativos da Federação; em alguns destes, guindados às secretarias estaduais de saúde, participantes do movimento da reforma sanitária iniciam experiências institucionais de integração entre as várias esferas da atenção à saúde, à época separada entre secretarias estaduais e municipais de saúde, e no nível federal divididas entre a assistência ligada à previdência e

assistência social e o Ministério da Saúde. Surgem as Ações Integradas em Saúde, ensaio do que viria a ser futuramente o SUS. (CHEQUER, 2005, p. 5).

As primeiras estratégias de enfrentamento da AIDS no Brasil - que ajudaram a estruturar a política nacional de combate à AIDS - ocorreram concomitantemente à efervescência do movimento sanitarista brasileiro, cujo marco é a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Nesta conferência foi consolidada a proposta do Sistema Único de Saúde, com uma política voltada para os interesses populares, tendo como princípios a universalidade, a integralidade, a equidade, a regionalização e a hierarquização.

O Sistema Único de Saúde, universal no acesso, igualitário no atendimento assistencial e equânime na distribuição dos recursos, foi estruturado na Constituição Federal de 1988, que contempla a saúde como um direito social e dever do Estado. Assim determina a Carta Magna:

Art.196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

II - participação da comunidade.

Parágrafo único. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (BRASIL, 1988, p. 133).

Segundo o texto legal, a organização do SUS deve obedecer às seguintes diretrizes: descentralização com a fixação das direções pelas três esferas de governo (federal, estadual e municipal); atendimento integral que compatibilize as atividades preventivas com as assistenciais e participação da comunidade, definida como controle social (no sentido daquele controle exercido pela sociedade) (COHN; ELIAS, 2001).

No estado de São Paulo, durante o governo de Franco Montoro em 1982, foram identificados os primeiros casos de AIDS. Também lá tiveram início as primeiras ações de

governo com o fim de enfrentar a nova doença. Os motivos desse pioneirismo são referidos na historiografia da epidemia como sendo: o surgimento dos primeiros casos e o significativo crescimento do número deles; a presença de profissionais identificados com os princípios da reforma sanitária na Secretaria da Saúde e em outros cargos estratégicos no âmbito da saúde pública; as pressões sociais exercidas pelos grupos classificados como os mais vulneráveis à contaminação (CAMARGO, 1999; GALVÃO, 2000; TEIXEIRA, 1997).

No ano de 1983, militantes do movimento pelos direitos dos homossexuais do estado de São Paulo cobraram uma posição da Secretaria de Estado da Saúde (SES) diante da ocorrência dos casos de AIDS que eram veiculados pela mídia e que geravam preocupação e inquietação. Em resposta, a Secretaria constituiu um grupo de trabalho formado por técnicos de diferentes áreas da instituição, dentre eles médicos sanitaristas, infectologistas, especialistas em laboratório e técnicos da área social sob a coordenação da Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária do Instituto de Saúde (DHDS), que na época era responsável pela estruturação de um serviço de doenças sexualmente transmissíveis (TEIXEIRA, 1997).

As principais conclusões e propostas de atuação¹⁶ sugeridas por esse grupo de trabalho foram todas acatadas e postas em prática pela Secretaria de Estado da Saúde, constituindo-se no primeiro marco político adotado pelo Estado brasileiro, que mais tarde iria influenciar decisivamente a maioria das posições públicas assumidas pelo país. Naquele

¹⁶ Segue os trechos mais importantes do documento: Em nossas atividades pudemos constatar que, apesar de termos recebido oficialmente apenas duas notificações, a existência de diversos casos diagnosticados em nosso estado foi intensamente veiculada pela imprensa, ocasionando um clima de inquietação a até mesmo de pânico em determinados grupos da população. Desta forma, para que a Secretaria de Saúde possa dar uma resposta imediata ao problema, ... , propomos os seguintes procedimentos: 1- Designar a Divisão de Hanseníase e Dermatologia Sanitária do Instituto de Saúde para coordenar as atividades de diagnóstico, controle, orientação e tratamento dos casos de AIDS; 2-Estabelecer como Centro para diagnóstico, controle e conduta dos casos de AIDS a Seção de Elucidação Diagnóstica da Divisão de Hanseníase e Dermatologia Sanitária, que já inclui em suas atividades o diagnóstico e tratamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis; 3-Com base na lei 6959, estabelecer a Notificação Compulsória, pelos serviços e profissionais de saúde, com investigação epidemiológica, dos casos suspeitos e diagnosticados, conforme procedimento em anexo, uma vez que a AIDS se constitui em agravo inusitado à saúde em nosso estado; 4-Envio de Informe Técnico, a classe médica e aos Serviços de Saúde; 5- Distribuição de Informativo à população em geral, através dos serviços de saúde e, com o objetivo de atingir os grupos considerados de maior risco, contar com a participação de elementos desta comunidade; 6- instalação de uma linha telefônica, para informações e orientações ao público; 7 – divulgação das providências tomadas à imprensa em geral e especializada; 12 – Estudar a possibilidade de estabelecer um convenio entre a Secretaria de saúde e a OPAS, visando um estudo colaborativo através da troca de material e intercambio. (Teixeira, 1997).

momento se constituíram os referenciais éticos e políticos predominantes no discurso oficial brasileiro (TEIXEIRA, 1997).

Sobre isso escreve Marques (2002):

É importante ressaltar que o papel pioneiro do estado de São Paulo nas respostas à AIDS/HIV vai além do fato de ter sido o primeiro a ter um programa estadual oficializado contra a epidemia. Ao serem definidos os referenciais éticos e políticos comprometidos com um pensamento social em saúde e que foram norteadores do discurso e de diretrizes do programa contra a AIDS/HIV, estava referendado o caminho para a pressão política no encaminhamento desses referenciais, entre os quais a participação popular, que foi fundamental no alcance progressivo das conquistas nesse enfrentamento. Este pode ter sido o efetivo avanço no estabelecimento do primeiro referencial político para uma ação contra a AIDS no período inicial: garantir que o ideário político do direito à saúde estivesse instalado, ao menos nas propostas oficializadas nos programas estaduais. (MARQUES, 2002, p. 55).

Quase que paralelamente aos primeiros casos diagnosticados em São Paulo, a AIDS também ocorria em outros estados brasileiros. O Rio de Janeiro, desde o início da epidemia no Brasil, apresentava-se como o segundo estado em número de casos. Essa realidade requeria uma resposta ao problema por parte do Estado. As respostas iniciais à epidemia foram diferentes nos diversos estados brasileiros, conforme as possibilidades políticas existente no período, no setor da saúde.

A partir de 1985, surgiram as primeiras organizações não-governamentais dedicadas especificamente a este tema: o Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS (GAPA), criado em São Paulo, em 1985, e a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), fundada no Rio de Janeiro por Herbert de Souza, o Betinho, que levou a luta contra a AIDS no Brasil para um novo patamar (TEIXEIRA, 1997).

Somente em 1985, quando já haviam sido detectados centenas de casos de AIDS no país, o Ministério da Saúde veio a público reconhecer a gravidade do problema para a saúde pública brasileira. No dia 2 de maio daquele mesmo ano, o então Ministro da Saúde, Carlos Corrêa de Meneses Sant'Anna, criou o Programa Nacional de DST/AIDS e estabeleceu as primeiras diretrizes e normas para o enfrentamento da epidemia no país, assumindo a AIDS como um problema emergente de saúde pública, através da Portaria nº 236 (ANEXO B).

O Programa Nacional de DST/AIDS estava subordinado à Divisão de Dermatologia Sanitária do Ministério da Saúde e deveria promover a vigilância epidemiológica, a assistência médica e a divulgação de mensagens de alerta e não-discriminação. Mas é em 1986 que, efetivamente, têm início suas ações com a elaboração de normas técnicas e a formulação de políticas públicas, nas quais são incluídas as DST. O orçamento inicial declarado era de US\$ 30 milhões e a equipe era composta de 30 pessoas (LIMA, 2002).

Sob a coordenação da Dra. Lair Guerra de Macedo Rodrigues, o Programa Nacional de DST/AIDS, segundo o que foi estabelecido na Portaria nº 726/1985 (ANEXO C), nasceu articulado ao debate internacional e em diálogo com os segmentos sociais mobilizados pela epidemia. Em 1986, foi criada, através da Portaria nº 199 (ANEXO D), a Comissão Nacional de AIDS (CN/AIDS), que reunia representantes da comunidade científica e da sociedade civil organizada. Nesse ano, a AIDS foi incluída na relação de doenças de notificação compulsória no país, pela Portaria nº 1.100 (ANEXO I).

No mesmo ano foi firmado o convênio entre o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDES), hoje denominado Sistema Único de Saúde (SUS), e a Fundação Pró-Sangue, que incluía a criação da Coordenadoria Estadual de Sangue (CES) no Rio de Janeiro. O número de pacientes hemofílicos que contraíam o vírus se intensificara e o fato exigia ação eficaz para promover a necessária redução. Nessa época 11 estados já haviam organizado serviços para o enfrentamento da epidemia, nos moldes dos esforços desenvolvidos pelo estado de São Paulo. Muitas das experiências daí derivadas serviriam de substrato para a definição das estratégias nacionais nesse primeiro período. Seria possível resumir assim essas estratégias: informação, testagem/aconselhamento e ações focalizadas nos grupos considerados em maior risco de infecção por HIV/AIDS, visando à mudança de comportamento (SPINK, 1999).

Ante a gravidade da transmissão do HIV por via sanguínea, surgiram fortes pressões políticas da sociedade civil organizada, as quais terminaram por determinar resposta governamental. Estava à frente do movimento o sociólogo Herbert de Souza, o Betinho, portador de hemofilia.

Ainda em 1986, pressionada pela altíssima taxa de infecção entre hemofílicos (cerca de 90%) e pessoas que haviam recebido transfusão de sangue contaminado, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo adotou uma medida fundamental para o controle da doença:

estabeleceu por lei a obrigatoriedade de testes sorológicos para detecção de HIV no sangue e derivados em todos os hospitais, bancos de sangue, maternidades e centros hemoterápicos. Contudo, foi apenas em 1987 que o Ministério da Saúde elaborou o Plano Nacional de Sangue e hemoderivados (PLANASHE), tornando obrigatória a testagem do vírus HIV nos bancos de sangue de todo o país. Na introdução do documento, lê-se:

A natureza pandêmica da AIDS e a conseqüente mobilização emocional que tem provocado em todo o mundo reanimaram nas autoridades sanitárias brasileiras a preocupação com as patologias transmitidas pelo sangue. (LIMA, 2002, p. 8)

Em 1987, o teste Elisa chegou ao Brasil e, logo depois, foram criados, em São Paulo e no Rio Grande do Sul, os primeiros Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS). Nos anos seguintes foi estimulada a implantação desses serviços em todo o país. Os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) foram implementados no país em 1988, dando continuidade às ações dos COAS e garantindo à população o acesso à sorologia para o HIV, de modo confidencial, anônimo, gratuito e acompanhado de aconselhamento pré e pós-teste.

A instituição do *Dia Mundial de Luta contra a AIDS*, pela Organização Mundial de Saúde, fez parte de uma estratégia de mobilização, conscientização e prevenção em escala global e a data passou a ser observada também no Brasil, tornando-se mote para o lançamento de informações e campanhas educativas.

O ano de 1988 foi marcante para a saúde no país, em razão da promulgação da Constituição e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Consolidou-se o Programa Nacional de DST/AIDS e teve início o fornecimento de medicamentos para profilaxia e tratamento das infecções oportunistas. Nesse mesmo ano foi aprovada a Lei 7.670 que estende às pessoas com AIDS os benefícios já previstos para os portadores de doenças incapacitantes ou terminais: pensão especial, auxílio-doença, aposentadoria e retirada integral do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) (TEIXEIRA, 1997).

Em 1988 a Constituição Federal proibiu a comercialização de sangue e produtos derivados e, em 1989, o Congresso Nacional aprovou lei exigindo que todos os doadores de sangue fossem registrados e que fosse feita a testagem anti-HIV obrigatoriamente. Entretanto, a falta de poder das sanções legais em âmbito local e os fracassos da

implementação de qualquer tipo de aparato regulador oficial impediram a garantia de testes eficazes (PARKER, 1994).

Veio, em seguida, a lei normalizadora dos padrões técnicos adotados pelos bancos de sangue (ANEXO F) em relação a coleta, processamento e transfusão de sangue, componentes e derivados, pela qual passou a ser exigida, obrigatoriamente, a testagem do sangue para a detecção de anticorpos anti-HIV. Sobre o controle dos suprimentos de sangue, ainda hoje se suspeita da existência de municípios que não possuem aparato ou organização suficiente para garantir um controle metuculoso.

Em 1988, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo firmou convênio com 32 laboratórios de sorologia para testagem obrigatória para HIV. Foram feitas as primeiras propostas de intervenção entre usuários de drogas injetáveis (UDI), como a troca de seringas, e no Rio de Janeiro foi criado o Programa Estadual de Sangue e Hemoderivados (PROESAH).

O primeiro Boletim Epidemiológico de AIDS, editado em 1987, apontava um total de 1.906 casos de 1982 a 1987. Entretanto, o número de casos foi sendo alterado por análises retroativas, em razão de atualizações variadas e de mudanças no critério de classificação de casos, por exemplo, a inclusão do critério óbito. Novas informações da Unidade de Epidemiologia do Programa Nacional de DST/AIDS indicam para o período de 1982 a 1987, a notificação de 3.386 casos. Nesses anos iniciais não havia informações precisas sobre o número de casos que estavam ocorrendo e as notícias ficavam por conta da mídia que, na maioria das vezes, se mostrava preconceituosa e sensacionalista (BRASIL, 2000).

Em 1989, foi elaborado outro critério de definição de casos de AIDS, validado no Rio de Janeiro e recomendado em reunião organizada pela OPAS em Caracas, na Venezuela. Diferentemente da definição anterior, que considerava apenas os indivíduos maiores de 15 anos de idade, esta passou a considerar indivíduos de 13 anos ou mais. Esse novo critério, no entanto, só foi publicado em 1992, em documento intitulado *Rio de Janeiro/Caracas* (BRASIL, 1999).

Na era Collor (1990 a 1992), as medidas tomadas revelaram-se ineficazes em relação à contenção da epidemia e cruéis em relação ao tratamento. O governo rompeu com as organizações da sociedade civil e os boletins epidemiológicos foram extintos. Com a

demissão da coordenadora Lair Guerra o substituto, nomeado pelo Ministro da Saúde Alcení Guerra, foi o médico Eduardo Cortes.

A trajetória deste ministro merece destaque: pautou-se pelo total esvaziamento dos fundos, dos meios de atuação da Divisão de DST e AIDS e por altos investimentos em mídia. As campanhas de sensibilização eram fundamentadas em impactos agressivos contra a AIDS. Invadiram televisão, rádio e *outdoors* frases como: *Se você não se cuidar, a AIDS vai te pegar. Quem vê cara não vê AIDS. Eu tenho AIDS, eu não tenho cura.* Segundo o Ministério da Saúde, as campanhas tiveram um custo de U\$500 mil rateados entre dez grandes empresas. Elas tiveram grande visibilidade e foram consideradas pelo público em geral como o exemplo mais claro da resposta do governo à epidemia. Seu resultado, porém, não poderia ter sido pior e suscitou diversas e intensas reações da sociedade civil e até mesmo dos patrocinadores. (TEIXEIRA, 1997).

É importante destacar que o discurso governamental em relação à AIDS veiculado nas campanhas, pela primeira vez na história brasileira da AIDS, estava totalmente divorciado dos anseios dos movimentos organizados.

No pouco tempo que esteve no poder, o Governo Collor frustrou as negociações para que o Brasil fosse incluído no projeto para testagem de vacinas anti-HIV, coordenado pela OMS. O Ministério da Saúde afirmou que o país não seria *cobaia* e ignorou as garantias técnicas e éticas contidas no projeto, colocando em dúvida a idoneidade da OMS e contrariando as expectativas nacionais dos pesquisadores, dos movimentos sociais, das instituições universitárias e órgãos governamentais. Essa postura levou ao isolamento dos organismos internacionais. No entanto, uma medida tomada pelo governo Collor iria se caracterizar como efetivo avanço das políticas públicas relativas à AIDS no país: a decisão de adquirir e distribuir gratuitamente os medicamentos especiais para os pacientes de AIDS. Essa medida, que reconhecia o direito das pessoas afetadas de ter acesso aos recursos terapêuticos disponíveis nos países mais avançados, contrariava as diretrizes adotadas pela OMS e OPAS para que nos países pobres os recursos disponíveis fossem investidos em prevenção (TEIXEIRA, 1997).

Com a notícia de que o AZT (zidovudina), primeiro medicamento desenvolvido para combater a multiplicação do HIV no organismo, seria distribuído gratuitamente, verificou-se um aumento significativo do número de notificações. Fica evidente, assim, a

subnotificação da epidemia. Com as violentas reações das ONG denunciando a insuficiência da quantidade adquirida de AZT em relação à demanda, bem como a existência de grande quantidade de medicamentos com o prazo de validade vencido, criou-se o cenário de conflitos entre as ONGs e até mesmo os próprios serviços oficiais de saúde e o governo federal. Toda a direção da Divisão de DST e AIDS foi demitida, inclusive a Dra. Lair Guerra. Depois do *impeachment* do presidente Collor, ocorreu a demissão do ministro Alcení Guerra motivada por acusações de corrupção e clientelismo político em seu Ministério. Ao final de 1991, o Programa Nacional de DST/AIDS já não tinha legitimidade alguma (TEIXEIRA, 1997).

Na área de prevenção, em 1992 foi publicada a Portaria Interministerial nº 796, editada pelo Ministério da Saúde (MS) e pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), que visava combater a discriminação nas escolas públicas e privadas e instituir a implantação de programas de prevenção às DST/HIV/AIDS nas escolas. O Ministério da Educação, porém, decididamente não se envolveu nas ações de enfrentamento da AIDS, apesar do clamor popular para que essas ações fossem incluídas no currículo escolar (TEIXEIRA, 1997).

Com o processo de *impeachment* do presidente Collor, assumiu o governo seu vice Itamar Franco, que nomeou para Ministro da Saúde o Dr. Adib Jatene. O novo Ministro remodelou o Ministério e reconduziu a Dra. Lair Guerra ao Programa Nacional de DST/AIDS, dando-lhe a tarefa de restaurar o Programa. Em 1993, foi realizado, pelo Ministério da Saúde através do Programa de Alternativas Assistenciais, o credenciamento dos hospitais para o atendimento dos doentes. Foram criados diversos serviços como o Serviço Ambulatorial Especializado (SAE), o Hospital-Dia (HD), a Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT), a Capacitação de Recursos Humanos para ações de controle das DSTs/AIDS no país, os Centros de Referência Nacional para capacitação de profissionais e os Centros de Treinamento em DST (TEIXEIRA, 1997).

A entrada em cena do Banco Mundial como financiador de projetos na área da saúde reconfigurou o cenário internacional e, em 1993, o Brasil assinou um primeiro acordo com o Banco, fortalecendo, assim, o desenvolvimento do programa nacional. O incentivo do acordo à participação das ONG no programa, apesar de alguns problemas,

aumentou a participação política das organizações na formulação e implementação das políticas nacionais nesta área (CHEQUER, 2005).

No período de 1993 a junho de 1998, a partir do primeiro acordo com o Banco Mundial (BIRD), segundo o documento do Programa Nacional de DST/AIDS, foram financiados 559 projetos de ONG. Tais projetos estavam voltados para diversos segmentos populacionais e foram propostos por 174 instituições que investiriam em estratégias de formação de multiplicadores de informação (CASTRO; SILVA, 2005).

O início dos anos 90 trouxe para a política da AIDS a construção dos princípios norteadores da cooperação técnica. O Banco Mundial e outros doadores multilaterais adotaram, nos anos recentes, a retórica do desenvolvimento “de baixo para cima” e de “ajudarem os povos a ajudarem a si próprios”. Trata-se, portanto, de uma cooperação horizontal na qual os próprios países identificam gargalos na implementação de suas políticas públicas (CASTRO; SILVA, 2005).

Em 1993, o Brasil registrou 39.500 casos de AIDS até o mês de julho, sendo 60% por transmissão sexual.

Em 1995, foi estruturada a cooperação com as universidades por meio do Projeto UNIVERSAIDS. As articulações com as organizações da sociedade civil experimentaram avanços e trouxeram várias e importantes contribuições para a estruturação de projetos de prevenção. Uma delas foi a criação do calendário padrão anual de campanhas obrigatórias: no período do Carnaval (fevereiro ou março), com ênfase no uso da camisinha e no Dia Mundial de Luta Contra a AIDS, já definido pela OMS, com ênfase na solidariedade. As primeiras campanhas, especificamente direcionadas para adolescentes e jovens, traduziam a mudança de discurso e filosofia de prevenção. Em um dos filmes, tido como direcionado para mulheres jovens, aparecia uma adolescente dizendo:

[...] fria, eu!?porque não deixei ele chegar aos finalmentes?

Sem camisinha, diga não.

E o slogan: Você precisa aprender a transar a existência da AIDS.

Em 1996, foi determinado pela Portaria nº 9.313 o uso de terapia combinada. Nesse ano, o custo médio anual ponderado da terapia anti-retroviral por paciente, no Brasil, ficou em torno de US\$ 3.810,00 (BRASIL, 1999).

Os resultados dos estudos realizados em 1998 apresentavam a estimativa de que, no ano 2000, o Brasil teria 597 mil pessoas infectadas pelo HIV. Esse dado contrariava as estimativas internacionais, elaboradas em 1992, que previam para 1,2 milhão de brasileiros infectados em 2000. Esses dados revelam que, provavelmente, a atuação do Programa entre 1992 e 1998 alterou para menos a estimativa do número de pessoas infectadas.

Em 1999 foi feita a revisão dos critérios de definição de caso de AIDS em crianças implementados em 2000, quando foi elaborada nova ficha de notificação. Por determinação da Portaria nº 993/2000 (ANEXO J), implantou-se a notificação universal e obrigatória das gestantes soropositivas e crianças expostas ao HIV com inclusão desses agravos entre as doenças de notificação compulsória no país.

Ainda em 1999 implantou-se a Rede Nacional de Estudos da Resistência de HIV aos Anti-retrovirais, uma rede de laboratórios que realiza testes de sequenciamento de RNA viral para fazer a vigilância de circulação de cepas de HIV resistentes aos anti-retrovirais. Nesse mesmo ano, pesquisa nacional sobre sexualidade da população brasileira, feita pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP), revelou mudanças de comportamento em relação ao uso de preservativos. Os dados mostravam que 48% das pessoas usaram preservativo na primeira relação sexual. Vale estabelecer comparação com o estudo da Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar (BENFAM), de 1986, segundo o qual o preservativo era usado por apenas 5% da população sexualmente ativa. A taxa obtida pelo CEBRAP sobe para 71% entre a população de maior escolaridade, alcançando valores equivalentes ou maiores do que aqueles encontrados em estudos realizados na Europa e Estados Unidos. (CASTRO; SILVA, 2005).

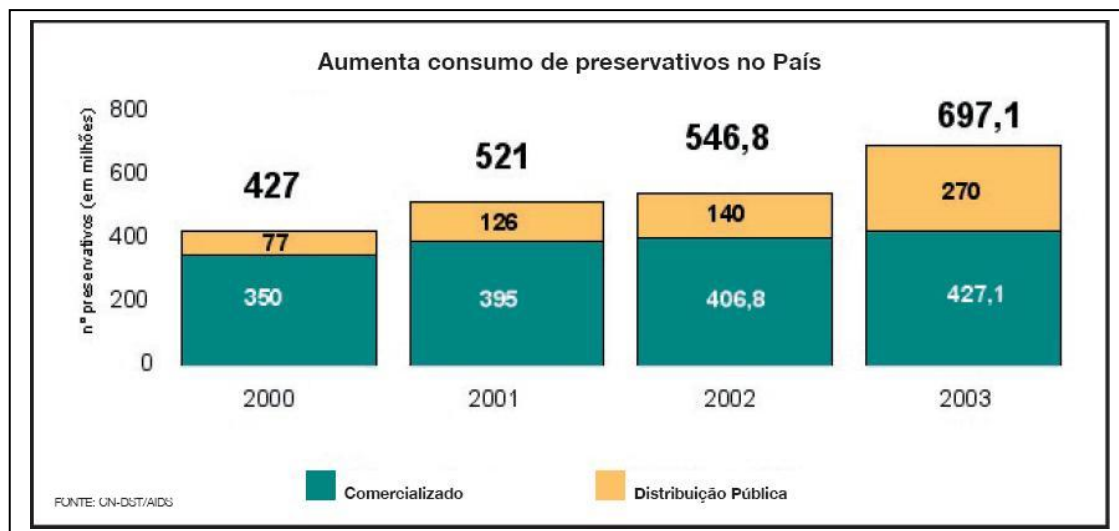


FIGURA 2 – Distribuição do número de preservativos consumidos no Brasil, no período de 2000 a 2003, por comercialização e distribuição pública.

O período referente ao governo Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) foi marcado por avanços e recuos. No fluxo do debate internacional e da expansão da epidemia na população de mulheres, a primeira campanha realizada nesta gestão foi dirigida às mulheres de 15 a 40 anos, com escolaridade até o ensino médio, cujo *slogan* - *Quem se ama, se cuida* – abordava a transmissão perinatal de DST e enfatizava o sexo seguro (CASTRO; SILVA, 2005).

Em 1996, Dra Lair Guerra, que havia sido reconduzida à Coordenação do Programa em 1993, sofreu um acidente grave e seu assistente Dr. Pedro Chequer assumiu a Coordenação Geral do Programa Nacional de DST/AIDS, dando continuidade às diretrizes do programa que, em 1997, passou a ser denominado Coordenação Nacional de DST/AIDS (CN/DST/AIDS). Mais que uma mudança semântica, a Coordenação passava a ter maior autonomia que o Programa Nacional. Em julho desse mesmo ano foi implantado o TELELAB: composto de uma rede de laboratórios para testagem de linfócitos CD4 e carga viral. Esses dados foram fundamentais para a introdução da terapia combinada em pacientes soropositivos ou doentes de AIDS. Foi criado o Disque-Saúde – pergunte AIDS, serviço gratuito oferecido à população para tirar dúvidas e obter informações sobre a doença.

Em 1998, foi assinado o segundo acordo de empréstimo com o Banco Mundial, chamado *AIDS II: desafios e propostas*. Nesse ano também foram redefinidas as responsabilidades pelo financiamento dos gastos em relação à AIDS: a União se incumbiria do financiamento e aquisição dos anti-retrovirais, enquanto estados e municípios assumiriam o tratamento das manifestações associadas à AIDS (infecções oportunistas). É ainda desse período a lei que define como obrigatória a cobertura das despesas hospitalares com AIDS pelos seguros-saúde privados. Nesses casos, no entanto, a lei não assegura tratamento anti-retroviral (CASTRO; SILVA, 2005).

Desde o ano de 2001, o Programa Nacional de DST/AIDS vem recebendo maior reconhecimento internacional por seu trabalho do qual fazem parte: a defesa da indivisibilidade do tripé prevenção – assistência – direitos humanos; o acesso a medicamentos anti-retrovirais de qualidade e baixo custo; a implantação de política mundial de preços diferenciados de medicamentos e a flexibilização do acordo de propriedade intelectual (patentes de medicamentos) na Organização Mundial de Comércio (OMC) e na ONU (CASTRO; SILVA, 2005).

Nesse ano também o custo médio da terapia anti-retroviral por paciente/ano atingiu o patamar de US\$ 2.530,00. Isso se deveu à produção de vários medicamentos no Brasil e ao sucesso na obtenção de redução dos preços das outras drogas não produzidas nacionalmente, que atingiram níveis de 60% a 80%, o que representa uma redução de 33% (CASTRO; SILVA, 2005).

Ainda em 2002, levantamentos mostraram que, a partir do início do funcionamento da Rede Nacional de Laboratórios de Contagem de Linfócitos TCD4+ e carga viral, em 1998, foram realizados 600.000 testes em 73 laboratórios de contagem linfocitária e 65 laboratórios de quantificação de RNA do HIV. Foi implantada, no sistema de adesão, a vigilância epidemiológica do HIV entre usuários dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) em DST/AIDS e também no Sistema de Informação dos CTA (SI-CTA) (CASTRO; SILVA, 2005).

Sobre as ações de prevenção levantamentos mostraram que em 2001 havia 2.486 municípios brasileiros que incorporaram temas sobre DST/AIDS e drogas no currículo escolar, o que representou um total de 45% dos municípios brasileiros (CASTRO; SILVA, 2005).

A partir de 2002 as vendas de preservativos indicam um consumo de 600 milhões de unidades por ano, sendo 250 milhões distribuídos gratuitamente e 350 milhões vendidos em farmácias, supermercados ou distribuídos por ONG a preços reduzidos. Para aumentar o uso é necessário baratear ainda mais os custos, diversificar os pontos de venda e ampliar a divulgação nos meios de comunicação. Em 2002 o Programa Nacional adquiriu 4 milhões de preservativos femininos.

No ano de 2003, foram realizadas várias revisões dos critérios de definição de casos de AIDS em adultos e crianças, dos critérios de definição de casos de sífilis congênita e do fluxograma para definição de infecção pelo HIV em adultos e crianças. As novas definições entraram em vigor a partir de janeiro de 2004.

6.2 O perfil da epidemia no Brasil

No Brasil a notificação dos casos de AIDS passou a ser compulsória em 1986 por determinação da Portaria nº 542 do Ministério da Saúde (ANEXO E). Ela deve ser feita por meio do preenchimento de uma ficha de vigilância epidemiológica pelos clínicos. É com base nessas notificações repassadas às autoridades de saúde municipais, estaduais e federais que são feitas as contagens nacionais. A falta de infra-estrutura dos órgãos de saúde municipais e estaduais para proceder à investigação dos dados dessas fichas leva à defasagem de informação.

Podemos listar várias razões para a subnotificação. Em primeiro lugar, há uma dificuldade de diagnóstico que se deve não apenas às dificuldades de classificação já apontadas, mas também às dificuldades para realizar o teste de anticorpo para o HIV em razão de escassez de centros de testagem anônima, demora na entrega de resultados, falta de orientação e acompanhamento, etc. Em segundo, existe uma atitude comum de, mesmo em casos de diagnóstico claro, dar pouca importância ao ato de notificá-lo às entidades sanitárias, ou ainda, de não o fazer para proteger as pessoas das várias discriminações associadas à AIDS (PARKER, 1994).

É importante, para melhor compreensão dos dados, fazer um breve relato das mudanças ocorridas nesse período na vigilância epidemiológica da AIDS.

Em 1993, na vigilância epidemiológica, inicia-se a implantação do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), pelo Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). No ano seguinte, este sistema passou a ser utilizado para notificar casos de AIDS (SINAN-AIDS). Decidiu-se também pela inclusão do critério de óbito para definição dos casos de AIDS, visando diminuir e corrigir a subnotificação de casos.

Em 1998, ocorreu a revisão da definição nacional de casos de AIDS em indivíduos com 13 anos ou mais e, em 1999, a revisão dos critérios de definição de caso de AIDS em crianças. Tais alterações foram implementadas em 2000, quando foi elaborada nova ficha de notificação. Nessa mesma época passou a vigorar a notificação universal e obrigatória das gestantes soropositivas e crianças expostas ao HIV, com a inclusão desses agravos entre as doenças de notificação compulsória do país, conforme a determinação da Portaria nº 993 de 2000 (ANEXO J).

No ano de 2003, foram realizadas as revisões dos critérios de definição de casos de AIDS em adultos e crianças, dos critérios de definição de sífilis congênita e do fluxuograma para definição da infecção pelo HIV em adultos e crianças. As novas definições entraram em vigor a partir de janeiro de 2004 e têm como objetivos reduzir a subnotificação e melhorar a qualidade dos dados oficiais (BRASIL, 2004a).

O Boletim Epidemiológico de janeiro a junho de 2004 (BRASIL, 2004a) apresentou uma nova composição das informações, agora divididas em quatro grupos:

- a) casos de AIDS com notificação transferida das secretarias estaduais de saúde ao setor de produção do DATASUS¹⁷, do Ministério da Saúde, até 30 de junho de 2004;
- b) casos de AIDS com contagem de linfócito T CD4+ menor que 350 mm³, de acordo com a definição de caso de AIDS mais sensível para fins de vigilância epidemiológica, registrados *on line* até 30 de junho de 2004, no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL), instalado na rede de 72 laboratórios em todo o país;
- c) óbitos, que tiveram como causa básica a AIDS (B20 a B24), registrados no Sistema

¹⁷ DATASUS- banco de dados do sistema único de saúde;

de Informação sobre Mortalidade (SIM), do Departamento de Análise da Situação de Saúde (DASIS), também da Secretaria de Vigilância em Saúde;

d) casos de sífilis congênita notificados ao Ministério da Saúde até 30 de junho de 2004.

Um grande ganho obtido do inter-relacionamento dos bancos de dados foi a obtenção da informação em tempo oportuno. Isso possibilitou melhor visualização das tendências da epidemia até o ano de 2003, embora faltem aos casos registrados no SISCEL as informações epidemiológicas e sociodemográficas obtidas pela investigação dos casos, utilizando-se a Ficha de Notificação/Investigação de Casos de AIDS em Adulto e Criança. Entretanto, não se considera o processo de busca de casos subnotificados finalizado, mesmo porque a variação de casos observada de 1998 a 2001 certamente é ainda explicada pela falta de notificação de casos já identificados (BRASIL, 2004a).

Cabe destacar também a importância da notificação e da consequente formação do banco de dados para o conhecimento do perfil da epidemia no Brasil.

A tendência de crescimento da epidemia também tem sido observada em todas as regiões geográficas, com exceção da região Sudeste, que, em 2003, apresentou taxa de incidência de 24,6 por 100 mil habitantes, menor do que a observada em 1998, de 29,4 casos por 100 mil habitantes. Nas demais regiões, o crescimento da epidemia ainda é acentuado (Tabela 1) (BRASIL, 2004a).

TABELA 1 - Casos de AIDS segundo a UF e região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2004.

TABELA I - Casos de aids segundo UF e região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2004*.

| UF de Residência | 1980-1992** | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | Total 1980-2004 |
|---------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-----------------|
| Brasil | 53137 | 18122 | 19972 | 22509 | 26420 | 29004 | 31622 | 28405 | 28531 | 27136 | 31047 | 32526 | 13833 | 362364 |
| Norte | 581 | 244 | 352 | 408 | 505 | 629 | 717 | 815 | 778 | 837 | 1056 | 1219 | 620 | 8763 |
| Rorônia | 58 | 29 | 52 | 66 | 61 | 65 | 75 | 56 | 81 | 79 | 96 | 79 | 18 | 814 |
| Acre | 33 | 11 | 17 | 1 | 8 | 15 | 24 | 30 | 25 | 30 | 40 | 36 | 35 | 305 |
| Amazonas | 154 | 59 | 87 | 93 | 129 | 205 | 226 | 298 | 317 | 269 | 350 | 374 | 270 | 2831 |
| Roraima | 36 | 7 | 9 | 10 | 18 | 19 | 22 | 28 | 47 | 37 | 33 | 91 | 73 | 430 |
| Pará | 254 | 118 | 157 | 189 | 236 | 247 | 266 | 294 | 209 | 304 | 401 | 525 | 161 | 3380 |
| Amapá | 16 | 1 | 7 | 18 | 22 | 43 | 27 | 48 | 38 | 45 | 65 | 37 | 22 | 389 |
| Tocantins | 30 | 19 | 23 | 31 | 31 | 35 | 58 | 61 | 61 | 73 | 74 | 77 | 41 | 614 |
| Nordeste | 4255 | 1428 | 1610 | 1813 | 2330 | 2713 | 3091 | 3083 | 2915 | 2962 | 3400 | 3351 | 1473 | 34424 |
| Maranhão | 285 | 118 | 130 | 153 | 193 | 236 | 316 | 272 | 282 | 296 | 275 | 270 | 96 | 2921 |
| Piauí | 112 | 30 | 63 | 83 | 92 | 116 | 91 | 113 | 147 | 149 | 143 | 92 | 56 | 1287 |
| Ceará | 880 | 218 | 279 | 380 | 417 | 530 | 674 | 632 | 591 | 661 | 739 | 863 | 487 | 7161 |
| Rio Grande do Norte | 218 | 79 | 96 | 77 | 113 | 134 | 177 | 135 | 167 | 175 | 117 | 147 | 16 | 1651 |
| Paraíba | 294 | 116 | 144 | 131 | 157 | 144 | 194 | 260 | 191 | 212 | 200 | 283 | 184 | 2510 |
| Pernambuco | 1039 | 326 | 357 | 415 | 581 | 588 | 796 | 673 | 655 | 727 | 952 | 705 | 200 | 8023 |
| Alagoas | 232 | 86 | 97 | 102 | 152 | 212 | 129 | 159 | 137 | 162 | 219 | 218 | 37 | 1942 |
| Sergipe | 148 | 54 | 92 | 87 | 90 | 103 | 111 | 128 | 112 | 74 | 106 | 175 | 60 | 1340 |
| Bahia | 1247 | 401 | 352 | 375 | 535 | 640 | 606 | 711 | 633 | 506 | 649 | 598 | 337 | 7389 |
| Sudeste | 41044 | 13252 | 14165 | 15707 | 18049 | 19035 | 20257 | 17576 | 16935 | 15481 | 17580 | 18515 | 7814 | 235410 |
| Minas Gerais | 2986 | 1630 | 1963 | 2013 | 2040 | 2104 | 2003 | 2100 | 1929 | 1633 | 2338 | 2755 | 852 | 28346 |
| Espírito Santo | 330 | 175 | 218 | 208 | 269 | 377 | 436 | 438 | 443 | 487 | 648 | 684 | 298 | 5011 |
| Rio de Janeiro | 9235 | 2434 | 2561 | 2984 | 3747 | 4230 | 4239 | 3721 | 3676 | 3554 | 4067 | 4532 | 1878 | 50860 |
| São Paulo | 28493 | 9013 | 9423 | 10502 | 11993 | 12324 | 13579 | 11317 | 10885 | 9807 | 10527 | 10544 | 4786 | 153193 |
| Sul | 5078 | 2288 | 2781 | 3322 | 4119 | 4944 | 6025 | 5577 | 6303 | 6223 | 7047 | 6963 | 2849 | 63519 |
| Paraná | 1175 | 586 | 666 | 917 | 1226 | 1569 | 1658 | 1668 | 1802 | 1760 | 1853 | 2152 | 812 | 17903 |
| Santa Catarina | 1198 | 588 | 780 | 992 | 1168 | 1202 | 1503 | 1357 | 1493 | 1576 | 1748 | 1507 | 534 | 15646 |
| Rio Grande do Sul | 2705 | 1114 | 1305 | 1413 | 1726 | 2173 | 2864 | 2522 | 3008 | 2887 | 3446 | 3304 | 1503 | 29970 |
| Centro-Oeste | 2179 | 910 | 1064 | 1299 | 1417 | 1683 | 1532 | 1354 | 1600 | 1633 | 1962 | 2478 | 1177 | 20248 |
| Mato Grosso do Sul | 497 | 287 | 244 | 273 | 338 | 338 | 339 | 285 | 288 | 325 | 368 | 424 | 181 | 4187 |
| Mato Grosso | 320 | 115 | 186 | 219 | 308 | 354 | 307 | 189 | 270 | 279 | 405 | 581 | 379 | 3912 |
| Goiás | 727 | 289 | 387 | 491 | 436 | 582 | 519 | 495 | 613 | 677 | 807 | 880 | 344 | 7227 |
| Distrito Federal | 635 | 219 | 247 | 276 | 335 | 409 | 367 | 385 | 429 | 352 | 382 | 613 | 273 | 4922 |

*Casos notificados no SIMAN e registrados no SISCEL até 30/06/04.
 **Para os anos de 1980 e 1992, consultar Boletim Epidemiológico Aids: anotações ou para maiores detalhes acessar www.aids.gov.br no menu DADOS e PESQUISAS.
 Fonte: MMS/SVPV, DST e Aids.

A escolaridade tem sido utilizada como variável para traçar o perfil socioeconômico dos casos notificados, uma vez que a notificação não traz outras variáveis e ainda é alto o percentual de casos ignorados. Portanto, quando se toma este aspecto como ponto de partida, verifica-se que até 1982, em 100% dos casos com escolaridade conhecida, as pessoas tinham nível superior ou até 11 anos de estudo. Nos anos seguintes o registro de casos com menor escolaridade aumentou significativamente. De 1999 a 2000, entre os casos com escolaridade conhecida, 74% eram pessoas analfabetas ou que tinham até 8 anos de escolaridade, e apenas 26% tinham mais de 11 anos de escolaridade ou curso superior. Essa tendência tem aumentado em relação a homens e mulheres (BRASIL, 2000).

Quando esta variável é tomada apenas em relação às mulheres, verifica-se que vem ocorrendo desde 1987 a predominância de casos de baixa ou nenhuma escolaridade. Naquele ano dois terços das ocorrências já pertenciam a esse grupo, tendo alcançado o percentual de 78% em 1994. Observa-se, ainda, uma diferença significativa nas ocorrências de analfabetos segundo o sexo: do total acumulado de notificações, apenas 3,5% são homens, enquanto 6,1% são mulheres (CHEQUER; CASTILHO, 1994).

TABELA 2 – Casos de AIDS (número e percentual) em indivíduos com 19 anos de idade ou mais, segundo escolaridade, por sexo e ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2004.

TABELA II - Casos de aids (número e percentual) em indivíduos com 19 anos de idade ou mais, segundo escolaridade por sexo e ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2004*.

| Escolaridade | 1980-1992** | | 1993 | | 1994 | | 1995 | | 1996 | | 1997 | | 1998 | | 1999 | | 2000 | | 2001 | | 2002 | | 2003 | | 2004 | | Total 1980-2004 Nº |
|------------------|-------------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|------|------|--------|--------------------------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | |
| MASCULINO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nenhuma | 790 | 362 | 2,7 | 409 | 2,8 | 476 | 3,0 | 602 | 3,4 | 692 | 3,8 | 674 | 3,6 | 602 | 3,6 | 622 | 3,9 | 526 | 3,6 | 539 | 4,0 | 360 | 3,3 | 128 | 3,7 | 6782 | |
| Fundamental | 16224 | 6224 | 45,7 | 6974 | 47,6 | 7618 | 47,8 | 8585 | 49,1 | 9241 | 51,2 | 10269 | 54,5 | 9117 | 55,2 | 8939 | 55,6 | 7696 | 53,4 | 6317 | 47,0 | 4995 | 45,3 | 1594 | 46,4 | 103793 | |
| Médio/Superior | 12133 | 3566 | 26,2 | 3684 | 25,1 | 3823 | 24,0 | 3942 | 22,6 | 4110 | 22,8 | 4260 | 22,6 | 3791 | 22,9 | 3807 | 23,7 | 3650 | 25,3 | 3921 | 29,2 | 3456 | 31,4 | 1033 | 30,1 | 55176 | |
| Ignorado | 13201 | 3466 | 25,5 | 3591 | 24,5 | 4018 | 25,2 | 4342 | 24,9 | 4008 | 22,2 | 3638 | 19,3 | 3015 | 18,2 | 2701 | 16,8 | 2547 | 17,7 | 2670 | 19,9 | 2204 | 20,0 | 677 | 19,7 | 50078 | |
| Total | 42348 | 13618 | 6,3 | 14658 | 6,8 | 15935 | 7,4 | 17471 | 8,1 | 18051 | 8,4 | 18941 | 8,7 | 16525 | 7,7 | 16059 | 7,4 | 14419 | 6,7 | 13447 | 6,2 | 11015 | 5,1 | 3432 | 1,6 | 215829 | |
| FEMININO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nenhuma | 291 | 169 | 4,6 | 212 | 5,0 | 291 | 5,5 | 335 | 5,0 | 463 | 5,8 | 518 | 5,7 | 431 | 5,1 | 489 | 5,6 | 452 | 5,4 | 439 | 5,7 | 311 | 4,9 | 76 | 3,9 | 4477 | |
| Fundamental | 3688 | 1977 | 53,9 | 2265 | 53,2 | 2816 | 52,9 | 3612 | 53,6 | 4704 | 58,5 | 5434 | 59,9 | 5171 | 61,0 | 5353 | 61,6 | 4843 | 58,0 | 4074 | 52,7 | 3342 | 52,4 | 1001 | 51,2 | 48280 | |
| Médio/Superior | 1212 | 562 | 15,9 | 662 | 15,6 | 873 | 16,4 | 1047 | 15,5 | 1180 | 14,7 | 1382 | 15,2 | 1410 | 16,6 | 1495 | 17,2 | 1627 | 19,5 | 1799 | 23,3 | 1547 | 24,3 | 525 | 26,9 | 15341 | |
| Ignorado | 2436 | 939 | 25,6 | 1115 | 26,2 | 1346 | 25,3 | 1741 | 25,9 | 1688 | 21,0 | 1732 | 19,1 | 1469 | 17,3 | 1352 | 15,6 | 1423 | 17,1 | 1421 | 18,4 | 1173 | 18,4 | 352 | 18,0 | 18187 | |
| Total | 7627 | 3667 | 4,2 | 4254 | 4,9 | 5326 | 6,2 | 6735 | 7,8 | 8035 | 9,3 | 9056 | 10,5 | 8481 | 9,8 | 8689 | 10,1 | 8345 | 9,7 | 7733 | 9,0 | 6373 | 7,4 | 1954 | 2,3 | 86285 | |

*Censos realizados no SIMAN até 30/06/04

**Para os anos de 1980 e 1992, consultar Boletim Epidemiológico Aids anteriores ou para maiores detalhes acessar www.saude.gov.br/mem/DADOS e PESQUISAS

Fonte: MS/SISFIV/DST e Aids

Quando se consideram os componentes da categoria sexual de exposição, constata-se que o universo das notificações, até 1983, era composto por homo/bissexuais masculinos. Progressivamente, a participação deste grupo vem reduzindo, enquanto a categoria heterossexual aumenta, com destaque para as mulheres.

Os casos de transmissão pelo uso de drogas injetáveis continuam a decrescer no grupo masculino, enquanto os casos de transmissão pela via sexual mantêm-se estabilizados em 30% entre os homo/bissexuais e continuam a crescer entre os heterossexuais. A razão homem/mulher expressa a distribuição dos casos notificados segundo o sexo. Ao longo do tempo, tem se verificado que o número de casos masculinos tem sofrido redução, embora seja possível perceber certa heterogeneidade na apresentação de dados por diferentes pesquisadores. Segundo Chequer e Castilho (1994), de uma razão de 28:1, em 1985, passa para 7:1 em 1988, tendo atingido 4:1 em 1992 e, a partir de 1995, passa a ser de 3:1, sendo o total acumulado de 4:1.

A razão homem: mulher decresceu de 122: 1, em 1984, para 5:1, em 1991 (BRASIL,1992). A proporção de casos entre homens e mulheres tem se aproximado: de 18:1 casos em 1985 e 9:1 em 1989, passou para 5:1 em 1992.

A via heterossexual acompanha uma expressiva participação das mulheres no perfil epidemiológico da AIDS, o que se constata na progressiva redução da razão de sexo entre todas as categorias de exposição, de 24 homens: 1 mulher, em 1985, para 2 homens:1 mulher, em 1999/2000 (BRASIL, 2000).

TABELA 3 – Casos de AIDS (número e taxa por 100.000 hab.), segundo o ano do diagnóstico por sexo. Brasil, 1980-2004.

TABELA III - Casos de aids (números e percentual) em indivíduos com 13 anos de idade ou mais, segundo categoria de exposição hierarquizada por sexo e ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2004*.

| Categoria de exposição | 1980-1992** | | 1993 | | 1994 | | 1995 | | 1996 | | 1997 | | 1998 | | 1999 | | 2000 | | 2001 | | 2002 | | 2003 | | 2004 | | Total 1980-2004 |
|-----------------------------|-------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------|--------|-----------------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | |
| MASCULINO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sexual | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Homossexual*** | 13093 | 3088 | 22,3 | 3236 | 21,7 | 3090 | 19,1 | 3359 | 19,0 | 3433 | 18,7 | 3539 | 18,4 | 2938 | 17,5 | 2789 | 17,0 | 2513 | 16,9 | 2341 | 16,6 | 1909 | 16,5 | 533 | 14,9 | 45861 | |
| Bissexual*** | 6156 | 1481 | 10,7 | 1623 | 10,9 | 1577 | 9,7 | 1619 | 9,1 | 1881 | 10,3 | 2179 | 11,4 | 1936 | 11,5 | 1782 | 10,9 | 1558 | 10,4 | 1450 | 10,3 | 1145 | 9,9 | 367 | 10,3 | 24754 | |
| Heterossexual | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| UDI | 11849 | 4092 | 29,5 | 4035 | 27,1 | 463 | 25,7 | 4195 | 23,7 | 4242 | 23,1 | 4024 | 21,0 | 3203 | 19,0 | 3017 | 18,4 | 2446 | 16,4 | 2036 | 14,5 | 1506 | 13,0 | 469 | 13,1 | 49277 | |
| Hemofilia | 624 | 78 | 0,6 | 79 | 0,5 | 79 | 0,5 | 89 | 0,5 | 83 | 0,5 | 44 | 0,2 | 24 | 0,1 | 20 | 0,1 | 28 | 0,2 | 13 | 0,1 | 8 | 0,1 | 4 | 0,1 | 1173 | |
| Transfusão | 507 | 133 | 1,0 | 104 | 0,7 | 139 | 0,9 | 132 | 0,7 | 63 | 0,3 | 16 | 0,1 | 10 | 0,1 | 7 | 0,0 | 11 | 0,1 | 3 | 0,0 | 8 | 0,1 | 8 | 0,2 | 1141 | |
| Transmissão Vertical | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ignorada | 6376 | 2484 | 17,9 | 2969 | 19,9 | 3614 | 23,5 | 4390 | 24,8 | 3950 | 21,5 | 3698 | 19,3 | 3264 | 19,4 | 3057 | 18,7 | 2852 | 19,1 | 2793 | 19,8 | 2283 | 19,8 | 685 | 19,2 | 42615 | |
| Total | 43449 | 13852 | 100,0 | 14907 | 100,0 | 16198 | 100,0 | 17704 | 100,0 | 18341 | 100,0 | 19184 | 100,0 | 16826 | 100,0 | 16361 | 100,0 | 14911 | 100,0 | 14074 | 100,0 | 11559 | 100,0 | 3577 | 100,0 | 220943 | |
| FEMININO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sexual | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Heterossexual | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| UDI | 5185 | 2823 | 75,2 | 3517 | 80,4 | 4603 | 84,4 | 5878 | 85,2 | 7301 | 88,6 | 8444 | 90,7 | 7995 | 91,9 | 8388 | 93,4 | 8106 | 92,9 | 7666 | 94,0 | 6328 | 94,2 | 1965 | 94,9 | 78199 | |
| Transfusão | 2370 | 834 | 22,2 | 755 | 17,3 | 749 | 13,7 | 906 | 13,1 | 859 | 10,4 | 837 | 9,0 | 692 | 8,0 | 573 | 6,4 | 589 | 6,8 | 475 | 5,8 | 365 | 5,4 | 89 | 4,3 | 10093 | |
| Sanguínea | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Transmissão Vertical | 373 | 97 | 2,6 | 101 | 2,3 | 98 | 1,8 | 109 | 1,6 | 78 | 0,9 | 15 | 0,2 | 8 | 0,1 | 5 | 0,1 | 8 | 0,1 | 6 | 0,1 | 10 | 0,1 | 10 | 0,5 | 918 | |
| Ignorado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ignorado | - | - | - | - | - | 2 | 0,0 | 1 | 0,0 | 3 | 0,0 | 5 | 0,1 | 2 | 0,0 | 10 | 0,1 | 17 | 0,2 | 10 | 0,1 | 13 | 0,2 | 6 | 0,3 | 69 | |
| Total | 7928 | 3754 | 100,0 | 4373 | 100,0 | 5452 | 100,0 | 6897 [§] | 100,0 | 8242 | 100,0 | 9305 | 100,0 | 8700 | 100,0 | 8980 | 100,0 | 8723 | 100,0 | 8159 | 100,0 | 6720 | 100,0 | 2071 | 100,0 | 89302 | |

§ Notificação (1) (am) caso devido a acidente de trabalho no ano de 1996, no estado de São Paulo.

*Casos notificados no SINAN até 30/06/04

**Para os anos de 1980 a 1992, consultor Boletim Epidemiológico Aids anteriores.

Fonte: MASSYSPN DST e Aids.

As análises nos permitem afirmar que a epidemia de AIDS no Brasil encontra-se em um patamar elevado, tendo atingido, em 2003, 18,4 casos por 100 mil habitantes. Observa-se uma tendência de estabilização entre os homens. Neste grupo populacional foi registrada, em 2003, uma taxa de 22,8 casos por 100 mil homens, menor do que a observada em 1998, de 26,4 por 100 mil. Entretanto, observa-se o crescimento da epidemia em mulheres, com maior taxa de incidência observada em 2003, 14,1 casos por 100 mil mulheres. (BRASIL, 2004a).

A mortalidade por AIDS registrada no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) foi 2% maior em 2003 que a registrada em 2002, com 11.276 óbitos. A taxa de mortalidade permaneceu estável em 6,4 óbitos por 100 mil habitantes e em 8,8 por 100 mil homens, mas manteve a tendência crescente entre as mulheres nas regiões Sul, Norte e Nordeste. (BRASIL, 2004).

Segundo pesquisa realizada nas capitais brasileiras e no Distrito Federal para analisar óbitos em mulheres de 10 a 49 anos, ou seja, mulheres em idade fértil, as dez primeiras causas de morte encontradas, em ordem decrescente, foram as seguintes: acidente vascular cerebral, AIDS, homicídios, câncer de mama, acidente de transporte, neoplasias de órgãos digestivos, doenças hipertensivas, doenças isquêmicas do coração e câncer de colo de útero. A AIDS aparece, portanto, como segunda causa de morte neste grupo.

TABELA 4 – Óbitos por AIDS (número e taxa por 100.000 hab.), segundo o ano do óbito e sexo. Brasil, 1983-2003.

TABELA IV - Casos de aids (número e taxa por 100.000 hab.), segundo ano de diagnóstico por sexo. Brasil, 1980-2004*.

| Ano de Diagnóstico | Número de casos | | | Razão M/F | Taxa de incidência | | |
|--------------------|-----------------|----------|-------|-----------|--------------------|----------|-------|
| | Masculino | Feminino | Total | | Masculino | Feminino | Total |
| 1980 | 1 | 0 | 1 | - | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| 1981 | - | - | - | - | - | - | - |
| 1982 | 10 | 0 | 10 | - | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| 1983 | 37 | 2 | 39 | 18,5 | 0,1 | 0,0 | 0,0 |
| 1984 | 131 | 7 | 138 | 18,7 | 0,2 | 0,0 | 0,1 |
| 1985 | 532 | 22 | 554 | 24,2 | 0,8 | 0,0 | 0,4 |
| 1986 | 1104 | 75 | 1179 | 14,7 | 1,7 | 0,1 | 0,9 |
| 1987 | 2497 | 278 | 2775 | 9,0 | 3,7 | 0,4 | 2,0 |
| 1988 | 3894 | 603 | 4497 | 6,5 | 5,7 | 0,9 | 3,2 |
| 1989 | 5332 | 870 | 6202 | 6,1 | 7,6 | 1,2 | 4,4 |
| 1990 | 7423 | 1355 | 8778 | 5,5 | 10,4 | 1,9 | 6,1 |
| 1991 | 10529 | 2250 | 12779 | 4,7 | 14,5 | 3,0 | 8,7 |
| 1992 | 12968 | 3217 | 16185 | 4,0 | 17,7 | 4,3 | 10,9 |
| 1993 | 14115 | 4007 | 18122 | 3,5 | 18,9 | 5,2 | 12,0 |
| 1994 | 15265 | 4707 | 19972 | 3,2 | 20,1 | 6,0 | 13,0 |
| 1995 | 16608 | 5901 | 22509 | 2,8 | 21,6 | 7,5 | 14,4 |
| 1996 | 18711 | 7709 | 26420 | 2,4 | 24,2 | 9,7 | 16,8 |
| 1997 | 19763 | 9241 | 29004 | 2,1 | 25,1 | 11,4 | 18,2 |
| 1998 | 21056 | 10566 | 31622 | 2,0 | 26,4 | 12,9 | 19,5 |
| 1999 | 18457 | 9948 | 28405 | 1,9 | 22,8 | 12,0 | 17,3 |
| 2000 | 18217 | 10314 | 28531 | 1,8 | 21,8 | 12,0 | 16,8 |
| 2001 | 16915 | 10221 | 27136 | 1,7 | 19,9 | 11,7 | 15,7 |
| 2002 | 19291 | 11756 | 31047 | 1,6 | 22,4 | 13,3 | 17,8 |
| 2003 | 19828 | 12698 | 32526 | 1,6 | 22,8 | 14,1 | 18,4 |
| 2004 | 8366 | 5567 | 13933 | 1,5 | - | - | - |

*Casos notificados no SINAN e registrados no SISCEL até 30/06/04.
 Fonte: MS/SYS/PN DST e Aids.
 População: MS/SE/DATASUS, em <www.datasus.gov.br/informacoes_em_saude/populacao> acessado em 24/11/2004.

7 FEMINIZAÇÃO DA AIDS NO BRASIL

O primeiro caso de AIDS em mulher, no Brasil, foi diagnosticado em 1983. Desde então se observa a paulatina expansão da AIDS nesta população, como uma expressão do aumento da via heterossexual de contágio claramente observável nos Boletins Epidemiológicos. Cabe aqui destacar a reflexão de alguns autores sobre a feminização da epidemia e suas possíveis causas:

Como entram as mulheres nesta epidemia que se caracterizava como quase inteiramente masculina, de homossexuais e hemofílicos? Eis mais um dos pontos onde é nitidamente visível a relação entre o ideológico e o biológico, em que se vê como as categorias sociais e representações moldam e influenciam não apenas a nossa percepção da epidemia, mas também, pelo impacto das nossas atitudes, o seu próprio percurso. (PARKER et al. 1994, p. 135).

Não deveria ser esperado pelo corpo médico especializado o aumento de casos de AIDS entre as mulheres, pois, desde o primeiro caso identificado nos EUA, até meados de 1990, a OMS (1990) estimou que entre oito a dez milhões de pessoas estariam infectadas pelo vírus no mundo, e dessas três a quatro milhões seriam mulheres entre 15 e 45 anos de idade. (GUIMARÃES, 1994, p. 222).

Sion (1990, p. 20) afirma: “É sensivelmente maior a transmissão do homem para a mulher do que ao contrário, fatores sociais, econômicos e políticos concorrem para acirrar essa eficiência”.

A pesquisadora Maria de Bruyn (1992) apresenta quatro razões principais para esse processo de feminização:

1 - os estereótipos e preconceitos relacionados ao HIV/AIDS deixam entrever que a mulher ora é culpada pela sua disseminação, ora não é reconhecida como possível portadora do vírus;

2 - os encargos físicos, sociais e psicológicos são maiores para as mulheres HIV-positivas ou com AIDS do que para homens em condição similar;

3 - dado o seu papel social de cuidar e assistir ao doente e diante da carência de serviços públicos de saúde, a mulher, leiga ou profissional, é cada vez mais solicitada a atender a demanda imposta pela epidemia;

4 - o baixo *status* social da maioria das mulheres em relação aos homens dificulta a adoção por elas de medidas de prevenção adequadas. (BRUYN apud GUIMARÃES 1992, p. 219).

No Brasil, como no mundo, o deslocamento do perfil da AIDS para as mulheres mostra o não-reconhecimento ou o desconhecimento da vida sexual das mulheres, bem como de suas características sexuais e fisiológicas fora da reprodução ou da prostituição (GUIMARÃES, 1992).

Esse fato tem dificultado ou atrasado o diagnóstico da infecção pelo HIV/AIDS, afetando sua qualidade de vida, sua saúde reprodutiva e seu tempo de sobrevivência. Cabe frisar que a infecção pelo HIV é medicamente tratável se o risco de contaminação for percebido e diagnosticado a tempo (RACHID, 1990).

Para Guimarães (1994):

[...] é preciso que a mulher seja percebida e se perceba diante da AIDS sem viés masculino. Esse viés, que historicamente classifica e hierarquiza os homens e as mulheres em seus “devidos lugares”, é reproduzido na construção social da AIDS da seguinte forma: há lugar para os homens nesta epidemia, porém para as mulheres lugar nenhum. Exceção feita às mulheres que trabalham na prostituição ou utilizam drogas endovenosas, ambas tidas como de alto risco para AIDS. (GUIMARÃES, 1994, p. 223).

Inúmeros fatores influenciaram a demora na notificação dos casos entre mulheres. E só tardiamente os critérios de definição de patologias da AIDS incluíram aquelas patologias especificamente femininas, que hoje se reconhecem como associadas à alteração imunológica provocada pelo HIV, a exemplo dos casos de Doença Inflamatória Pélvica. Soma-se a isso a forte associação inicial da doença a *grupos de risco*, o que dificultou o reconhecimento de casos de AIDS em mulheres não definidas como de risco em razão de seu trabalho sexual, como é o caso das prostitutas. Os grupos não definidos como de risco, portanto conceitualmente fora do problema, foram os que se colocaram fora das ações preventivas e de seu enfrentamento (PARKER et al., 1994).

O autor vai ainda mais longe em sua reflexão ao afirmar:

As mulheres, principalmente as mulheres de parceiro único, que não podem dialogar a respeito de sexo mais seguro com seus parceiros (que frequentemente têm mais parceiras/os fora do casamento) e ficam sujeitas à vontade destes em relação ao uso de preservativo, são um dos grupos realmente mais vulneráveis. Eis um caso com implicações sociais cujo enfrentamento transcende decisões

políticas simples, mas implica grandes mudanças sociais no que toca ao relacionamento homem-mulher, a negociação de poderes, ao diálogo a respeito da sexualidade. (PARKER et al., 1994, p. 83).

Por volta de 1985, muitas das informações relativas à trajetória da infecção pelo HIV e os problemas provocados pela epidemia da AIDS entre as mulheres fundamentavam-se em demorados estudos de casos registrados entre os homens. Mais tarde ficou evidente que a infecção pelo HIV em mulheres tem algumas características diferentes.

A AIDS entre as mulheres acrescenta um conjunto de problemas à grande complexidade que a doença já revela e exige que os saberes clínicos se adaptem às situações especificamente femininas. Cabe averiguar que patologias eclodem nas mulheres em situações de imunodeficiência associada à infecção por HIV. Segundo Guimarães (1992), os códigos normativos para o diagnóstico e tratamento da AIDS divulgados pelo *Center of Disease Control (CDC)* para todo o mundo se pautaram na fisiologia do homem do primeiro mundo, sendo apenas adaptados às mulheres.

Em 1997, a Dra. Constance Wofsy, co-diretora do Hospital Geral de São Francisco afirma:

Nossa necessidade de informações relativa à mortalidade, à morbidez e aos efeitos específicos da AIDS/HIV em mulheres é desesperadora. [...] é obvio que determinadas questões relacionadas ao sexo, como, por exemplo, a da relação entre a AIDS e o câncer cervical requerem uma atenção especial. Precisamos começar a investigar seriamente essas questões. (BERER, 1997, p. 91).

Segundo o Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade no município de São Paulo (PRO-AIM), em 1995, a AIDS já era a primeira causa de morte de mulheres na faixa de 20 a 35 anos e a segunda entre homens na mesma faixa etária, na capital paulista, o que implica um considerável ônus pessoal, econômico e social .

Parece haver no Brasil, bem como em outros países da América Latina, uma tendência ao crescimento da epidemia entre as mulheres e entre os estratos mais pobres da população. Entre outros problemas isso tem gerado a banalização da epidemia, que, de espetáculo mórbido de atores exóticos, vai se transformando em uma entre tantas outras mazelas que atingem o pobres, em geral, e as mulheres pobres, em particular (BUCHALA, 1995).

Santos (1994) acrescenta:

De fato, quando se busca conhecer as mulheres atingidas pela epidemia, verifica-se que a maioria dos casos em São Paulo tem ocorrido com mulheres de baixa escolaridade, de ocupações não-qualificadas e não imediatamente identificadas como pertencentes a “grupos de risco”. Embora até 1990 os casos associados ao uso de drogas tenham sido os mais freqüentes, a partir de então a principal forma de transmissão passou a ser a prática heterossexual. Dos casos notificados de mulheres, entre 83% e 92,43% referem-se a mulheres com parceiros únicos e 37,2% mulheres que se identificavam como “donas de casa”. (SANTOS , 1994, p. 34).

Em 1995, 66 mil óbitos já haviam sido notificados ao Ministério da Saúde, sendo 15 mil somente naquele ano. A AIDS apareceu como a segunda causa de óbito para ambos os sexos na faixa etária de 20 a 49 anos. De modo geral, ela aparece como a oitava causa de morte entre os homens e a segunda causa entre as mulheres (LIMA, 2002).

A primeira ocorrência de transmissão perinatal registrada no Brasil se deu em 1985. Até 3 de junho de 2000 já haviam sido notificados 5.409 casos. Em 2004, estimava-se que 12.898 gestantes estavam infectadas pelo vírus HIV, com base nos estudos-sentinela¹⁸ da infecção pelo HIV realizados no Brasil. Esse número correspondia a 0,4% do total de gestantes e somente 2.512 receberam zidovudina injetável (AZT) no momento do parto, o que corresponde apenas a 19,5% do número estimado de gestantes infectadas (BRASIL, 2000).

No início da epidemia, a transmissão em crianças era devida à transfusão de sangue e ao consumo dos seus derivados, principalmente em crianças hemofílicas (cerca de 69%). Estes casos, com o avançar da epidemia, tiveram seu percentual reduzido; por outro lado, ocorreu um aumento progressivo da freqüência de transmissão perinatal (em 1997, cerca de 90% dos casos) (BRASIL, 1998).

O crescimento efetivo da transmissão vertical, as mudanças do perfil epidemiológico e o aumento de casos do sexo feminino mostram claramente a tendência da epidemia.

¹⁸ Estudos-sentinela conjunto de estudos transversais periódicos em uma determinada população, refere-se à coleta sistemática de dados para estabelecer as tendências espaço-temporais da infecção por HIV em subgrupos populacionais específicos, denominados de “população sentinela”(OMS).

TABELA 5 – Casos de AIDS (número e percentual) na categoria de exposição transmissão vertical, segundo idade por ano de diagnóstico. Brasil, 1983-2004.

| Ano de Diagnóstico | Branca | | Preta | | Amarela | | Parda | | Indígena | | Sub Total | | Ignorado | | Total | |
|--------------------|--------|------|-------|------|---------|-----|-------|------|----------|-----|-----------|------|----------|------|-------|-------|
| | n° | % | n° | % | n° | % | n° | % | n° | % | n° | % | n° | % | n° | % |
| MASCULINO | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2000 | 835 | 65,6 | 143 | 11,2 | 9 | 0,7 | 283 | 22,2 | 2 | 0,2 | 1272 | 7,6 | 15334 | 92,4 | 16806 | 100,0 |
| 2001 | 2027 | 64,9 | 340 | 10,9 | 20 | 0,6 | 726 | 23,3 | 8 | 0,3 | 3121 | 20,4 | 12148 | 79,6 | 15269 | 100,0 |
| 2002 | 4307 | 64,5 | 741 | 11,1 | 39 | 0,6 | 1575 | 23,6 | 15 | 0,2 | 6677 | 46,5 | 7696 | 53,5 | 14373 | 100,0 |
| 2003 | 5907 | 61,9 | 1043 | 11,1 | 61 | 0,7 | 2456 | 26,2 | 16 | 0,2 | 9383 | 79,4 | 2431 | 20,6 | 11814 | 100,0 |
| 2004 | 1930 | 62,0 | 368 | 11,8 | 20 | 0,6 | 790 | 25,4 | 5 | 0,2 | 3113 | 85,4 | 531 | 14,6 | 3644 | 100,0 |
| FEMININO | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2000 | 591 | 63,9 | 122 | 13,2 | 5 | 0,5 | 207 | 22,4 | - | - | 925 | 9,8 | 8507 | 90,2 | 9432 | 100,0 |
| 2001 | 1346 | 64,7 | 253 | 12,2 | 14 | 0,7 | 464 | 22,3 | 4 | 0,2 | 2081 | 22,8 | 7032 | 77,2 | 9113 | 100,0 |
| 2002 | 2673 | 63,8 | 548 | 13,1 | 30 | 0,7 | 931 | 22,2 | 8 | 0,2 | 4190 | 49,4 | 4294 | 50,6 | 8484 | 100,0 |
| 2003 | 3351 | 59,5 | 769 | 13,6 | 44 | 0,8 | 1455 | 25,8 | 16 | 0,3 | 5635 | 80,6 | 1359 | 19,4 | 6994 | 100,0 |
| 2004 | 1036 | 56,7 | 261 | 14,3 | 11 | 0,6 | 513 | 28,1 | 5 | 0,3 | 1826 | 85,6 | 306 | 14,4 | 2132 | 100,0 |

*Casos notificados no SINAN até 30/06/04.
Fonte: MSS/S/SINAN/PPV DST e Aids.

Diante desse quadro foi implantada em 2000, pelo Programa Nacional de DST/AIDS, a Vigilância de Gestantes HIV+ e Crianças Expostas, que tem como objetivo o rastreamento da infecção no pré-natal, condição inicial para o desencadeamento das ações profiláticas, incluindo a mensuração da prevalência da infecção infantil, que é o indicador de impacto das ações profiláticas desenvolvidas. O acompanhamento contínuo da prevalência da infecção entre as gestantes fornece indicador mais representativo da infecção entre as mulheres. Esse indicador, por ter base populacional, possibilita a detecção precoce de flutuações da prevalência e/ou alterações da infecção (BRASIL, 2000).

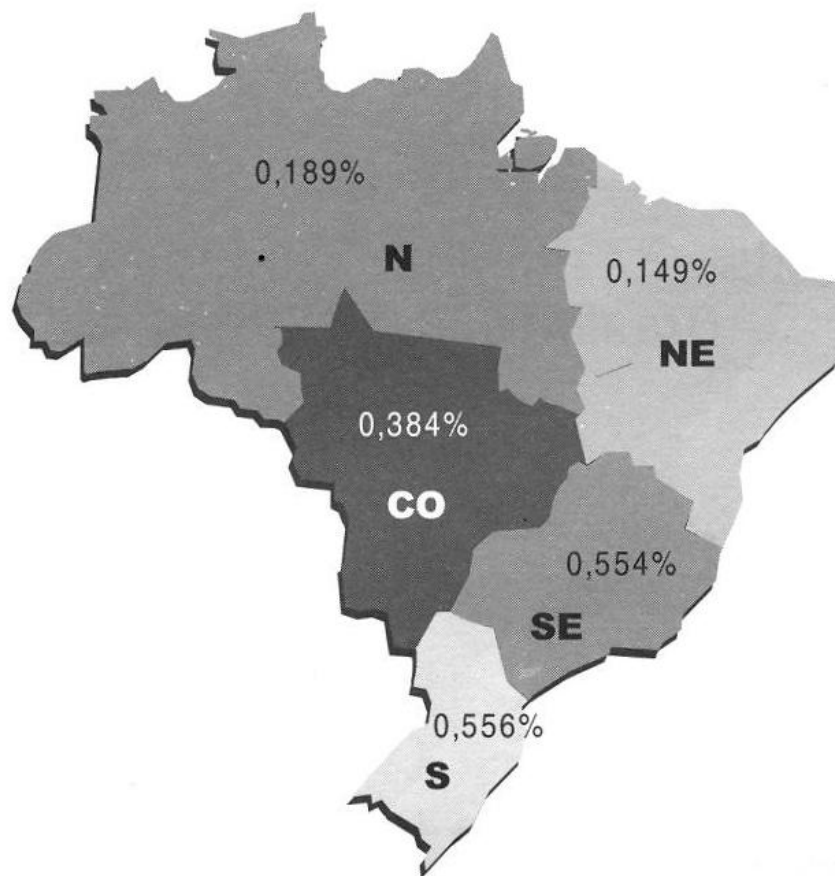


FIGURA 3 – Estimativa da proporção de gestantes infectadas pelo HIV segundo a macrorregião. Brasil, 1998.

Até o ano de 2001, somente 40% das 17.000 gestantes infectadas pelo HIV, estimadas no Brasil, haviam sido detectadas e tiveram seu tratamento garantido, embora esse atendimento não haja acontecido de forma homogênea nas várias regiões do país. Veloso (1999) faz uma reflexão crítica sobre a baixa identificação e o reduzido acesso ao tratamento de gestantes:

A disponibilidade contínua da zidovudina injetável na maioria dos serviços públicos de saúde, onde as gestantes, na sua maioria, aceitam se submeter ao diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV, se oferecido e, quando infectadas, sendo rara a recusa em recebê-la, não era de se esperar tão pequeno percentual recebendo o medicamento injetável durante o parto. (VELOSO et al. 1999, p. 19).

É possível observar em vários boletins epidemiológicos a preocupação com a modalidade de transmissão vertical sem, contudo, associá-la explicitamente à propagação da epidemia entre as mulheres. O crescimento efetivo da transmissão vertical é reflexo do aumento de casos de AIDS no sexo feminino. Da mesma maneira se observam iniciativas que visam inibir essa modalidade de contágio, reforçando a idéia de que as mulheres têm acesso à política de saúde por seu papel de reprodutora e numa abordagem do binômio materno-infantil, tendo como finalidade primeira beneficiar o recém-nascido (BARBOSA; LAGO, 1997).

Para Barbosa e Lago (1997), a política de redução da transmissão vertical esbarra na própria incapacidade dos serviços de saúde em incorporar estratégias de redução dos risco, tais como: uso de AZT durante a gestação e o parto, lavagem do canal do parto e orientação para o aleitamento artificial. E revela que:

[...] a grande preocupação com a epidemia entre as mulheres se deve menos ao crescente número de mulheres infectadas do que ao aumento dos casos pediátricos, sendo esta preocupação um reflexo da percepção da mulher como primariamente um ser reprodutivo, apesar da gravidez durar apenas poucos meses e do fato das doenças relacionadas à AIDS ocorrerem, na sua grande maioria, fora do período gestacional. (BARBOSA; LAGO, 1997, p. 164).

E acrescenta Pacheco (2002):

Nos movimentos direcionados à saúde da mulher, mais especificamente, das mulheres portadoras do vírus da AIDS, o assunto inevitável em pauta é o da

contaminação vertical. Este é abordado de forma exaustiva e profunda. Os trabalhos que analisam o tema da contaminação feminina e suas decorrências de imediato, tendem à análise da condição reprodutiva da mulher frente ao HIV. Mas, lhes pergunto, em que momento vão ser analisadas as peculiaridades físicas da própria mulher e, não, a sua simples condição de reprodutora? É bem verdade que o estudo reprodutivo da espécie diante da epidemia é muito importante. E isto eu não contesto! O que eu questiono, e peço que pensem nisto, é porque não se analisa um tratamento adequado à condição feminina? Poderão me dizer que, em questões de HIV/AIDS, não há qualquer diferenciação. Ledo engano... E eu lhes provo. Quem de vocês já leu alguma coisa sobre os efeitos do HIV/AIDS no climatério? (PACHECO, 2002, p. 19).

É necessário reconhecer a existência de uma segunda epidemia, a das outras doenças sexualmente transmissíveis, e fazer uma ligação entre as duas, para que qualquer medida tomada tenha sucesso no controle da epidemia do HIV/AIDS. Do ponto de vista biológico, as mulheres são mais vulneráveis à infecção pelo HIV. A superfície da mucosa vaginal exposta ao sêmen é relativamente extensa, e o sêmen tem uma concentração de HIV (livre e no interior das células) significativamente maior do que o líquido vaginal (CHIRIBOGA, 1997).

Além disso, freqüentemente, as DST são mais assintomáticas na mulher do que no homem, e o fato de não terem dimensão clínica evidente não significa que não determinem uma fragilização das barreiras naturais à infecção pelo HIV. Estes riscos ampliados de exposição à infecção pelo HIV se acentuam nas mulheres mais jovens, pré-pubescentes e adolescentes jovens, nas quais a imaturidade do aparelho genital determina uma fragilização adicional ante a infecção pelo HIV (CHIRIBOGA, 1997; COLL et al., 1999).

Apesar de informadas sobre as formas de transmissão, as mulheres não se vêem em risco porque ele está relacionado com situações de conotação moralmente negativa que, evidentemente, parecem estar distantes de sua realidade (VILELA, 1996).

As regras de pareamento entre os gêneros, vigentes na ampla maioria das sociedades tanto dos países desenvolvidos como em desenvolvimento, têm óbvia determinação socioeconômica e cultural e fazem com que mulheres mais jovens mantenham, habitualmente, relações sexuais e estabeleçam parcerias com homens mais velhos. Desse modo, as mulheres mais jovens estão sob risco ampliado de se infectarem com HIV (e demais DST). Além das repercussões diretas sobre a população feminina, esta assimetria de

pareamento determina epidemias mais extensas e mais dilatadas no tempo (GUPTA; WEISS, 1989).

As desigualdades de gênero permeiam não só o imaginário leigo, mas, infelizmente, também o dos profissionais de saúde, a quem, supostamente, caberia orientar o tratamento conjunto de parceiros e aconselhar indivíduos e casais a adotarem comportamentos seguros (BRASIL, 1999).

Tais procedimentos não são feitos de forma adequada nem do ponto de vista científico, nem da perspectiva de uma cultura que não queira ser sexista e paternalista e incidem, preferencialmente, sobre as mulheres mais pobres, “infantilizadas” por orientações e aconselhamentos incompletos e errôneos. Portanto, do ponto de vista das intervenções preventivas desenvolvidas por profissionais, as mulheres pobres não se beneficiam, como deveriam, das melhores práticas disponíveis, o que poderia, ao menos em parte, compensar a maior vulnerabilidade dessa população ante a infecção pelo HIV e demais DST (PARKER, 1997).

Além dos fatores de aumento da vulnerabilidade propriamente ditos, uma questão complementar diz respeito à pequena disponibilidade de métodos de prevenção controlados pelas mulheres. Por um lado, os virocidas de utilização tópica no aparelho genital feminino ainda são controversos, não representando, por ora, uma alternativa realmente efetiva em termos populacionais (VAN DAMME; ROSENBERG, 1999).

Por outro, há um inquestionável incremento no uso do *condom* feminino¹⁹, embora, em razão do preço, esteja basicamente restrito às camadas mais ricas que dispõem de maior informação e vivem em parcerias e contextos culturais mais receptivos à inovação e à iniciativa feminina. Isso equivale a dizer que, também em relação aos métodos preventivos, existe uma assimetria de acesso e aceitabilidade que, quase invariavelmente, incide negativamente sobre as camadas sociais mais pobres (SZWARCOWALD, 1999).

A camisinha feminina, apesar de não ser tão popular quanto a camisinha masculina, é uma opção para as mulheres se protegerem contra as doenças sexualmente transmissíveis,

¹⁹ A camisinha feminina surgiu nos anos 90 e foi criada e desenvolvida no Reino Unido. Comercializada em todo o mundo com os nomes de Reality ou Femidom, diferentemente da camisinha masculina, que é feita de látex, tem em sua composição o poliuretano e é lubrificada com óleo de silicone. Representa, ainda, uma alternativa para as pessoas que têm alergia ao látex, o que ocorre com cerca de 1% da população. O preservativo é patenteado e só é produzido pela empresa inglesa The Female Health Company e importado no Brasil pela DKY.

como sífilis, gonorréia, hepatite e AIDS, além de funcionar como método contraceptivo. Embora seu uso proporcione maior autonomia às mulheres, uma vez que passam a não depender exclusivamente da vontade do parceiro, o método é pouco adotado por desinformação, desinteresse, preço elevado ou suposto desconforto na hora do uso.

Pesquisa realizada pelo Núcleo de Estudos de População da Unicamp e pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebap) (CASTRO; SILVA, 2005), patrocinada pelo Ministério da Saúde, revelou que 70% das mulheres aprovaram o preservativo feminino. O estudo envolveu 2.453 mulheres usuárias do serviço público de saúde em seis cidades brasileiras: Porto Alegre (RS), São Vicente (SP), Rio de Janeiro (RJ), Belo Horizonte (MG), Goiânia (GO) e Cabo (PE). O índice de uso foi de 92% durante os três meses que durou o estudo. As mulheres tinham em média 30 anos de idade, vida sexual ativa, parceria fixa, um a dois filhos e 60% se consideravam pobres. Entre as que participaram do levantamento, 97% viram alguma vantagem no preservativo feminino, como: proteger das doenças sexualmente transmissíveis (62%), ser confortável (38%) e propiciar autonomia à mulher (27%). Vale destacar que o dispositivo possibilita à mulher prevenir-se da gravidez e de doenças como a AIDS, independentemente da decisão do parceiro que, muitas vezes, se nega a utilizar preventivos. Os parceiros das mulheres pesquisadas apontaram como maiores vantagens do preservativo feminino: não apertar (29%), ser confortável (18,4%), ele não precisar se preocupar em usar (12%) e evitar as DST (11%) (CASTRO; SILVA, 2005).

Entre as desvantagens observadas, destacam-se a dificuldade no manuseio (queixa feita por 10% das mulheres) e a estética (9% das mulheres acharam a camisinha feia). Já para os homens, essa é a principal desvantagem (14% deles acharam o preservativo feio), enquanto 4% disseram que o dispositivo feminino diminui a sensibilidade. Mesmo assim, a maioria das mulheres (63%) preferiu o uso do preservativo feminino ao masculino. As maiores taxas de aceitação foram verificadas nas cidades onde existe boa infra-estrutura nos serviços públicos de saúde voltados para a mulher. As dificuldades no manuseio do método foram superadas com a continuidade do uso, o que aponta para a importância do apoio educativo e do acompanhamento das mulheres, especialmente no período inicial de uso. A maior aceitação foi em Porto Alegre (80%), seguida pela cidade do Cabo (76%), Rio de Janeiro (71%), Belo Horizonte (68%), Goiânia (65%) e São Vicente (54%) (IDEC, 2005).

Os questionamentos trazidos pela epidemia de AIDS ante a feminização colocam em xeque a proposta de programas verticalizados, quer sejam relacionados ao planejamento familiar, ao pré-natal, à prevenção do câncer cérvico-uterino ou às DST/AIDS. A visão que vincula o planejamento familiar a uma demanda feminina e os serviços de DST a uma demanda masculina só será alterada a partir de uma efetiva integração dessas atividades às concepções básicas da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos, entendidos como direitos sociais (BARBOSA; LAGO, 1997).

Sobre a articulação entre as concepções dos direitos reprodutivos e direitos sexuais e as políticas de enfrentamento da epidemia se referem as autoras:

Lamentavelmente essa não tem sido a diretriz norteadora das ações de controle da epidemia de AIDS desenvolvidas pelos setores responsáveis pela política pública de saúde no país. Caminhando no sentido oposto da horizontalidade e integralidade, entendidas como um direito do cidadão/cidadã e garantidas na constituição de 88, o PN/AIDS e a maioria do programas estaduais se estruturaram como programas verticalizados nos moldes mais tradicionais, onde o dever do Estado de empreender ações direcionadas ao controle da epidemia tem sido, sistematicamente, repassado para os indivíduos e comunidades. (BARBOSA; LAGO, 1997, p. 172).

Perguntas e demandas provocadas pela feminização da epidemia da AIDS permanecem sem respostas. Existem indicações de que o diagnóstico da AIDS entre as mulheres ocorre em fases mais avançadas, resultando em uma intervenção tardia e em diminuição do tempo de sobrevivência. Isso acontece tanto porque as mulheres procuram o serviço tardiamente quanto pelos diagnósticos errôneos ou mesmo pela ausência de diagnóstico (NIH, 1996).

Em 88 estudos sobre a mortalidade feminina, realizados em São Paulo, verificou-se que, dentre os 357 óbitos, quatro estavam relacionados com a AIDS. Além destes, em outros três casos, informações colhidas com os familiares foram fortemente sugestivas de AIDS. Em pelo menos um desses casos o diagnóstico foi confirmado após o óbito. Há também indicação de que, com alguma frequência, os casos de AIDS em mulheres sequer são diagnosticados em vida (BARBOSA; LAGO, 1997).

O intervalo compreendido entre o diagnóstico da AIDS e a morte, conforme foi observado entre os pacientes dos Centros de Referência e tratamento de AIDS em São Paulo, foi menor nas mulheres heterossexuais (SANTOS, 1994).

Apesar de as mulheres estarem mais presentes nos serviços de saúde, suas reclamações e sintomas, que poderiam ser associados à AIDS, são comumente entendidos como alterações psicológicas ligadas a estados depressivos, portanto não são investigados. Acresce a isso o fato de que o tratamento do corpo feminino é focalizado em sua função reprodutiva em detrimento dos demais aspectos, o que produz a desqualificação de outras queixas (BARBOSA; VILELA, 1996).

Por fim, a dissociação entre os atendimentos ginecológicos, obstétricos e os das doenças infecciosas torna comum um profissional tratar uma mulher com infecção vaginal de repetição ou com displasia cervical sem considerar a possibilidade de contaminação por HIV (NIH, 1996; RODRIGUES; TRIAS; MARTE, 1995).

Em 2003, o PN/DST/AIDS publicou o documento *Estratégias e diretrizes para a prevenção das DST/AIDS entre mulheres* (ANEXO N). Esta publicação é fruto do trabalho de um grupo assessor criado no Programa com o objetivo de assessorar na proposição e acompanhamento de políticas, princípios e diretrizes para questões relativas às estratégias de promoção à saúde e prevenção das DST/AIDS na população feminina.

Importantes avanços têm ocorrido nas políticas públicas referentes à saúde da mulher. Em 2004, o Ministério da Saúde elaborou o documento *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes* (BRASIL, 2004c), no qual são apontados como objetivos específicos (em parceria com o PN-DST/AIDS) a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/AIDS na população feminina. Antes, o texto do documento *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres/2002* (BRASIL, 2004d) já destacava como prioridades: enfrentar as desigualdades de gênero e raça em nosso país e promover a prevenção e o controle das DST/HIV/AIDS na população feminina.

Apesar dos reconhecidos avanços, é necessário que se destinem mais recursos à prevenção, à pesquisa e aos tratamentos dirigidos às mulheres, visto que o tempo de sobrevivência da mulheres com AIDS é menor que o dos homens.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Qualquer aspecto da AIDS estudado apresenta várias dificuldades que foram construídas socialmente no decorrer das últimas duas décadas. A produção científica sobre HIV/AIDS no mundo e no Brasil evidencia o volume de significações dessa epidemia.

A AIDS é um problema que se expande pelo globo e produz impactos diferenciados na vida das pessoas e nas regiões onde ela chega. Esses impactos estão relacionados com as desigualdades de ordens variadas que reforçam as vulnerabilidades. Estes tradicionais sistemas de dominação, apesar de serem identificados separadamente, atuam em conjunto, ou seja, as oportunidades sociais estão estruturadas de maneira que desfavoreçam as mulheres, os não-brancos e os pobres em geral.

Ante a atual configuração da epidemia, a vulnerabilidade das mulheres torna-se mais perceptível e aponta a necessidade de um novo olhar. Ela está intrinsecamente ligada às condições estruturais de vida: pobreza, desigualdade de gênero, fatores emocionais, auto-estima e posição simbólica na sociedade.

O reconhecimento do sexo, das classes sociais e das etnias como relações hierarquizadas de poder constitui uma necessidade crucial para combater a epidemia entre as mulheres não apenas no Brasil, mas também em outras regiões do mundo.

Cabe destacar que existem poucos dados sobre o Programa Nacional de DST/AIDS em seu período inicial e mesmo os existentes não estão consolidados em um documento específico. Essa realidade dificultou a obtenção de informações mais precisas sobre o período anterior ao financiamento do Banco Mundial.

A pouca produção acadêmica sobre a política de AIDS no Brasil e as reduzidas fontes para a sua recuperação histórica limitam a possibilidade de análise do processo de feminização da epidemia, mas, por outro lado, representa um desafio para novos trabalhos.

O Programa Nacional de DST/AIDS recebe elogios por sua capacidade de gerenciamento, de aprendizagem e por suas experiências positivas em relação ao enfrentamento da epidemia da AIDS. Contudo, de uma perspectiva crítica, pode ser dito que o Programa não tem conseguido estruturar uma resposta coordenada, articulada e sustentável que incorpore uma perspectiva de gênero. Observando-se o perfil da epidemia,

é possível afirmar que as iniciativas dirigidas à população de mulheres vêm sendo insuficientes para sua proteção contra o risco de HIV/AIDS.

Constata-se um atraso na incorporação de medidas específicas voltadas para as mulheres. Tais medidas, que seriam fundamentais, aparecem de maneira discursiva, ainda nos anos 90, nas campanhas oficiais veiculadas pela TV. Porém, a implementação de medidas voltadas para o enfrentamento da feminização da epidemia começam a ser observadas somente a partir do ano 2000. E chegam ainda caracterizadas pelo reforço do binômio materno-infantil, isto é, com a preocupação de conter a transmissão vertical. Tais medidas se deparam com limites, oportunidades e desafios que transitam no campo das relações culturais e de poder, assim como na estruturação e organização do Sistema Único de Saúde. Ou seja, se deparam com os tabus acerca da sexualidade e com as desigualdades entre homens e mulheres na sociedade, limites estes articulados à garantia do direito à saúde e ao aperfeiçoamento do princípio de equidade do SUS.

Apesar das dificuldades de construção de estratégias para mudanças de atitude ante a proteção à infecção do HIV/DST, é possível observar esforços no sentido de ampliar o acesso ao preservativo masculino, o que pode ser lido com uma oportunidade de investimento na responsabilidade masculina quanto à prevenção da saúde sexual. Há também a iniciativa de introdução de alternativas de proteção e ampliação da oferta de preservativos femininos e de desenvolvimento de microbicidas.

No entanto, tais medidas que encontram limitações econômicas em razão do alto custo, conforme já foi apontado neste estudo, somente se tornarão efetivas se ações educativas e políticas públicas complementares estabelecerem seu foco no campo das transformações sociais e culturais.

A utilização da categoria gênero é importante tanto para a compreensão do impacto da AIDS nas mulheres como para a construção de políticas públicas que possibilitem a ampliação do poder das mulheres no campo dos direitos sexuais e reprodutivos.

Enfrentar a feminização da epidemia é enfrentar o baixo *status* das mulheres nas relações sociais e de poder, o que implica articular as ações de saúde com as políticas mais amplas de promoção da cidadania.

O caso requer a elaboração de propostas inovadoras para a abordagem da saúde da mulher, tanto na prevenção das DST e do HIV como no tratamento da doença de forma integrada com as ações voltadas para a saúde reprodutiva.

Evidencia-se também a necessidade de que os gestores da área de saúde procurem disseminar informação; confrontar o que há de comum entre AIDS, direitos sexuais e direitos reprodutivos; implementar políticas públicas eficientes e eficazes; fortalecer a participação e o controle social e assegurar o cumprimento das metas assinadas pelo país nas várias conferências internacionais.

O Programa Nacional de DST/AIDS e o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher deveriam ser reavaliados de modo que a separação vertical seja eliminada do sistema público. Considerando-se o impacto que a AIDS provoca na saúde sexual e reprodutiva das mulheres, uma política pública integrada, no que diz respeito às ações e aos recursos financeiros, daria respostas mais eficazes aos problemas causados pela feminização da epidemia.

REFERÊNCIAS

- AVILA, M.B. Democracia e feminismo. In: BRUSCHINI, C; UNBEHAUM, S. (Orgs.) *Gênero, democracia e sociedade brasileira*. São Paulo: FCC: Ed.34, 2002.
- AYRES, J.R.C.M. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: BARBOSA, R.M.; PARKER, R. (Edit.) *Sexualidades pelo Avesso: Direitos, identidades e poder*: São Paulo/Rio de Janeiro: Editora 34/IMS-UERJ, 1997.
- BARBOSA, R. M.; LAGO, T. D. G. AIDS e direitos reprodutivos: para além da transmissão vertical. In: PARKER, R. (Org.) *Políticas, Instituições e AIDS – Enfrentando a Epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: J. Zahar / ABIA, 1997.
- BERER, M. *Mulheres e HIV/AIDS*. Tradução de Anita G. Natividade e Miriam Botassio. São Paulo: Brasiliense, 1997.
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde/Coordenação Nacional de DST e AIDS. *Boletim Epidemiológico - AIDS*, Ano XII, nº 1, 23 a 34/ jul. a ago.,1999.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde/Coordenação Nacional de DST e AIDS. *Boletim Epidemiológico - AIDS*, Ano XIII, nº 1, Semana Epidemiológica 48/99 a 22/00- dez./1999 a jun./2000.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde/Coordenação Nacional de DST e AIDS. *Boletim Epidemiológico - AIDS*, Ano XVII, nº 1, 1ª a 52ª Semanas epidemiológicas – jan. a dez. 2003.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde/Coordenação Nacional de DST e AIDS. *Boletim Epidemiológico - AIDS*, Ano 1, nº 1, 1ª a 26ª Semanas epidemiológicas – jan. a jun. 2004a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância de Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. *Centers of Diseases control and prevetion. MonitorAIDS: Sistema de Monitoramento de indicadores do programa nacional de DST e AIDS* (versão 1.0), 2004b.

_____. Ministério da saúde. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

_____. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM). *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres*. Brasília: SPM, 2004d.

BUCHALA, C. M. AIDS: o surgimento e a evolução da doença. In: MONTEIRO, C.A. *Velhos e novos males da Saúde no Brasil: A evolução do país e suas doenças*. São Paulo: Hucitec/ Nupens/ USP, 1995.

CAMARGO Jr., K. R. *As Ciências da AIDS e AIDS das Ciências : discurso médico e a construção da AIDS*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS, UERJ, 1994. (História Social da AIDS, 4).

CASTRO, M.G.; SILVA, L.B. *Respostas aos desafios da AIDS no Brasil: Limites e possibilidades*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2005.

CHEQUER, P.; CAMARGO Jr., K. R. *AIDS VINTE ANOS - Esboço histórico para entender o Programa Brasileiro*. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/>> 2005. Acesso em: 24 fev. 2006.

CHEQUER, P.; CASTILHO, E. A epidemiologia da AIDS no Brasil. In: PARKER, R. et al., (Orgs.) *A AIDS no Brasil (1983-1992)* Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS, UERJ, 1994. (História Social da AIDS, 2).

CHIRIBOGA, C. R. Introducción. Mujer y SIDA: Conceptos sobre el tema. In: RICO, B. et al. (Orgs.) *Situación de las Mujeres y el VIH/SIDA en América Latina*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 1997.

COHN, A.; ELIAS, P. E. *Saúde no Brasil: políticas e organizações de serviços*. 4.ed. São Paulo: Cortez: CEDEC, 2001.

CORRÊA, S. 2003 A AIDS nos terrenos de disputa do desenvolvimento. In: PASSARELLI, C. A. et al. (Orgs.) *AIDS e Desenvolvimento: Interfaces e Políticas Públicas*. Rio de Janeiro: ABIA, 2003.

COSTA, A. M.; AQUINO, E. L. Saúde da mulher na reforma sanitária brasileira. In: COSTA, A. M. et al. (Orgs.) *Saúde, Equidade e Gênero*. Um desafio para as políticas públicas. Brasília: UNB/ABRASCO-ALAMES, 2000.

FARMER et al. In: PARKER, Richard, *Na Contra mão da AIDS: Sexualidade, intervenção, política*. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo Editora 34, 1999.

- FARMER, P.; CONNORS, M. SIMMONS, J. (eds.). *Women, poverty and AIDS: sex, drugs and structural violence*. Monroe, Maine: Common Courage Press, 1996.
- FIORI, J. L. e KORNIS, E. M. Além da queda: economia e política numa década enviesada. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. (Orgs.). *Saúde e sociedade no Brasil anos 1980*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.
- FORATTINI, O. AIDS e sua origem. *Rev. Saúde Pública.*, São Paulo, 27 (3): jun. 1996. Disponível em: <<http://www.saudepublica.com.br/>> Acesso em: 13 mar. 2006.
- GALLO, R.C. *Virus hunting*. New York: Basic Books, 1991.
- GALVÃO, J. AIDS e Ativismos: O surgimento e a construção de novas formas de solidariedade. In: PARKER, R. et al., (Orgs.) *A AIDS no Brasil (1983-1992)*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS,UERJ,1994. (História Social da AIDS, nº 2).
- _____. *AIDS no Brasil: A agenda de construção de uma epidemia*. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34, 2000.
- GERSCHMAN, S. *A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- GIL, A.C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- GRANGEIRO, A. Perfil socioeconômico dos casos de AIDS na Cidade de São Paulo. In: PARKER, R. et al. (Orgs.) *A AIDS no Brasil (1983-1992)* Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS,UERJ,1994. (História social da AIDS, 2).
- GRMEK, M. O enigma do aparecimento da AIDS. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>> 2005. Acesso em: 24 fev. 2006.
- GUIMARÃES, C. D. *Mulheres, sexualidade e AIDS: a epidemia silenciosa*. São Paulo: PRODIR, 1992.
- _____. Mulheres Homens e AIDS: O Visível e o invisível In: PARKER, R. et al., (Orgs.) *A AIDS no Brasil (1983-1992)* Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS,UERJ,1994. (História social da AIDS; nº2).
- GUPTA, G. R.; WEISS, E. *Mulher e AIDS*. Rio de Janeiro, ABIA/ICRW, 1993.
- IDEC. O preservativo feminino. *Revista do IDEC on line*. Disponível em: <<http://www.idec.org.br>> 2005 Acesso em: 27 fev. 2006.

- LIMA, H. Educação e Saúde: As campanhas massivas de DST/AIDS do Governo Federal como veículo de produção de sentidos – Articulação com a história da epidemia de AIDS no Brasil. *JBA*, São Paulo, 3(3), jul./ set., 2002.
- MANN, J.M. Prefácio. In: GUPTA, G. R.; WEISS, E. *Desenvolvendo uma nova estratégia de saúde – Mulher e AIDS*. Rio de Janeiro: ABIA/Fundação Ford, 1993.
- MARQUES, M. C. C. Saúde e poder: a emergência política da AIDS/HIV no Brasil. *Hist. cienc. Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol.9 supl.0, 2002.
- MARTIN, D. *Mulheres e AIDS: Uma abordagem antropológica*. 1994. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Antropologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.
- MICHALIZEN M. S. *O Caleidoscópio e a rede: estratégias e práticas de prevenção à AIDS e ao uso indevido de drogas*. 1999. Tese (Doutorado) – Doutorado em Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica/PUC, São Paulo, 1999.
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em Saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1992.
- MONTAGNIER, L. *Desvirus et deshommes*. Paris: Odile Jacob, 1994.
- MUNDO E EDUCAÇÃO. *História da Guerra Fria*. Disponível em: <http://www.mundoeducacao.com.br/>> Acesso em: 24 fev. 2006.
- NIH – NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. *Women and HIV infection*. Bethesda, 1996. (mimeo).
- PACHECO, M.B. AIDS – mulher: onde está teu espaço? In: BRITO, N.; PIZÃO, J.; SOUTO, K. *Cidadãs PoitHIVas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 19-21.
- PARKER, R.; GALVÃO, J. *Quebrando o Silêncio: Mulheres e AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996.
- PARKER, R. (Org.) *Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: J. Zahar: ABIA, 1997.
- PARKER, R. et al. (Orgs.) *A AIDS no Brasil (1983-1992)* Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS, UERJ, 1994. (História social da AIDS, 2).
- PARKER, Richard, A construção da solidariedade: AIDS, sexualidade e política no Brasil Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS, UERJ, 1994. (História Social da AIDS, 3).

PARKER, R., *Ministério da Saúde, Desenvolvimento e Política – Respostas frente à AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA/Editora 34, 1999.

PINEL, A.C.O; INGLES, E. *Que é AIDS?* São Paulo: Brasiliense, 1996. (Coleção primeiros passos: 300).

PITANGUY, J. M. D. As mulheres e os direitos humanos. In: UNIFEM. *O Progresso das Mulheres no Brasil*. Brasília (DF):UNIFEM, 2006.

_____. Gênero, Cidadania e Direitos Humanos. In: BRUSCHINI, C.; UNBERHAUM, S.G. (Orgs.) *Democracia e sociedade brasileira*. São Paulo: FCC: Ed.34, 2002.

RACHID, M.; SCHECHTER, M. Manual de HIV/AIDS. 4. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1999. p.190.

RAMOS, S. *A construção do discurso das ONGs/AIDS no Brasil*. . In: SEMINÁRIO AIDS E ATIVISMO, 1992. *Trabalhos apresentados...* Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1992.

ROCHA, S. AIDS: uma questão de desenvolvimento? In: PASSARELLI, C. A. et al.. (Orgs.) *AIDS e Desenvolvimento: Interfaces e Políticas Públicas*. Rio de Janeiro: ABIA, 2003.

RODRIGUES-TRIAS, C.; MARTE, C. Challenges and possibilities; Women, HIV, and the Health Care system in the 1990. In: SCHNEIDER, B.; STOLLER, N. *Women Resisting AIDS*. Filadélfia: Temple University Press, 1995.

ROSENBERG, C. E. Explaining epidemics and other studies in the history of medicine. In: MARQUES, M. C. C. Saúde e poder: a emergência política da AIDS/HIV no Brasil. *Hist. cienc. Saúde –Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol.9, supl.0, 2002.

ROVERY, M. Políticas implícitas e explícitas no combate e prevenção do HIV e AIDS. In: PARKER, R. et. al. (Orgs.) *A AIDS no Brasil (1983-1992)*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS,UERJ, 1994. (História Social da AIDS, 2).

SANTOS, N.J.S. *As mulheres e a AIDS*. São Paulo, Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994. 243 p.

SCOTT, J. Gênero: Uma categoria útil de análise histórica. *Revista Educação e Realidade*, Porto Alegre, 15 (2), 19-22, 1990.

- SINGER, M. *The Political Economy of AIDS*. Amityville, New York: Baywood Publishing Company, Inc., 1998.
- SION, F S. Lack of Female to Male Transmission in Husbands of HIV infected Women. Hospital Universitário Gaffrée-Guinle, Rio de Janeiro. CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE AIDS, 6., *Trabalhos apresentados...* San Francisco (EUA), 20-24 jun., 1990.
- SPINK, M.J.P. Prevenção In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *A resposta Brasileira ao HIV/AIDS: experiências exemplares*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1999.
- TEIXEIRA, P. Políticas públicas em AIDS. In: PARKER, R. (org). *Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1997.
- _____. Acesso Universal a medicamentos para AIDS: a experiência do Brasil. *Revista Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, nº 27, p. 50, ago. 2003.
- TREICHLER, P. *AIDS, Homophobia, and biomedical discourse: an epidemic of signification*. Cultural Studies, 1998.
- UNAIDS. *Report on the global HIV/AIDS epidemic: 4º global report*, 2004.
- UNIFEM . O Progresso das Mulheres no Brasil, Brasília, DF: UNIFEM, 2006.
- VAN DAMME, L.; ROSENBERG, Z. F. Microbicides and barrier methods. HIV prevention. *AIDS*, 13 (Sup. A):S85-S92.
- VELOSO, V. et al. Prevenção da Transmissão Vertical no Brasil. In: UNIFEM. O Progresso das Mulheres no Brasil, Brasília (DF): 2006.
- VENTURA, M. *Direitos reprodutivos no Brasil*. São Paulo: M. Ventura, 2002.
- VIANNA, A.; LACERDA, P. *Direitos e política sexuais no Brasil: mapeamento e diagnóstico*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2004.
- VILELA, W. *Oficinas de sexo mais seguro para mulheres: Abordagens metodológicas e de avaliação*. São Paulo: NEPAIDS, 1996.

ANEXOS

***ANEXO A* - XIVth INTERNATIONAL AIDS CONFERENCE, Barcelona 7-12 July
2002 - Speech at the Opening ceremony by Peter Piot, Executive Director,
Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)**

ANEXO B – Ministério da Saúde - Portaria nº 236, de 2 de maio de 1985.

ANEXO C – Ministério da Saúde – Portaria nº 726, de 5 de novembro de 1985.

ANEXO D – Ministério da Saúde – Portaria nº 199, de 25 de abril de 1986.

ANEXO E – Ministério da Saúde – Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986.

ANEXO F – Ministério da Saúde – Portaria nº 721, de 9 de agosto de 1989.

ANEXO G – Ministério da Saúde – Portaria nº 1.376, de 19 de novembro de 1993.

ANEXO H – Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996.

ANEXO I – Ministério da Saúde – Portaria nº 1.100, de 24 de maio de 1996.

ANEXO J – Ministério da Saúde – Portaria nº 993, de 4 de setembro de 2000.

ANEXO L – Ministério da saúde – Portaria n ° 2.104, de 19 de novembro de 2002.

ANEXO M – Ministério da Saúde – Portaria nº 822, de 27 de junho de 2003.

ANEXO N – Estratégias e diretrizes para a prevenção das DST/AIDS entre mulheres.