



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

**Centro Biomédico**

**Instituto de Medicina Social**

**António Manuel Sousa**

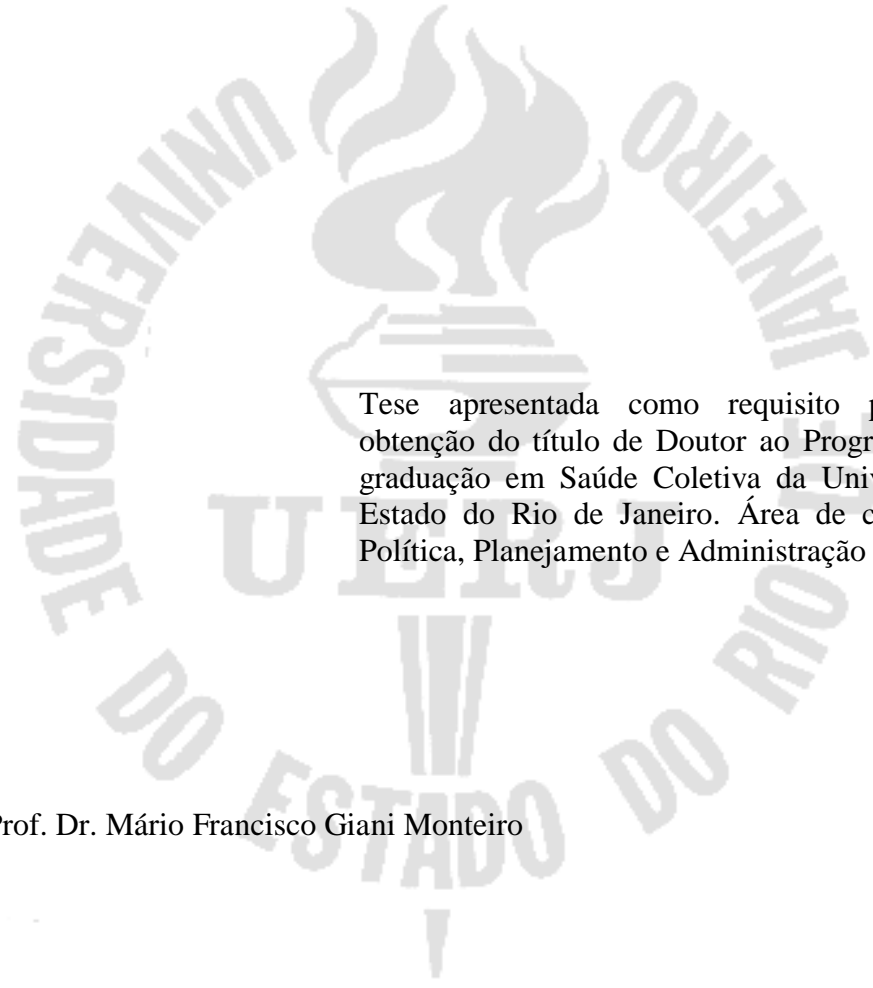
**Diferenças históricas, espaciais, sociais e por grupos de idade da razão de  
sexo, na população internada pelo SUS por HIV**

Rio de Janeiro

2011

António Manuel Sousa

**Diferenças históricas, espaciais, sociais e por grupos de idade da razão de sexo, na população internada pelo SUS por HIV**



Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Mário Francisco Giani Monteiro

Rio de Janeiro

2011

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB/C

S725 Sousa, António Manuel.

Diferenças históricas, espaciais, sociais e por grupos de idade da razão de sexo, na população internada pelo SUS por HIV / António Manuel Sousa. – 2011.

130 f. : il.

Orientador: Mário Francisco Giani Monteiro.

Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Epidemias – História – Teses. 2. HIV(Vírus) – Teses. 3. AIDS (Doença) – Teses. 4. Feminilidade – Teses. 5. Heterossexualidade – Teses. 6. Epidemiologia – Aspectos sociais – Teses. I. Monteiro, Mário Francisco Giani. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina. III. Título.

CDU 616-036.22

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

António Manuel Sousa

**Diferenças históricas, espaciais, sociais e por grupos de idade da razão de sexo, na população internada pelo SUS por HIV**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 12 de dezembro de 2011.

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. Mário Francisco Giani Monteiro (Orientador)  
Instituto de Medicina Social – UERJ

---

Profa. Dra. Alba Maria Zaluar  
Instituto de Medicina Social – UERJ

---

Prof. Dr. Rodrigo de Araujo Monteiro  
Pesquisador

---

Prof. Dr. Ruben Araujo de Mattos  
Instituto de Medicina Social – UERJ

---

Profa. Dra. Sonia Oliveira  
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE

Rio de Janeiro

2011

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família, irmãos (Alcinda/Cinda, Fátima/Fatiminha, José/Zé, Sousa, Vicente e João/Pinto†) tios, namorada, sobrinhos, primos e amigos.

A eles meus reconhecimentos pela esperança que depositam em mim e apoio moral na minha busca do saber entre todos os possíveis desafios longe da terra natal;

Ao meu pai Manuel† e a Minha mãe Lurdes, espero que este trabalho seja motivo de Orgulho dos pais que sempre incentivaram na formação desde os primeiros passos da vida.

Agradeço o amor, apoio, incentivo, partilha e paciência.

## AGRADECIMENTOS

Meus sinceros agradecimentos ao meu orientador, Prof<sup>o</sup>. Dr. Mário Francisco Giani Monteiro que acreditou no meu potencial e propostas que resultaram neste trabalho. Ao Prof<sup>o</sup>. Dr. Ruben Araujo de Mattos que acreditou muito. A todos meus agradecimentos pelo credito que depositaram na minha capacidade para realização do presente trabalho com zelo e fé direcionada a um conhecimento científica de qualidade.

Ao Departamento de Políticas Públicas e Planejamento em Saúde – IMS/UERJ em especial Prof. Dr. Ruben Araujo de Mattos, Profa. Dra. Maria Helena Costa Couto, professores e assistentes, pela credibilidade, acolhimento, apoio e incentivo neste processo de busca do saber e conhecimento científico.

Aos professores e funcionários do Instituto de Medicina Social/IMS-UERJ pela afeição e estímulo ao aprendizado.

A todos os companheiros da pós-graduação turma 2008 no IMS-UERJ.

À CAPES/CNPq que proporcionou auxílio financeiro através Programa Estudante Convênio de Pós-Graduação (PEC-PG).

Aos meus familiares (em especial Rito Almirante), amigos (em especial Fernando Alfredo Simão) que me deram e me dão muito apoio inclusive para que conseguisse viajar ao Brasil e concretizar este trabalho. À Gleice e sua família que puderam me acolher e compartilhar todos os momentos difíceis que passei no Brasil por ocasião deste trabalho.

A todos os colaboradores que de alguma forma (direta e/ou indiretamente) participaram na realização deste trabalho, a eles meus sinceros agradecimentos.

Que os esforços superem as impossibilidades, pois as grandes proezas dos homens surgiram daquilo que parecia ser impossível.

*Charles Chaplin*

## RESUMO

SOUSA, A M. *Diferenças históricas, espaciais, sociais e por grupos de idade da razão de sexo, na população internada pelo SUS por HIV*. 2011. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2011.

A epidemia de HIV/AIDS, pelo seu histórico, é de natureza mutável em vários contextos sociais em todo o mundo. Desde a notificação dos primeiros casos até hoje, observa-se um curso diferenciado no decorrer do tempo, tanto no campo social como na biomedicina, o que a torna um problema passível de controle a longo prazo. Essas mudanças, entretanto, não são percebidas de igual maneira em todos os países ou regiões. Devido a vários fatores, a epidemia persiste como uma das dez primeiras causas de morte no mundo, sendo a primeira delas na África. No Brasil, o perfil da epidemia assemelha-se ao global, tendendo a diminuir/estabilizar a velocidade do surgimento de novos casos. Essa contenção deve-se ao impacto de ações preventivas desenvolvidas por iniciativas governamentais e não governamentais no sentido de promover práticas sexuais mais seguras. Neste mesmo contexto, algumas análises espaciais revelam transições demográficas da epidemia de HIV/AIDS nos anos mais recentes. Há mudanças e desigualdades na razão de sexo em diferentes condições sociodemográficas e do ponto de vista geracional. Em razão disso, este trabalho justifica-se pela necessidade de analisar as mudanças na razão de sexo, fornecendo informações importantes para o planejamento e política de prevenção no tratamento da AIDS, tendo em vista a vulnerabilidade da população feminina. O objetivo principal desta pesquisa é analisar diferenças históricas, espaciais e sociais da razão de sexo e idade na população internada pelo SUS em consequência da infecção pelo HIV no período de 1998 a 2009. Trata-se de um estudo descritivo e ecológico das diferenças históricas, espaciais e por grupos de idade na Razão de Sexo abrangendo também uma análise da Regressão Linear Múltipla das variáveis. Foram utilizados os dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS-SIH/SUS - DATASUS/MS, como fonte de informação para os casos de AIDS internados no período de 1998 a 2009. Foram considerados casos com idade compreendida entre 15 e 49 anos, bem como estratificados e analisados dados gerados nas microrregiões, a fim de homogeneizar as informações dentro de cada estrato com dados do censo de 2000. As variáveis independentes foram representadas pelos seguintes indicadores (fatores de vulnerabilidade): a) percentagem da população rural residente na região; b) tamanho da população da microrregião, para testar se o tamanho da população está associado à razão de sexo por HIV e c) percentagem da população de 15 a 49 anos de idade não alfabetizada. Nos resultados é possível notar que em quase todas as regiões há um aumento considerável do número de mulheres infectadas pelo HIV, o que leva à dedução da presença de um processo de feminização, atrelado à heterossexualização da epidemia. Os resultados do estudo apontam que a epidemia de HIV/AIDS tende a atingir indiscriminadamente as regiões Nordeste, Sul e Sudeste, especialmente as duas últimas. Esta constatação de que, em anos recentes, as mulheres vêm sendo infectadas em proporções maiores que os homens, corrobora o processo de “feminização” da AIDS, já anunciado por alguns autores.

Palavras-chave: Epidemia. HIV/AIDS. Feminização. Heterossexualização. Perfil epidemiológico.



## ABSTRACT

The HIV/AIDS, its history, is the changing nature in various social contexts around the world. Since the notification of the first cases to date, there is a different course over time, both in social as in biomedicine, which makes it possible to control a problem in the long term. These changes, however, are not perceived equally in all countries or regions. Due to various factors, the epidemic remains one of the ten leading causes of death worldwide, being the first one in Africa. In Brazil, the profile of the epidemic resembles the global, tending to decrease/stabilize the speed of onset of new cases. This contention is due to the impact of preventive measures undertaken by governmental and non-governmental initiatives to promote safer sexual practices. In the same context, some spatial analysis reveals demographic transitions of the HIV/AIDS in recent years. There are changes and unequal sex ratio under different socio-demographic and generational perspective. As a result, this work is justified by the need to analyze changes in sex ratio, providing important information for planning and prevention policy in the treatment of AIDS taking into account the vulnerability of the female population. The main objective of this research is to analyze historical differences, spatial and social aspects of sex ratio and age in the population hospitalized by SUS as a result of HIV infection in the period 1998 to 2009. It is a descriptive study of ecological and historical differences, spatial and age groups in the sex ratio also covering a multiple linear regression analysis of variables. We used data from the Hospital Information System SUS-SIH/SUS-DATASUS/MS as a source of information for hospitalized AIDS cases in the period 1998 to 2009. Cases were defined as aged between 15 and 49 years old, as well as stratified and analyzed data generated in the regions, in order to mix the information within each stratum with data from the 2000 census. The independent variables were represented by the following indicators (vulnerability factors): a) percentage of rural population residing in the region b) population size of the micro-region, to test whether the population size is associated with the sex ratio of HIV and c) percentage of population 15 to 49 years old are literate. In the results it is noticed that in almost all regions there is an increase in the number of women infected with HIV, which leads to the deduction of the presence of a process of feminization, linked to the heterosexual epidemic. The study results indicate that the HIV/AIDS tends to strike indiscriminately the Northeast, South and Southeast, especially the last two. The fact that in recent years, women have been infected in greater proportions than men, supports the process of “feminization” of AIDS, already announced by some authors.

Keywords: Epidemic. HIV/AIDS. Feminization. Heterosexualization. Epidemiological profile.

## LISTA DE MAPAS

Mapa 1- Razão de sexo (masculino/feminino) por local de Internação, devido a HIV e segundo Unidade de Federação - Brasil, 1998-2000. ....	94
Mapa 2 - Razão de sexo (masculino/feminino) por local de Internação, devido a HIV, segundo Unidade de Federação - Brasil, 2001-2003. ....	95
Mapa 3 -Razão de sexo (masculino/feminino) por local de Internação, devido a HIV, e segundo Unidade de Federação - Brasil, 2004-2006. ....	96
Mapa 4 - Razão de sexo (masculino/feminino) por local de Internação, devido a HIV, segundo Unidade de Federação - Brasil, 2007 a 2009.....	97

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Razão de sexo (masculino/feminino) segundo faixa etária dos internados pelo SUS devido a HIV por região – Brasil - 1998-2000 .....	100
Gráfico 2- Razão de sexo (masculino/feminino) segundo faixa etária dos internados pelo SUS devido a HIV por região – Brasil - 2001-2003 .....	101
Gráfico 3- Razão de sexo (masculino/feminino) segundo a faixa etária dos internados pelo SUS devido a HIV por região – Brasil - 2004-2006 .....	102
Gráfico 4- Razão de sexo (masculino/feminino) segundo faixa etária dos internados pelo SUS devido a HIV por região – Brasil - 2007-2009 .....	103

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Número de internações por sexo segundo faixa etária (20-49) – Morbidade Hospitalar do SUS por local de internação – Brasil, 1998-2009.....	99
Tabela 2- Número de internações por sexo segundo faixa etária (25-44) – Morbidade Hospitalar do SUS por local de internação – Brasil, 1998-2009.....	99
Tabela 3- Correlação de Pearson entre as variáveis destacadas para análise de RLM.....	105
Tabela 4- Variáveis selecionadas, para o estudo, introduzidas no modelo. ....	107
Tabela 5- Resumo do modelo gerado pelo pacote estatístico SPSS.....	108
Tabela 6- Verificação dos coeficientes isoladamente gerados pelo pacote estatístico SPSS	109

## LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AIDS/SIDA	Acquired Immunodeficiency Syndrome/Síndrome de Imunodeficiência adquirida
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ARV	Antirretrovirais
AZT	Azidotimidina ou Zidovudina.
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (também conhecida como Classificação Internacional de Doenças)
CEDAPS	Centro de Promoção da Saúde
CTA	Centros de Testagem e Aconselhamento
CO	Centro Oeste
DATASUS	Banco de Dados do Sistema Único de Saúde
DNC	Doenças de Notificação Compulsória
DOS	Disk Operating System/Sistema Operacional em Disco
DBF	Data Base Files
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
FAD	Food and Drug Administration
GAP	Grupo de Apoio e de Prevenção
GLBT	Gays Lésbicas, Bissexuais e Travestis
GM	Gabinete de Ministro
HIV/VIH	Human Immunodeficiency Virus/Virus de Imunodeficiência Humana
HSH	homens que fazem sexo com homens
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBISSICO	Instituto Brasileiro de Inovações pró-sociedade Saudável Centro Oeste
IM	Individualismo Metodológico
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência da Previdência Social
ISER	Instituto de Estudo da Religião
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LGBTT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis

LOS	Lei Orgânica da Saúde
MGL	Movimento de Gays e Lésbicas
MHB	Movimento Homossexual Brasileiro
MS	Ministério da Saúde
NÃO_ALFA	Representa variável número de não alfabetizados na população da região
OMC	Organização Mundial do Comércio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização não governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PGF	Programa de Gestão Financeira
PIDESC	Pacto Internacional Sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
PN-DST/AIDS	Programa Nacional de DST e AIDS (Departamento de DST, Aids e Hepatite Virais)
POPULAÇÃO	Representa variável tamanho da população da microrregião
RAZÃO	Representa a variável Razão de Homens e mulheres internados pelo SUS devido HIV/AIDS
RLM	Regressão Linear Múltipla
RS	Rio Grande do Sul
RURAL100	Representa a variável porcentagem da população rural residente na região
RzS	Razão de Sexo
RzSMH	Razão de Sexo morbidade hospitalar
SAMPHPS	Sistema de Assistência Médico Hospitalar da Previdência Social
SC	Santa Catarina
SGAIH	Sistema de Gerenciamento de Autorização de Internação Hospitalar
SH	Serviços Hospitalares
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SNASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SNCPCH	Sistema Nacional de Controle de Pagamento de Contas Hospitalares
SNIS	Sistema Nacional de Informação da Saúde
SP	São Paulo

SPSS	Statistical Package for the Social Sciences/Pacote Estatístico para Ciências Sociais
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TAB	Tabulador
TABWIN	Tabulador Para Windows
UF	Unidade Federativa
UN/NU	United Nation/ Nações Unidas
UNAIDS	United Nation for AIDS
UNGASS	United Nation General Assembly Special Session/Sessão Especial da Assembléia das Nações Unidas

## LISTA DE SÍMBOLOS

$\rho$	Coeficiente de Correlação de Pearson
$\Sigma$	Somatório
$Y$	Variável explicada/Variável independente
$\alpha$	Constante de intercepto da reta
$\beta$	Constante do declive da reta
$R$	Coeficiente de determinação
$R^2$	Coeficiente de determinação ajustado
$\epsilon$	Variável que inclui todos os fatores residuais mais os possíveis erros de medição
$i$	$i$ -ésima vez



## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	18
1	<b>PERFIL DA EPIDEMIA DE HIV/AIDS: ENTRE LIMITAÇÕES E CONQUISTAS</b> .....	19
1.1	<b>Situação mundial da evolução da epidemia de HIV/AIDS</b> .....	19
1.2	<b>Situação no Brasil da evolução da epidemia de HIV/AIDS</b> .....	22
2	<b>POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: Intervenção Governamental e Sociedade Civil para prevenção da HIV/AIDS</b> .....	30
2.1	<b>Políticas públicas de saúde e processos normativo-legais na prevenção da HIV/AIDS no Brasil</b> .....	31
2.2	<b>Estratégia internacional e direitos humanos na política de saúde</b> .....	33
2.3	<b>Intervenção da sociedade civil na resposta à HIV/AIDS</b> .....	38
2.4	<b>Política de saúde para LGBTT e prevenção ao HIV/AIDS</b> .....	47
2.5	<b>Política de saúde, gênero e prevenção da HIV/AIDS</b> .....	48
3	<b>DIVERSIDADE CULTURAL, GÊNERO E GERAÇÃO NA PREVENÇÃO DE HIV/AIDS NO BRASIL</b> .....	51
3.1	<b>Conceitos e diferença de comportamento de risco, grupo de risco, vulnerabilidade: questões subjetivas na política de Saúde em resposta a epidemia de HIV/AIDS</b> .....	52
3.2	<b>Perspectivas Sociológicas: Juventude, Sexualidade e Gênero</b> .....	54
3.3	<b>Vulnerabilidade à HIV/AIDS: <i>Status</i> social e poder nas relações de gênero e intergeracionais</b> .....	62
4.	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	81
4.	<b>OBJETIVOS</b> .....	82
4.1	<b>Geral</b> .....	82
4.2	<b>Específicos</b> .....	82

5.	<b>METODOLOGIA</b> .....	83
5.1.	<b>Mudanças na Razão de Sexo da morbidade hospitalar do SUS (RzSMH) entre 1998 e 2009</b> .....	83
5.2.	<b>Estudo socioecológico</b> .....	83
5.3	<b>Fontes de dados</b> .....	84
5.3.1	<u>Que fonte de dados é este?</u> .....	84
5.3.1.1	DATASUS: Informatização dos dados.....	87
5.3.1.2	As viabilidades e limitações dos dados originários da SIH.....	88
5.3.2	<u>Processamento e formação do arquivo de dados</u> .....	92
6	<b>DESCRIÇÃO, ANÁLISES E DISCUSSÃO DE DADOS POR UNIDADE FEDERATIVA</b> .....	93
6.1	<b>Razão de sexo e Unidade de Federação</b> .....	93
6.2	<b>Razão de sexo e faixa etária por Região/Unidade de Federação</b> .....	98
6.3	<b>Análise de regressão linear múltipla (RLM)</b> .....	104
6.3.1	<u>Correlação das variáveis</u> .....	104
6.3.2	<u>O modelo e análise da regressão</u> .....	107
6.3.3	<u>Qualidade de ajuste dos modelos</u> .....	108
7	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÃO</b> .....	110
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	115
	<b>ANEXO A - Número de internações por sexo segundo faixa etária – Morbidade Hospitalar do SUS por local de internação – Brasil, 1998-2009.</b> .....	129

## INTRODUÇÃO

Este trabalho surgiu do interesse do autor pelo tema epidemia de HIV/AIDS e pode ser demarcado a partir de realidades vivenciadas e/ou conhecidas pelo próprio. Trata-se, sobretudo, de realidades de países<sup>1</sup> de expressão portuguesa, que têm praticamente um perfil semelhante quanto às desigualdades sociodemográficas de gênero e geracionais relacionadas à epidemia de HIV/AIDS. Um estudo<sup>2</sup>, no mestrado, acerca da dinâmica da epidemia de HIV/AIDS em Moçambique, foi fundamental para uma reflexão crítica sobre política, planejamento e administração em resposta à epidemia, principalmente no tocante a aspectos relacionados à sexualidade e desigualdade sociodemográficas. Esse interesse particular pelo campo da saúde pública sustenta-se a partir da percepção de que a epidemia de HIV/AIDS é um assunto que não se esgota, apesar de vários estudos desenvolvidos sobre o tema.

A despeito da intensa e farta produção de documentos, leis, normas técnicas, dos congressos e da difusão pela mídia, ainda se impõe a necessidade de políticas de saúde pública consoantes com suas múltiplas especificidades. Destarte, debruçou-se o autor sobre a compreensão do perfil da epidemia de HIV/AIDS na perspectiva histórica e sociodemográfica, visando a intervenção e a viabilização de ferramentas teóricas para o empoderamento político e respectiva atuação frente à epidemia. Assim sendo, no presente estudo pretende-se analisar diferenças históricas, espaciais e sociais da razão de sexo e idade na população internada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil em consequência da infecção pelo HIV, no período de 1998 a 2009. Embora estiver, no estudo, a analisar dados estatísticos, não é um estudo epidemiológico, mas de política pública para o combate da epidemia. A dimensão da subjetividade presente, neste trabalho, serve para explicar os dados estatísticos, e a concentração será de usar os dados para delimitar grupos mais vulneráveis à epidemia. Na sequência, o trabalho é de caráter multidisciplinar de modo integrado e o que o autor espera que sirva de referências na política pública como renda, significado da doença, poder social relativo ao gênero e idade.

---

<sup>1</sup> Além do autor se identificar com um deles (Moçambique), coincidentemente um dos países mais afetados pela epidemia acima referenciada na região da África Austral.

<sup>2</sup> “A Epidemia pelo HIV/AIDS e suas repercussões sobre a saúde da população Moçambicana, 1986 a 2003”, Dissertação de mestrado defendida na ENSP-FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2007.

## **1 PERFIL DA EPIDEMIA DE HIV/AIDS: ENTRE LIMITAÇÕES E CONQUISTAS**

Historicamente, a epidemia de HIV/AIDS teve marcos importantes, que lhe desenharam um perfil específico, não apenas quanto à forma como ela foi percebida nos primórdios, mas também quanto à rapidez de seu acréscimo em magnitude e indiscriminada difusão territorial e social. Devido a seu caráter de difícil identificação inicial, adveio uma notável mutabilidade e flutuação no estabelecimento de alvos bem definidos, o que inviabilizou a adequação de políticas públicas de saúde, bem como a adoção de uma determinada intervenção biomédica em resposta à epidemia.

### **1.1 Situação mundial da evolução da epidemia de HIV/AIDS**

Desde o surgimento da Epidemia de HIV/AIDS, o mundo testemunhou grandes conquistas na resposta à epidemia. Avanços na área científica, com a Terapia Antirretroviral (TARV), configuraram-se numa grande revolução. Houve também uma mobilização de recursos sem precedentes de esferas sociais bastante diversificadas, que se uniram na tentativa de coordenar e aumentar a efetividade dessa luta. Reconheceu-se que o HIV/AIDS é de atenção global e assumiu-se um compromisso de implementar uma série de ações, assim como de fomentar parcerias intersetoriais estratégicas para fortalecer e apoiar a ampla resposta.

Hoje a AIDS continua sendo um dos principais fatores que exercem pressão sobre, praticamente, todos os sistemas sociais (como a educação e cultura), principalmente nos países em transição e nos países menos desenvolvidos, afetando também a capacidade dos indivíduos de desfrutar de seus direitos e exercer seus deveres com dignidade. Todavia, segundo dados apresentados no relatório da UNESCO sobre a resposta à epidemia de HIV/AIDS, cerca de 77 milhões de crianças, em 2006, não estavam matriculadas em escolas primárias e 55% delas eram do sexo feminino (UNESCO, 2007). Sabe-se que a falta de educação formal, tem sido apontada como sendo um dos fatores que contribui para a persistência da epidemia no mundo.

A epidemia de HIV/AIDS é de natureza mutável no âmbito de contextos dinâmicos de nível internacional, regional e nacional. Mundialmente, a epidemia, tem apresentado um processo de mudança em seu perfil. Desde a notificação dos primeiros casos até hoje, apresenta um curso diferenciado no decorrer do tempo, tanto no campo social como na biomedicina. Diferentes leituras e estratégias foram/são feitas e aplicadas no enfrentamento da

epidemia em realidades distintas. Dados estatísticos espelham a nova realidade e revelam que a epidemia de HIV/AIDS está passando de fatalidade a situação controlável, ou seja, de emergência de saúde a problema passível de controle a longo prazo.

Segundo dados divulgados no relatório “*Situação da Epidemia de Aids 2009*”, da UNAIDS/OMS (2009) houve redução (de 17%) de novas infecções pelo HIV entre 2001 e 2008. Neste mesmo período, na África Subsaariana, uma das mais afetadas pela epidemia, houve redução de 15%. Na Ásia oriental, as novas infecções pelo HIV diminuíram de quase 25%, na Ásia meridional e suboriental de 10% durante o mesmo período. Além da diminuição da taxa de infecção, também diminuiu (em 10%) o número de óbitos relacionados à AIDS.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que mais de 1,6 milhões de pessoas em países de baixa e média renda tinham acesso à TARV em junho de 2006, o que representou um aumento de mais de quatro vezes em relação a dezembro de 2003. Por exemplo, o aumento do acesso ao tratamento na África subsaariana foi o caso mais significativo, crescendo de 100.000 o número de pessoas recebendo tratamento, em fins de 2003, para mais de um milhão em junho de 2006. A América Latina e o Caribe foram as regiões que alcançaram o maior êxito em termos de acesso para os que necessitavam de TARV – neles, a cobertura foi estimada em cerca de 75%. Nos países de renda baixa e média, essa cobertura é mais baixa (de 13% e 5%) como é o caso da Europa, Ásia central, norte da África e Oriente médio (WHO; UNAIDS, 2006). Por outro lado, é notório o aumento de sobrevivência e a redução do número de óbitos em alguns países.

A disponibilização do acesso à Terapia Antirretroviral (TARV)<sup>3</sup>, de acordo com a UNAIDS/OMS, foi um dos grandes investimentos dos programas de saúde pública (nacionais e internacionais), configurando uma época na qual foi observada uma redução do número de óbitos, com a apresentação de resultados concretos e quantificáveis, o que constitui uma redução de danos. Todavia no aspecto preventivo, como é o caso de mudança de um comportamento que fomenta a vulnerabilidade, não se verificam impactos expressivos. Exemplo disso é o caso da Europa Oriental e da Ásia Central onde a disseminação da epidemia de HIV/AIDS, que já fora associada ao uso de drogas injetáveis, volta a se propagar entre os parceiros sexuais das pessoas que utilizam drogas injetáveis. Do mesmo modo, em algumas partes da Ásia, a epidemia que em algum momento se caracterizou pela transmissão

---

<sup>3</sup> Em 1986, na segunda Conferência Internacional de AIDS, ocorrida em Paris, foram reportadas experiências iniciais do uso do Azidotimidina/Zidovudina (AZT). No mesmo ano, o órgão norte-americano de controle de produtos farmacêuticos Food and Drug Administration (FDA) aprovou o seu uso, o qual revelou um impacto discreto sobre a mortalidade geral de pacientes infectados pelo HIV (ver <http://www.boasaude.com>).

entre os profissionais do sexo e os usuários de drogas injetáveis, hoje afeta cada vez mais os heterossexuais. (UNAIDS/OMS, [2009] 2010)

No contexto mundial (em muitas regiões do mundo), essa persistência do HIV/AIDS, observada em novos casos de infecção, se concentra em jovens com idades entre 15 e 24 anos de idade. Em 2006, esses jovens responderam por 40% das novas infecções entre pessoas superiores a 15 anos de idade. (UNAIDS; WHO, 2006)

Os jovens nessa faixa etária representam 50% dos novos casos de infecção, mulheres jovens e meninas tornaram-se vulneráveis ao HIV de modo crescente e desproporcional, devido às desigualdades de gênero e aos papéis sexuais tradicionais. Ao mesmo tempo, os grupos populacionais de importância central na dinâmica da epidemia – incluindo profissionais do sexo e seus clientes, usuários de drogas injetáveis, homens que fazem sexo com outros homens e presidiários – permanecem lamentavelmente desassistidos pelas respostas nacionais. (UNESCO, 2007)

No sul do continente africano a população feminina é bastante afetada, inclusive é a que mais se incumbem dos cuidados às pessoas soropositivas. Neste contexto, a “feminização” da epidemia é particularmente aguda entre os jovens, sugerindo alguns estudos que as mulheres jovens têm de duas a sete vezes mais probabilidade que os homens jovens de serem infectadas pelo HIV. (GLYNN JR, *et al.* 2001; GREGSON e GARNETT, 2000; MACPHAIL, *et al.* 2002)

Entretanto, na perspectiva mundial, a epidemia de HIV/AIDS tende à melhoria e está parcialmente controlada. A melhoria e o controle, seja no âmbito social ou biomédico são auspiciosos, mas não são percebidos de igual maneira em todos os países ou regiões. Em algumas realidades, as pessoas continuam sendo infectadas pelo HIV e, por vezes, o número de pessoas vivendo com HIV/AIDS não corresponde à disponibilização do acesso ao tratamento. Este fator, entre outros, faz com que a epidemia persista como uma das dez primeiras causas de morte no mundo, sendo a primeira delas na África (UNAIDS, 2008). Destarte, apesar do progresso no acesso ao tratamento, é importante que se promovam ações robustas adotadas em nível mundial, particularmente através de esforços maciços de expansão e intensificação das ações de prevenção, caso contrário a epidemia continuará a se disseminar e a ameaçar não só as conquistas já alcançadas, como também as perspectivas futuras de desenvolvimento sustentável. Segundo a UNAIDS, o futuro da epidemia mundial de HIV depende, em grande medida, do comportamento a ser adotado ou mantido pelos jovens, bem como dos fatores sociais, culturais e de outros fatores contextuais que afetam essas decisões.

## 1.2 Situação no Brasil da evolução da epidemia de HIV/AIDS

O Brasil, de 1980 a junho de 2009, totaliza 544.846 casos registrados de HIV/AIDS. Nesse período, 217.091 mortes ocorreram em decorrência da AIDS. Por ano, são notificados entre 33 mil e 35 mil novos casos de AIDS. Em relação ao HIV, a estimativa é de que existem cerca de 630 mil pessoas infectadas no país (MS, 2009).

E segundos dados divulgados recentemente (Boletim epidemiológico de novembro de 2011) pelo Ministério de Saúde, só em 2010 foram notificados 34.218 casos com a prevalência de 0,6% da doença. Conforme este documento, a incidência apresentou leve redução de 18,8/100 mil habitantes em 2009 para 17,9/100 mil habitantes em 2010. E desde o início da epidemia no país até junho de 2011, o Brasil totalizava 608.230 casos registrados de AIDS. Segundo os dados significa que continua mantendo-se controlada e estabilizada (BRASIL, 2011).

O perfil epidemiológico de HIV/AIDS no Brasil assemelha-se ao perfil da epidemia global que tende a diminuir/estabilizar a velocidade de novos casos. Essa tendência deve-se, segundo alguns autores, aos impactos de ações preventivas desenvolvidas por iniciativa governamental e não governamental, que repercutiram nas mudanças comportamentais, no sentido da adoção de práticas sexuais mais seguras e saturação do segmento populacional vulnerável ao HIV (GUPTA, 1989; PARKER, 1994; MATTOS, 1999).

Apesar do panorama geral da epidemia de HIV/AIDS no Brasil tender à estabilidade, ela afeta o país de maneira diferenciada: na sua dimensão regional, como é o caso da interiorização da epidemia; em relação ao gênero (homens e mulheres); em relação ao *status* social (entre populações de maior e de menor renda e entre populações de menor e maior nível educacional). Por exemplo, entre 2000 e 2005 a taxa de incidência de HIV/AIDS nos Estados do Norte passou de 6,9 para 13,9 pessoas por 100.000 habitantes, enquanto na região Sudeste esse número caiu de 26,2 para 25,7. (UNAIDS, 2008)

Algumas análises espaciais revelam transições demográficas e epidemiológicas nas últimas décadas, que podem ser percebidas na produção mais recente sobre alterações nos perfis de saúde-doença das populações e suas respectivas implicações na atenção à saúde. Estudos sobre evolução (propagação) da epidemia no Brasil mostram, em sua disseminação espacial, que ela não evoluiu e nem se distribuiu de forma homogênea entre as regiões brasileiras. Deixa de ser uma doença dos grandes centros urbanos para atingir municípios menores, o conhecido processo da “interiorização” da epidemia (SZWARCOWALD *et al.*, 2000). Para Dourado (2006), quando analisada regionalmente, a epidemia apresenta-se de forma heterogênea, pois “a incidência cresce na maioria das regiões, mas diminui na região

Sudeste. As taxas de mortalidade decrescem em geral, embora do ponto de vista estatístico a diminuição só é significativa na região Sudeste”.

Em municípios com mais de 500 mil pessoas, segundo dados do Ministério de Saúde, houve decréscimo da taxa de incidência, entre 1997 e 2007, de 32,3 para 27,4 notificações por 100 mil habitantes. Ao longo desses dez anos, 24 dos 39 municípios com mais de 500 mil habitantes registraram queda significativa na taxa de incidência ou se mantiveram estáveis. Municípios de médio e grande porte – dos 100 municípios com mais de 50 mil habitantes que apresentam maior taxa de incidência de HIV/AIDS, os 20 primeiros da lista estão no Sul. A primeira colocada é a cidade de Porto Alegre (no Estado do Rio grande d Sul-RS) com taxa de incidência de 111,5 por 100 mil habitantes, seguida por Camboriú (no Estado de Santa Catarina-SC) com 91,3. A tendência de crescimento do número de pessoas vivendo com HIV/AIDS nas cidades menores e queda nas maiores confirma-se nas regiões Sudeste, Centro-Oeste e Sul. Todavia o Norte e Nordeste apresentam um perfil diferente, uma vez que ocorre aumento da taxa de incidência, quando se compara 1997 com 2007, tanto em municípios grandes quanto em pequenos (MS, 2009). Dados divulgados pelo Boletim Epidemiológico de Novembro de 2011 a epidemia por região em um período de 10 anos, 2000 a 2010, a taxa de incidência caiu no Sudeste de 24,5 para 17,6 casos por 100 mil habitantes. Nas outras regiões, cresceu: 27,1 para 28,8 no Sul; 7,0 para 20,6 no Norte; 13,9 para 15,7 no Centro-Oeste; e 7,1 para 12,6 no Nordeste. Vale lembrar que o maior número de casos acumulados está concentrado na região Sudeste (56%). (BRASIL, 2011)

Ao lado desse processo de “interiorização” da epidemia, o perfil epidemiológico sofreu outras transformações ao longo do tempo, na forma principal de sua disseminação. Segundo Castilho e Szwarcwal, esse problema de Saúde Pública perde a característica de ser uma doença de única referência a homossexuais, prostitutas e pessoas que usam drogas injetáveis, como foi notificado e associado nos primórdios da epidemia (CASTILHO, SZWARCWALD, 1998). Dados de Dourado mostram que entre os casos quantificados (no período de 1998 a 2002), cerca de 60% estavam associados a alguma forma de contato sexual, sendo quase a metade (42,9%) do total de casos notificados decorrente de “interações sexuais desprotegidas entre homens que fazem sexo com homens.” Este grupo populacional, segundo a autora, concentrou a maior parte dos casos nos primeiros anos da epidemia (DOURADO, 2006). As principais categorias de exposição eram compostas, preponderantemente, de homens que faziam sexo com outros homens (homossexuais e bissexuais masculinos), hemofílicos e daqueles que tinham recebido sangue e hemoderivados (BASTOS *et al.*, 1995).



A partir de meados dos anos 90, a epidemia se disseminou entre heterossexuais, que constituem atualmente a subcategoria de exposição sexual com o maior número de casos notificados. Nesse processo de “heterossexualização” da epidemia, a escala pesou para o lado feminino, “feminização” da epidemia (CONH, 1997), envolvendo fortemente populações mais vulneráveis. Igualmente associou-se a epidemia à pobreza. Fato que ficou conhecido como “pauperização” da mesma (PARKER & CAMARGO Jr., 2000). Nessa trajetória, a epidemia de HIV/AIDS no Brasil deixa de ser uma doença de “grupos de risco”, tornando-se uma doença de “comportamentos de risco”.

Uma análise da distribuição de casos de AIDS por sexo permitiu inferir que a HIV/AIDS rapidamente deixou de ser uma doença masculina, pois, em anos recentes, as mulheres vêm sendo infectadas em proporções maiores que os homens. De acordo com os dados sistematizados por Dourado (2006), a incidência de HIV/AIDS aumentou rapidamente entre as mulheres e a razão de casos homem/mulher decresceu de 18,9:1, em 1984, para 1,5:1, em 2004, chegando a 0,9:1 na faixa de 13 a 19 anos (adolescentes) neste ano. A constatação do aumento da importância da transmissão heterossexual na dinâmica da epidemia parece contribuir para o aumento de casos de AIDS entre as mulheres. Neste contexto, a taxa de incidência vem decrescendo na população masculina, todavia, nota-se que o mesmo evento não acontece quando se trata de população feminina (mantendo-se em franca expansão). Esta inversão vem acontecendo desde 1998, com 8 casos de sexo masculino para cada 10 casos de sexo feminino, enquanto que em 1986, a razão de sexo era de 15 casos de AIDS em homens para cada caso em mulheres. (MS, 2009)

Dados apresentados no estudo de Cohn (1997) mostram que o processo de feminização da epidemia quanto à razão homem/mulher infectados em 1984/85 era de 28:1 passando para 3:1 em 1996. Dados mais recentes divulgados pelo Boletim epidemiológico do Ministério de Saúde (2009) indicam que no último período analisado (1998) essa relação teria diminuído de 2:1, tanto na região Sudeste como na região Nordeste. Hoje pode-se dizer que a HIV/AIDS é disseminada de forma heterogênea. A taxa de mortalidade em decorrência da epidemia apresenta pouca variação entre as mulheres, diferentemente dos homens. A partir de 2003, a razão de sexo apresenta estabilização nos anos subsequentes, 15 casos de homens para 10 de mulheres. Cabe ressaltar a análise da razão de sexo em jovens de 13 a 19 anos de idade, uma vez que nessa faixa etária o número de casos de AIDS ascende entre a população do sexo feminino. Este é um padrão predominante nos países pobres (subdesenvolvidos), principalmente africanos. Segundo Souza (2009), em ambos os sexos as maiores taxas de incidência encontram-se na faixa etária de 25 a 49 anos de idade, porém com tendência de

crescimento da taxa a partir dos 40 anos de idade em homens e dos 30 anos de idade em mulheres, comparando-se 1997 e 2007.

Os dados divulgados recentemente, no boletim epidemiológico, no final de 2011 sinalizam avanços marcantes da resposta a epidemia em alguns grupos. Os dados mostram que entre a população menor de cinco anos de idade, dos de transmissão vertical - no parto ou pelo leite materno - apresenta queda na incidência (número de casos por 100 mil habitantes) de 41% de 1998 a 2010. Neste período, também, houve queda de porcentagem dos casos entre a população de 15 a 24 anos de idade. Entretanto entre a população de homens que fazem com homens, a mesma faixa houve aumento de 10,1%. (isso pode contribuir com o porque o aumento de casos nesta faixa etária. Pode-se indagar que além de heterossexualização há a homossexualização da Aids). Quanto à faixa etária, observando no conjunto nos dois sexos percebe-se mais incidente entre a população de 25 a 49 anos de idade. É curioso que na razão de sexos é maior ente os jovens de 13 a 19 anos de idade. Essa é a faixa etária em que o número de casos de AIDS é maior entre as mulheres. A inversão apresenta-se desde 1998. Em relação aos jovens, os dados apontam que, embora eles tenham elevado conhecimento sobre prevenção da AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis, há tendência de crescimento do HIV. A juventude faixa etária de risco. Está em constante vontade de experimentar e arriscar. O quadro levou o Ministério da Saúde a priorizar este público na campanha do Dia Mundial de Luta Contra a AIDS, que acontece em 1 de dezembro. (BRASIL, 2012)

Assim como se deu o processo de interiorização, feminização e heterossexualização da epidemia, também se manifesta o processo de pauperização da mesma. Observando a linha do tempo da epidemia, antes considerada como sendo problema de saúde de ricos, intelectuais, artistas e congêneres, tende a proliferar entre os segmentos da sociedade com baixo nível de escolaridade e menor condição socioeconômica. Este mesmo fenômeno se observa entre os residentes de cidades com menos de 50 mil habitantes. De acordo com Dourado, o comportamento da epidemia pode estar evidenciando e/ou sendo evidenciado pela desigualdade social e de gênero existente na realidade brasileira. (DOURADO, 2006)

Nesta ordem de idéias, podem ser considerados os seguintes componentes, importantes para a explicação das diferenças de tendência da epidemia segundo as macrorregiões: a evolução da epidemia, o grau de implementação das medidas de prevenção, o conhecimento da população sobre HIV/AIDS, o nível de escolaridade e outros fatores socioeconômicos. Além disso é possível que a condição socioeconômica esteja associada ao conhecimento do estado sorológico no que se refere a HIV, o qual por vezes só se sabe tardiamente, isto é, quando o estado imunológico já está deficiente. Isso pode estar contribuindo para a

persistência de casos de AIDS e para o aumento dos óbitos<sup>4</sup>. O acesso tardio e limitado aos serviços de saúde pode comprometer o aproveitamento da terapia específica. Um estudo desenvolvido por Brito *et al* (2005) em determinado estado do Nordeste, mostrou que cerca da metade dos usuários de TARV só tomou conhecimento da infecção pelo HIV durante a hospitalização, em virtude de manifestações clínicas de imunodeficiência.

Mas segundo o relatório do ministério de Saúde, publicado recentemente pela ocasião do dia mundial de Saúde no dia primeiro de dezembro no ano de 2011, as condições da vida das pessoas vivendo com AIDS estão cada vez melhor, antes pelo acesso aos medicamentos e recentemente pelo investimento em e expansão da testagem rápida, com ações do “Fique Sabendo”, o que garante a brevidade do teste. Esta ação minimiza o problema de conhecimento tardio da condição sorológica em relação a HIV, pois quanto mais cedo o indivíduo fica sabendo do seu estado sorológico para positivo, mais cedo tem início o tratamento, proporcionando melhor qualidade de vida para quem vive com o Vírus. (BRASIL, 2011)

As profundas transformações acima relatadas no perfil da epidemia de AIDS no Brasil, determinadas pelos processos denominados interiorização, heterossexualização, feminização e pauperização, bem como a velocidade com que se processaram as mudanças demográficas, resultaram em um impacto social. Tal impacto traduz-se em grandes dificuldades, com as quais o Brasil precisa lidar, em especial a questão dos jovens, pois esta faixa etária configura propriamente o perfil epidemiológico da HIV/AIDS como se viu nos processos anteriormente apresentados: a epidemia mostra uma tendência de atingir a população mais jovem. Parece haver uma relação direta entre os processos de transição demográfica e epidemiológica, pois ao serem beneficiadas pela diminuição da mortalidade por HIV/AIDS, há um aumento de expectativa de vida para as pessoas que contraíram o HIV. Entretanto, ainda que em números decrescentes, novas infecções persistem. De modo geral, a persistência pode estar associada ao acesso à TARV, pois pode ficar no imaginário, principalmente de muitos jovens, que a AIDS já seja um problema solucionado.

Além da expectativa de vida entre soropositivos, acrescenta-se a expectativa de vida, em geral, da população brasileira<sup>5</sup>, cujo aumento não se traduz essencialmente em uma velhice saudável. O envelhecimento pode acontecer de forma heterogênea, conforme o contexto em que o indivíduo esteja inserido, isto é, sua classe social, religião, etnia ou sexo. O

---

<sup>4</sup> Principalmente numa época em que a biomedicina deu passos largos (com a produção de antirretrovirais) na redução de danos em decorrência de HIV.

<sup>5</sup> Segundo as estimativa do IBGE (2009), a expectativa de vida da população brasileira ao nascer passou de 69,66 anos (69 anos, 7 meses e 29 dias) para 72,86 anos (72 anos, 10 meses e 10 dias) de 1998 a 2008

quadro se torna crítico quando o indivíduo se depara com problemas econômicos e dificuldades de acesso aos meios públicos, principalmente ao que dizem respeito à saúde (assistência médica e medicamentosa adequada). É incontestável que as políticas de saúde de um país constituem um grande e importante referencial para os seus indicadores de saúde. Por exemplo, a população carente, que compõe um grande contingente populacional do Brasil<sup>6</sup>, depende geralmente dos serviços públicos. Por conseguinte, a desestruturação, o mau funcionamento e a decadência desses serviços, afetam diretamente este grupo da população.

No início da epidemia, na década de 80, o acesso ao diagnóstico do HIV era bastante restrito, assim como as formas de prevenção e tratamento (REIS *et al*, 2007). No entanto, a taxa de mortalidade foi substancialmente acrescida devido à AIDS.

A mortalidade por AIDS no Brasil constituiu e se constitui relevante problema de Saúde Pública que atinge, de forma heterogênea, a população (REIS *et al*, 2007). No estudo de Dourado, no que diz respeito à mortalidade resultante de AIDS, observou-se um número acumulado de óbitos de 171.923 de 1980 até 2004. A taxa de mortalidade entre homens foi maior em 1995 (15,1/100.000 habitantes) decrescendo, por conseguinte, para níveis em torno de 8,8/100.000 habitantes. Entre as mulheres, a taxa de mortalidade vem sofrendo pouca variação, com valores em torno de 4,0/100.000 habitantes ao longo da série histórica. A taxa mais elevada foi de 4,8/100.000 habitantes, em 1996. (DOURADO, 2006)

Estudos de Reis *et al* (2007) e de Dourado (2006) tendem a mostrar uma associação direta entre a sobrevida e a introdução, desde 1996, dos antirretrovirais no Brasil. Embora existam evidências de um aumento da sobrevida das pessoas que vivem com HIV/AIDS, este fato não é uniforme e seus determinantes necessitam ser pesquisados. Reis *et al* (2007), por sua vez, ao analisarem a queda da mortalidade devido à AIDS, percebem, no perfil dessa causa de morte, aspectos diversos nas diferentes macrorregiões do Brasil, principalmente em

---

<sup>6</sup> O Brasil até 2005 registrou o mais rápido decréscimo na taxa de pobreza extrema e na desigualdade de renda. Ainda que se observe movimento recente (2003 a 2008) de redução da pobreza tem sido mais forte que o da desigualdade. “A queda média anual na taxa nacional de pobreza absoluta (até meio salário mínimo per capita) foi de -3,1%, enquanto na taxa nacional de pobreza extrema (até ¼ de salário mínimo per capita) foi de -2,1%. Em todos os períodos de tempo considerados, a taxa de pobreza cai mais rapidamente que a diminuição na medida de desigualdade [...]. O que significa dizer que o combate à pobreza parece ser menos complexo que o enfrentamento da desigualdade de renda. Parcela maior dos avanços atualmente alcançados pelo Brasil no campo do enfrentamento da pobreza e desigualdade está direta e indiretamente associada à estruturação do conjunto das políticas públicas motivada pela Constituição Federal de 1988. Ou seja, a consolidação de grandes e complexas estruturas verticais de intervenção do Estado de Bem-estar Social (saúde, educação, assistência e previdência, infraestrutura social e trabalho, entre outros eixos) possibilitou obter resultados positivos no Brasil mais rapidamente e na mesma direção dos anteriormente já alcançados pelos países desenvolvidos”. (Ver Brasil, Comunicado da presidência, n 38, 2010).

São Paulo<sup>7</sup>, entendendo por conseguinte que esses indicadores são de fundamental importância para o monitoramento e a avaliação do impacto das medidas de controle do HIV/AIDS.

Ainda no que se refere aos óbitos decorrentes das infecções oportunistas ou agravos de saúde em decorrência da AIDS, ao estratificar o estado civil e sexo, notou-se comportamento distinto entre homens e mulheres. Segundo dados divulgados no estudo de Reis *et al* (2007), a proporção de óbitos entre os homens solteiros diminuiu de uma década para outra (de 78,1 para 66,5%), enquanto entre os casados (de 18,4 para 21,5%) e os viúvos (de 0,8 para 1,6%), cresceu. Já a proporção de óbitos entre as mulheres solteiras não se alterou, praticamente, entre as casadas se reduziu (de 26,6% para 19,4%) e para as viúvas aumentou (de 7,6% para 10,7%). Na década de 1980, o padrão de óbitos em decorrência de complicações da AIDS caracterizava-se pela maior proporção de óbitos nas categorias com maior qualificação profissional (cientistas/ técnicos/ artistas; trabalhadores do serviço público/ diretores). A AIDS figura, como a quarta principal causa de morte entre os homens e a segunda entre as mulheres, mantendo-se o predomínio da faixa etária de 20 a 49 anos. A distribuição proporcional dos óbitos por faixas etárias específicas mostra que, na população masculina, a AIDS ocupa a terceira posição entre os homens de 30 a 34 anos (8,0%) e de 35 a 39 anos (7,5%), superada apenas pelos homicídios e acidentes de transportes. Na população feminina, entre as principais causas de morte na faixa etária de 25 a 29 anos, a AIDS divide a primeira posição com os homicídios (10,1%). Também é ela a principal “*causa mortis*” entre mulheres de 30 a 34 anos de idade (10,2%) e a segunda no grupo de 35 a 39 anos de idade (6,9%) (REIS *et al*, 2007).

Entre os principais resultados do estudo de Reis *et al* (2007), pode-se destacar a queda da mortalidade por AIDS no Brasil a partir de 1996 e a desaceleração de sua tendência de crescimento nos últimos três anos. Segundo os autores, houve uma queda substancial do número de óbitos e o aumento da sobrevivência dos portadores de HIV/AIDS e isso se deve às ações governamentais e não governamentais. Para Dourado, em geral, a queda de mortalidade devido à AIDS coincide com acesso à terapia antirretroviral (TARV), destacando-se, nos países desenvolvidos, uma tendência à diminuição da morbimortalidade relacionada à AIDS, a qual já havia sido observada mesmo antes do surgimento da TARV, tendo sido na ocasião atribuída à profilaxia e ao melhor manejo clínico das infecções oportunistas (Dourado, 2006).

---

<sup>7</sup> Cidade que, segundo as estatísticas epidemiológicas, já foi considerada epicentro, com o maior número de casos da epidemia.

Segundo esta autora, o Brasil foi um dos primeiros países em desenvolvimento a garantir o acesso universal e gratuito aos medicamentos antirretrovirais no Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de 1996. Uma importante estratégia da Política de Medicamentos do Programa Nacional de DST e AIDS (PN-DST/AIDS)<sup>8</sup> foi o estabelecimento de recomendações técnicas consensuais para a utilização da mesma, por meio de comitês assessores (Lei 9.313/96). Em relação às transformações na política de assistência à AIDS no período de 1996 a 2008, destaca-se a implantação do acesso universal à TARV em 1996, que implicou na queda da mortalidade e, conseqüentemente, no aumento da sobrevivência das pessoas vivendo com HIV/AIDS. A introdução da TARV somada às ações de prevenção e controle da infecção pelo HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis, têm resultado em alterações no padrão da epidemia de AIDS. A política<sup>9</sup> para a assistência aos indivíduos infectados pelo HIV e/ou com AIDS inclui também outras modalidades assistenciais que visam à redução das internações hospitalares, tais como assistência ambulatorial especializada, hospital-dia e assistência domiciliar terapêutica (DOURADO, 2006).

Historicamente, a epidemia teve marcos importantes, destacando-se a queda do número de novos casos e óbitos. Ainda que a mortalidade em decorrência da AIDS tenha diminuído nos últimos anos, ela representou a quarta principal causa de morte no país. Segundo Reis *et al* (2007), a doença na população feminina de 25 a 34 anos de idade já ocupa a primeira posição entre as causas de morte.

A produção sobre a incidência de AIDS e a mortalidade demonstra crescimento constante e uniforme de óbitos em decorrência da AIDS nas diferentes regiões, até meados da década de 90. A partir de 1996, notou-se uma redução progressiva da mortalidade e o crescimento da incidência deixa de ser acompanhado pelos óbitos. O padrão da região Sudeste, no entanto, revela que a partir de 1998, vem ocorrendo redução também da incidência de casos, em patamares inferiores ao de mortalidade, com discreto recrudescimento no ano de 2002.

---

<sup>8</sup> Que atualmente é designado Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (ver [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br))

<sup>9</sup> É importante salientar neste caso, que se menciona o marco inicial da resposta brasileira à epidemia, porém acompanhado da inclusão de outros procedimentos de assistência no SIH-SUS.

## **2 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: INTERVENÇÃO GOVERNAMENTAL E SOCIEDADE CIVIL PARA PREVENÇÃO DA HIV/AIDS**

Desde o surgimento da HIV/AIDS, há cerca de três décadas, muitas experiências foram adquiridas a partir da vivência e muitas fases se sucederam, apresentando fenômenos relativos ao perfil epidemiológico da HIV/AIDS, o qual se configurou no decorrer do tempo. De maneira especial, foram afetados diferenciados grupos e situações, que expressaram maiores riscos de infecção (MS, 2003). Neste contexto a AIDS representou e estimulou, portanto, uma nova forma de pensar e construir políticas públicas no Brasil, revelando uma trajetória de construção histórica, que aponta para a compreensão da mesma sob o paradigma da doença crônica e suas interfaces, colocando o preconceito como um erro do passado. (MARQUES, 2002)

As políticas públicas podem ser definidas como respostas do Estado a problemas que surgem na sociedade (TEIXEIRA, 1997; LUCCHESI, 2004; SAMPAIO & ARAUJO, 2006). Segundo os autores, nestas circunstâncias, um conjunto de diretrizes, medidas e procedimentos são consolidados como forma de explicitar o posicionamento político do Estado frente a problemas de interesse público. Para Lucchese (2004), no âmbito da saúde pública, essas políticas têm por função definir a resposta do Estado às necessidades de saúde da população, visando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em nível individual e coletivo. E as políticas de saúde são consolidadas a partir da compreensão de sua dinâmica que não depende somente das transformações sociais resultantes da geração de novas necessidades de saúde, como também pelo fato de que a materialização das políticas somente acontece por meio da ação concreta de diversos atores sociais e de atividades institucionais (LUCCHESI, 2004; SAMPAIO & ARAUJO, 2006).

As políticas devem ser construídas e implementadas por meio da gestão descentralizada nas três esferas de gestão e com a participação da comunidade em todas as etapas. Esta participação é fundamental para que as necessidades de saúde da população sejam respondidas e estejam garantidas por meio de instâncias colegiadas tais como Conselhos e Conferências de Saúde, federais, estaduais ou municipais.

## **2.1 Políticas públicas de saúde e processos normativo-legais na prevenção da HIV/AIDS no Brasil**

As políticas públicas para HIV/AIDS no Brasil foram definidas a partir dos primeiros casos registrados no ano de 1981. Neste contexto foram geradas varias formas de resposta à epidemia, entre as quais as reações de estigmatização da AIDS. Em defesa dos direitos das pessoas afetadas pela HIV/AIDS, observou-se forte organização de segmentos da população para a definição e implementação de políticas públicas voltadas para o combate à AIDS (FONSECA, 2005). A partir dos casos notificados em São Paulo no ano de 1983 desencadeou-se a primeira resposta governamental à epidemia, no âmbito estadual, com a criação do Programa de AIDS da Secretaria de Estado da Saúde (TEIXEIRA, 1997; GUERRA, 1993).

Em maio de 1985, a portaria nº 236 do Ministério da Saúde (MS) estabeleceu as primeiras diretrizes para o Programa de Combate da AIDS, coordenado pela Divisão de Dermatologia Sanitária, primeira denominação do Programa Nacional de Controle da AIDS, criado no âmbito do MS, em 1988, com nomenclatura modificada, em 1997, para Coordenação Nacional de DST/AIDS, através da Portaria Ministerial nº 74 (GALVÃO, 2002). No ano seguinte ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde que influenciou a hegemonia do movimento sanitário na organização do sistema de saúde com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na nova constituição federal promulgada em 1988. Com a nova constituição, consolidou-se definitivamente a noção de saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado, bem como a organização do sistema de saúde, fundamentado nos princípios de universalidade, equidade, integralidade e controle social (SCOREL, 1999). No mesmo ano em que assinalou-se um dos marcos importantes na política pública brasileira quanto ao enfrentamento da AIDS, foram igualmente instituídas as ações de notificação obrigatória de casos.

Com a Constituição Federal de 1988 consolidou-se o SUS. Este sistema, desde a sua criação, tem como princípios a universalidade e a equidade no acesso aos serviços e ações da saúde e a integralidade da atenção, operacionalizando-se pelas diretrizes de descentralização, regionalização e hierarquização do cuidado e de participação da comunidade. É, em parte, como resultado da luta do movimento de reforma sanitária brasileiro instituído no contexto da redemocratização do Brasil e na contramão das propostas hegemônicas de organização dos sistemas de saúde vigentes nos anos oitenta, que o SUS estabelece a saúde como um direito universal, sendo dever do Estado prover o acesso à saúde a todos os cidadãos e cidadãs.



Em 1991, o Brasil adota, nas políticas públicas em relação à HIV/AIDS, a assistência com TARV, através da distribuição gratuita de AZT concebida como um de seus eixos fundamentais. E em 1993, no primeiro acordo com Banco Mundial, é reforçada a garantia da medida de distribuição gratuita de AZT com reforço de recursos obtidos através do primeiro acordo com o Banco Mundial que ficou legalizado em 1996 pela Lei nº 9313 que garante a distribuição gratuita de antiretrovirais (ARV), sendo efetivado em 1997 e, por sua vez, em 2001 o Brasil inicia a produção de ARV. Neste contexto, as políticas de saúde para AIDS, no Brasil, englobam estratégias sobre três pilares de intervenção, quais sejam: vigilância epidemiológica, prevenção e assistência. Nesses pilares podem-se destacar ações como a impetração de medidas profiláticas para a prevenção da transmissão vertical do HIV, pontuada pela Portaria nº 2104, de 2002; política de vigilância com realização de estudos em grupos populacionais específicos; experiência polêmica com formulações específicas, como a redução de danos à saúde pelo uso indevido de drogas injetáveis, apresentando a troca de seringa como ação de maior impacto; oferta gratuita de preservativos masculinos; suporte diagnóstico, como os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA). A articulação desses eixos direciona para a busca da integralidade das ações como característica do programa brasileiro de AIDS que por um tempo foi considerado como inseparáveis (GALVÃO, 2002 e FONSECA, 2005). Mas segundo os autores esta visão contrapõe-se às diretrizes políticas que apontam a prevenção como resposta pública fundamental à epidemia. Vale salientar que a qualidade de programa de intervenção para prevenção de agravos à saúde e programa de intervenção tem um caráter importantíssimo para se alcançar os objetivos com sucesso. Para Garangeiro (2009), essa qualidade repercutiu na redução de danos e consequente melhoria na saúde da população.

Nesta ordem de ideias, as políticas de saúde brasileiras começam a ganhar um formato e destaque diferenciado dentro do Brasil e internacionalmente percebe-se um reconhecimento da resposta à epidemia. Tal reconhecimento, segundo Parada (2005) ocorreu especialmente quando o país implantou o programa de acesso universal aos ARV. A atuação brasileira se deu especialmente no contexto da Organização Mundial do Comércio (OMC) e das Nações Unidas (NU/UN). Entre os diversos acordos obtidos, três mereceram destaque. O primeiro refere-se à adoção da resolução proposta pelo Brasil na Comissão de Direitos Humanos das Nações Unidas, que declara as drogas antirretrovirais um direito fundamental do cidadão. A resolução foi aprovada por todos os países membros, com exceção dos Estados Unidos, que se abstiveram, em abril de 2001. O segundo evento que merece destaque foi a retirada da queixa feita pelos Estados Unidos contra o Brasil junto à OMC em função de a legislação brasileira

que permitia a licença compulsória de objetos patenteados não produzidos nacionalmente. O terceiro destaque foi a Declaração da Assembleia Geral da OMC sobre propriedade intelectual e saúde em dezembro de 2001. Para Parada (2005), desde então, o Brasil tornou-se um importante ator no cenário internacional, defendendo as posições que fundamentam a resposta nacional nas áreas de prevenção, assistência e defesa dos direitos humanos.

## 2.2 Estratégia internacional e direitos humanos na política de saúde

As políticas brasileiras em resposta à epidemia de HIV/AIDS foram articuladas nacional e internacionalmente sob varias formas, segundo documentos e relatos. Como revela o histórico das ações em resposta à epidemia, uma delas foi a construção de dispositivos legais e sociais para desenhar um plano coerente com as circunstâncias. E as participações brasileiras na mobilização da comunidade internacional para enfrentar a epidemia de AIDS e a atuação de organismos internacionais se iniciaram na década de 1980, quando, no âmbito das Américas, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) promovia reuniões para atualização da situação epidemiológica e definição de estratégias regionais de enfrentamento da epidemia.

Na dimensão internacional, a Organização dos Estados Americanos, artigo 10, proclama o direito à saúde, expressão do reconhecimento do direito individual ao bem-estar, sendo a saúde entendida como o gozo do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social, devendo seu direito tornar-se efetivo e comprometendo-se os Estados Membros a reconhecê-la como bem público e especialmente a adotar as seguintes medidas para garantir este direito: i) Atendimento primário de saúde, entendendo-se como tal a assistência médica essencial colocada ao alcance de todas as pessoas e famílias da comunidade; ii) Extensão dos benefícios dos serviços de saúde a todas as pessoas sujeitas à jurisdição do Estado; iii) Total imunização contra as principais doenças infecciosas; iv) Prevenção e tratamento das doenças endêmicas, profissionais e de outra natureza; v) Educação da população sobre prevenção e tratamento dos problemas da saúde; e vi) Satisfação das necessidades de saúde dos grupos de mais alto risco e que, por sua situação de pobreza, sejam mais vulneráveis (OEA, 1988). Por sua vez a Constituição Federal da República Federativa do Brasil – 1988 Art. 196 - proclama a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem a 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. (BRASIL, 1988)

Em 1988, a Organização Mundial de Saúde (OMS) iniciou a tomada de decisões mais efetivas voltadas para a proteção dos direitos humanos das pessoas portadoras de HIV/AIDS. Com a resolução 41.24, a OMS reconhece a necessidade de incorporar aos programas nacionais de prevenção e controle da AIDS, bem como às estratégias globais dos Estados, os valores referentes ao respeito aos direitos humanos das pessoas vivendo com HIV e AIDS, bem como dos grupos mais vulneráveis à infecção. E em 1992, o Brasil ratifica Art. 12, a partir do Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais – PIDESC, de 1966, onde: 1) os Estados Membros no presente Pacto reconhecem o direito de todas as pessoas de gozar do melhor estado de saúde física e mental possível de ser atingido; 2) as medidas que os Estados Membros, no presente Pacto, devem tomar para assegurar o pleno exercício deste direito e as que se fazem necessárias para assegurar: a) a diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento da criança; b) o melhoramento de todos os aspectos de higiene do meio ambiente e da higiene industrial; c) a profilaxia, o tratamento e o controle das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras; d) a criação de condições próprias para assegurar a todas as pessoas serviços médicos e ajuda médica em caso de doença (BRASIL, 1992). Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais – Protocolo de São Salvador – 1988, foi ratificado pelo Brasil em 1996. Nestes moldes, quanto à estratégia internacional adotada pelo Brasil, além da influência no contexto global, configurou-se a possibilidade do fortalecimento da resposta à epidemia da AIDS, a partir de fatos relevantes como a reforma sanitária e do contexto sociocultural dos anos 1970 e 1980.

O processo de universalização dos direitos humanos permitiu a formação de um sistema internacional de proteção destes direitos. Este sistema é integrado por tratados internacionais de proteção que refletem, sobretudo, a consciência ética contemporânea compartilhada pelos Estados, na medida em que invocam o consenso internacional acerca de temas centrais dos direitos humanos, na busca da salvaguarda de parâmetros protéticos mínimos - do “mínimo ético irreduzível” (PIOVESAN, 2008). Junto ao sistema normativo global, constituíram-se os sistemas regionais de proteção, que buscam internacionalizar os direitos humanos nos planos regionais, particularmente na Europa, América e África. Consolida-se, no entanto, a convivência do sistema global da Organização das Nações Unidas (ONU) com instrumentos do sistema regional, por sua vez, integrado pelos sistemas interamericano, europeu e africano de proteção aos direitos humanos. Para Piovesan (2008) os sistemas global e regional não são dicotômicos, mas complementares. Motivados pelos valores e princípios da Declaração Universal, compõem o universo instrumental de proteção

dos direitos humanos, no plano internacional. Ressalte-se que a Declaração de Direitos Humanos de Viena, de 1993, reitera a concepção da Declaração de 1948, quando, em seu parágrafo 5º (quinto), afirma: “Todos os direitos humanos são universais, interdependentes e inter-relacionados. A comunidade internacional deve tratar os direitos humanos globalmente de forma justa e equitativa, em pé de igualdade e com a mesma ênfase.” Esta declaração afirma, ainda, a interdependência entre os valores dos direitos humanos, democracia e desenvolvimento.

É fundamental consolidar e fortalecer o processo de afirmação dos direitos humanos, sob a perspectiva integral, indivisível e interdependente destes direitos. E é sob esta perspectiva que se assegura o direito à saúde e ao acesso a medicamentos essenciais. O Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, em sua Recomendação Geral n. 12, realça as obrigações do Estado no campo dos direitos econômicos, sociais e culturais como respeitar, proteger e implementar. Quanto à obrigação de respeitar, impede o Estado de violar tais direitos. No que tange à obrigação de proteger, cabe ao Estado evitar e impedir que terceiros (atores não-estatais) violem estes direitos. Finalmente, a obrigação de implementar demanda do Estado a adoção de medidas voltadas para a efetivação destes direitos. (PIOVESAN, 2008)

Em 2001, os países reunidos na 26ª sessão extraordinária da Assembleia Geral da ONU (UNGASS) declararam solenemente seu compromisso de enfrentar a HIV/AIDS, reconhecendo a urgência de um consenso na adoção de medidas para o enfrentamento da epidemia e dos principais problemas globais a ela relacionados. O resultado dessa Sessão Extraordinária foi a Declaração de Compromisso sobre o HIV/AIDS, da qual o Brasil é signatário (OLIVEIRA, 2006). Para Oliveira (2006), a conexão entre saúde pública e direitos humanos é fundamental para o êxito das políticas públicas em saúde. No campo da AIDS, tal relação se evidencia no programa governamental de combate ao HIV/AIDS e nos milhares de projetos de organizações não governamentais (ONG) financiadas pelo poder público ao longo dos últimos 20 anos, fundamentais para a efetividade da resposta à epidemia no Brasil. E segundo Mann *et al* (1999) há três relações básicas entre os conceitos de saúde pública e direitos humanos, considerando em primeiro lugar o potencial impacto das políticas, programas e práticas de saúde sobre os direitos humanos. Esta relação ilustra a complementaridade entre as metas em saúde pública e as normas de direitos humanos na condução a políticas e programas de saúde mais eficazes. A segunda relação se dá na lógica inversa, segundo a qual a “violação ou o descumprimento de um ou todos os direitos humanos tem efeitos negativos sobre a saúde física, mental, e sobre o ‘bem-estar social’”. A última

analogia conduz à compreensão da necessária sinergia entre as noções de saúde pública e direitos humanos, pela qual a “promoção e a proteção da saúde requerem esforços explícitos e concretos para promover e proteger os direitos humanos, assim como o maior cumprimento dos direitos humanos demanda uma profunda atenção à saúde e aos determinantes sociais aí implicados”.

A Declaração de Compromissos da UNGASS parte de definições de uma série de paradigmas reforçados historicamente pelo ativismo brasileiro em HIV/AIDS e direitos humanos, entre eles: a associação entre estratégias de redução da vulnerabilidade e a proteção de direitos humanos, aliadas à prevenção e assistência; a consideração dos temas ligados ao desenvolvimento econômico e social como questões de direitos humanos, bem como do acesso ao tratamento e à prevenção como direitos humanos; e a ampliação da eficácia da resposta governamental à epidemia de HIV/AIDS à participação da sociedade civil. O Ministério da Saúde tem implementado políticas públicas relevantes, com a edição do Decreto nº 4.228, de 13 de maio de 2002, que institui, no âmbito da Administração Pública Federal, o Programa Nacional de Ações Afirmativas. Igualmente, o Dia Mundial de Luta Contra a AIDS do ano de 2005 teve como tema no Brasil a AIDS e o racismo.

Em 2001 a Frente Parlamentar de combate ao HIV/AIDS reuniu-se pela primeira vez no Congresso Nacional. E entre 2003 e 2005 foram constituídas frentes locais em diversos estados do país por iniciativa conjunta da UNAIDS, governo brasileiro e fóruns de ONGs que desenvolvem ações sobre AIDS. Tais ações estavam presentes em 66 projetos de lei em tramitação no Congresso Nacional até o ano de 2004, versando sobre temas como: proibição de discriminação dos portadores de HIV/AIDS; patentes sobre invenção de medicamentos para prevenção e tratamento da AIDS; extensão do benefício de prestação continuada (previsto na legislação como passível de concessão a pessoas idosas e portadores de deficiência, independentemente de contribuição à previdência social) para os portadores do HIV; distribuição de cesta básica aos portadores de HIV nas unidades de saúde; estabilidade no emprego ao portador do HIV/AIDS; entre outros. (OLIVEIRA, 2006)

O cumprimento das metas da Declaração da UNGASS consolidou uma importante referência de agenda para os movimentos sociais relacionados à AIDS, Redes de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS e ONGs que desenvolvem ações sobre AIDS no Brasil. Tal acontecimento reforça a necessidade de capacitação e empoderamento de mais lideranças para cumprimento desta tarefa, em nível nacional e internacional, especialmente no que diz respeito à utilização e criação de novos instrumentos internacionais de proteção de direitos humanos e de controle social das políticas públicas. Considera-se fundamental, como um dos

instrumentos, o estímulo a novas estratégias de defesa e resposta à estigmatização e discriminação associadas ao HIV e AIDS, proposta que surgiu a partir do processo de avaliação do cumprimento das metas da UNGASS pela sociedade civil. E na compreensão de Oliveira (2006), a articulação da sociedade civil organizada com as instâncias superiores do Ministério Público Federal estimulará a solução de problemas em nível regional e/ou nacional, a partir da sensibilização das autoridades na área em relação ao impacto das violações de direitos humanos nas políticas de saúde pública em HIV/AIDS. Também os representantes do Ministério Público, em nível estadual, poderiam vir a ser acionados de forma mais sistemática pela sociedade civil. Esta ação teria com fim promover a fiscalização do cumprimento da lei direcionada à garantia dos direitos das pessoas vivendo com HIV/AIDS em nível local e velar pela manutenção da diretriz geral adotada pelo governo brasileiro a partir da integração de ações públicas voltadas à garantia de direitos humanos, à prevenção e assistência relacionada à HIV/AIDS. A iniciativa promoverá efeitos favoráveis à redução do impacto social, econômico do HIV/AIDS e na formulação de políticas e no planejamento de ações do PN-DST/AIDS. Segundo Parker *et al* (2001), esta iniciativa associada às intervenções judiciais ou políticas veiculadas por meio da atuação das ONGs, das redes de pessoas vivendo com AIDS e dos segmentos organizados de pessoas mais vulneráveis à infecção pelo HIV/AIDS no Brasil, revela grande capacidade de minimizar, em muitos âmbitos e de variadas formas, o pior impacto da estigmatização e da discriminação ligadas à HIV/AIDS. (PARKER *et al*, 2001)

No entanto, a definição do primeiro formato de Políticas Públicas para HIV/AIDS no Brasil foi de encontro a alguns princípios de direitos humanos que geraram reações de estigmatização da AIDS. Tais reações, segundo Fonseca (2005), tiveram como foco a defesa dos direitos das pessoas afetadas pela HIV/AIDS, fato que desencadeara forte organização de segmentos da população em prol da definição e implementação de políticas públicas voltadas para o combate à AIDS. Além disso, foram criados novos desafios e novas estratégias de ação, ampliando o rol dos instrumentos de pressão do Estado quanto à efetivação dos direitos. Repensar o direito a partir da experiência com a AIDS, significou compreender os desafios impostos pela doença, identificar os obstáculos à realização do direito e refletir sobre as estratégias utilizadas pelo movimento de luta contra a AIDS para superar tais barreiras.

A atuação do movimento de luta contra a AIDS, ao problematizar o preconceito e a discriminação, se despojou os limites subjetivos que interferiam na efetivação dos direitos. Destarte, esta atuação revelou a importância de estratégias diferenciadas e simultâneas junto aos três poderes, como ações junto aos poderes judiciário, legislativo e executivo, que se

complementam a medida em que a atuação em um campo fortalece e contribui para os avanços pretendidos no outro, tudo isto aplicado na busca de qualidade de vida para pessoas com HIV/AIDS. Conseqüentemente, a formação e a informação, isto é, os processos educativos, emergiram como os grandes instrumentos para efetivação e garantia dos direitos humanos. Na opinião de Miranda (2008), pensar a saúde exige um olhar diferenciado, além da doença e do adoecimento, alcançando o contexto mais amplo de convivência dos indivíduos - família, trabalho, lazer, escola, etc. - e sua respectiva interação com o mundo. Os indicadores de saúde e os instrumentos para garantir e assegurar a saúde, devem necessariamente considerar esses elementos, na busca da qualidade de vida, conceito atualmente ligado de forma intrínseca à saúde.

### **2.3 Intervenção da sociedade civil na resposta à HIV/AIDS**

No Brasil, a capacidade de organização e de luta da sociedade civil surgiu exemplarmente inserida dentro do contexto histórico marcado com o fim do regime militar no País que também constituiu a reforma sanitária. Por sua vez o movimento pela reforma sanitária surgiu entre as décadas de 1950 e 1960, tendo como referência as universidades e as experiências das secretarias de saúde, especialmente nos estados das regiões Sul e Sudeste do país. Nesse período, ocorreu o fortalecimento dos departamentos de medicina preventiva, da produção científica e dos debates que enfatizam os aspectos sociais e coletivos nos processos de saúde. Ao mesmo tempo, as secretarias de saúde iniciaram processos de reforma, priorizando a descentralização, a ampliação da cobertura das ações e o aprimoramento da gestão e das ações de promoção (ESCOREL, 1999). De acordo com Escorel (1999), esse movimento teve fase de crescimento no início da década de 1980, diante do intenso processo de redemocratização política e do surgimento dos primeiros casos de AIDS, se constituiu no principal arcabouço da política de AIDS desenvolvida em âmbito governamental, contribuindo para fundamentar seus princípios e diretrizes. O contexto sociocultural, dos anos 1970 e 1980, por sua vez, foi marcado pela conquista de liberdades individuais e pelo avanço no reconhecimento dos direitos de populações socialmente marginalizadas, como mulheres, homossexuais e negros.

A participação da sociedade civil foi marcada pela luta pelos direitos humanos e pelo movimento dos homossexuais na época em que, coincidentemente, surgia a epidemia de HIV/AIDS. Nesta circunstância, o grupo SOMOS, constituído em 1978, o mais renomado da época (no início da década de 1980), sofreu um processo de desarticulação, provocando cisões

e enfraquecimento no movimento homossexual que se estruturava. Os motivos desse fato foram divergências sobre as estratégias políticas a serem adotadas. De um lado, havia os que defendiam a manutenção de uma prática política autônoma, priorizando ações para garantir a visibilidade da identidade homossexual; do outro, havia aqueles que preconizavam o engajamento do movimento nos processos de abertura política e de contestação da ditadura militar (FACCHINI 2005; MAC REA, 1990; CONDE, 2008). Dessa forma foram se constituindo novos arranjos institucionais

O aprofundamento dos novos arranjos institucionais, entretanto, veio a ocorrer a partir de meados dos anos 1980, com o esgotamento do regime militar, o fortalecimento do processo de redemocratização política e a reorganização de movimentos sociais e culturais. Nesta mesma época, foi criada a Comissão Interministerial de Planejamento, que passou a articular e a planejar as atividades desenvolvidas pelos Ministérios da Saúde e Previdência Social. Em 1982, foram instituídas as Ações Integradas de Saúde (AIS), que ampliaram a cobertura das ações de saúde, integraram as atividades de assistência preventiva e curativa e criaram as instâncias colegiadas de gestão do sistema de saúde nos três níveis de governo, já prevendo a participação de movimentos sociais (NAMES, 1990; TANAKA *et al*, 1992). Esse foi o início do processo de institucionalização do comando único do sistema de saúde em cada esfera de governo, da organização da atenção à saúde com base na integralidade e do controle social das políticas de saúde.

Estudos de Galvão (2002) sobre as respostas não governamentais no campo de luta contra a AIDS, no período de 1981 a 1996, revelaram a presença do tema AIDS na agenda de diferentes tipos de instituições, tais como organizações de base comunitária, bancos multilaterais, agências de fomento, órgãos religiosos, indústrias farmacêuticas, grupos de pessoas vivendo com HIV/AIDS, movimento negro, feminista, homossexual, sindical e grupos de classe. O combate a todas as formas de desigualdade, preconceito e discriminação era o ponto de interseção das diferentes lutas. Quanto à comunidade de base, a resposta se deu sob intensa mobilização da sociedade civil, que se estruturou em dois eixos: o do ativismo político, que reivindicava os direitos dos pacientes e o da solidariedade, que buscava redefinir os princípios pelos quais a sociedade abordava as pessoas infectadas pelo vírus. Surgiram as casas de apoio, uma forma de organização comunitária para abrigar pessoas sem condições materiais e de moradia, viabilizando o tratamento e a assistência médica. No início da década de 1980, foi organizada em São Paulo a primeira comunidade pela travesti Brenda Lee, tendo por fim principal acolher travestis com AIDS em situação social desfavorável, viabilizando o tratamento desses doentes. Entre os anos 1980 e 1990, esses espaços exerceram um papel



importante, permitindo a reinserção social de centenas de pacientes, como forma de inibir o preconceito.

Para Daniel (1994), o preconceito e o silêncio em torno da doença e do doente, imposto às pessoas com AIDS, constituía uma verdadeira morte em vida, subtraindo qualquer direito ou possibilidade de convivência afetiva e social. Para se contrapor à morte civil, o autor propôs o conceito de viver com HIV/AIDS, através da solidariedade e do ativismo político (VALLE, 2002, DANIEL, 1994). Dentro desta orientação, cumpriu um papel destacado nesse movimento, pelo pioneirismo e posicionamento político, o Grupo pela Vida, fundado por Daniel em 1989 no Rio de Janeiro e o Grupo de Incentivo à Vida (GIV), fundado em 1990 em São Paulo por José Roberto Peruzzi (PARKER, 2001; VALLE, 2002; LINDNER, 2005). A partir daí, o movimento social passou a reivindicar a não negação da doença e do doente, questionando a AIDS como elemento de exclusão e de morte civil. Passou a ser construída uma identidade social do doente, calcada na idéia de cidadania e de direito à vida. Assim, segundo Conh (2006), a cidadania se construiu a partir das reivindicações concretas dos segmentos mais desfavorecidos da sociedade.

A nacionalização da resposta à epidemia, por sua vez, estimulou a estrutura organizativa do programa paulista, da mesma maneira que a forte participação dos segmentos sociais mais afetados, passou a ser referência e influenciar a atuação de outros estados e do próprio governo federal. No Rio Grande do Sul, por exemplo, as ações contra a AIDS passaram a ser estruturadas a partir de dezembro de 1983, quando foram notificados dois casos. Neste estado, assim como em São Paulo, as primeiras ações foram atribuídas ao Serviço de Dermatologia Sanitária.

No contexto das primeiras respostas da sociedade civil surgiu, em São Paulo, o Grupo de Apoio e de Prevenção à AIDS (GAPA). Essa foi uma das primeiras ONGs de AIDS a atuar no Brasil, fundada em 1985, composta, em sua maioria, por homossexuais, profissionais de saúde, doentes de AIDS e seus familiares. Foi a partir dessa data que começaram a surgir, em diversos estados, grupos sociais com o objetivo de desenvolver atividades de intervenção na comunidade, produzir conhecimentos, defender direitos de grupos mais atingidos pela epidemia e realizar o controle social das políticas de saúde. Outros grupos em destaque foram os que promoveram movimentos em prol da causa dos hemofílicos, com atuação decisiva na proibição da comercialização do sangue no Brasil, contribuindo para a instituição de uma política pública de segurança hemoterápica. Vale destacar, também, a organização de profissionais do sexo, que tiveram, a partir de 1985, uma importante atuação no Rio de Janeiro, com a criação, no âmbito do Instituto de Estudos da Religião (ISER), do Programa de

Prostituição e Cidadania (GALVÃO, 1997). Esse programa foi o precursor da Rede Brasileira dos Profissionais do Sexo.

O Brasil também se destacou por suas políticas preventivas no cenário internacional, por seu estilo marcado pela criatividade e pela tolerância social. De fato, o Brasil imprimiu em suas campanhas uma marca de ousadia que raramente é observada nos países latino-americanos, em outros países de baixa e média renda e mesmo em alguns países desenvolvidos. O caráter ousado e polêmico das campanhas preventivas brasileiras foi inaugurado com o cartaz “Transe numa Boa”, produzido em 1985 pelo GAPA-SP (SILVA, 1986; LINDNER, 2005). O cartaz, dirigido principalmente à comunidade homossexual, chamava a atenção para a AIDS e proclamava o sexo seguro para evitar a infecção, empregando diversos termos usados nas cenas em que ocorre a prática sexual. A partir de então, as campanhas passaram a enfatizar o uso da camisinha como estratégia de saúde pública, abordando o tema a partir da erotização e do contexto das diversas práticas sexuais e relações afetivas.

Em cidades do Nordeste, como Natal (Estado do Rio Grande do Norte), Recife (Estado de Pernambuco) e Salvador (Estado da Bahia), também a AIDS começou a ser identificada na primeira metade da década de 1980. Apesar dessas notificações e do envolvimento de médicos no tratamento da doença, os programas de controle da AIDS nessa região foram impulsionados a partir de 1987, com a forte indução do Programa Nacional de AIDS, que, criado em 1986, também no âmbito da área de Dermatologia Sanitária do Ministério da Saúde, fortaleceu as equipes locais com recursos técnicos e financeiros. No Estado do Rio de Janeiro, embora as atividades estaduais tenham se institucionalizado em 1989, as primeiras respostas ocorreram desde 1984, a partir da atuação de um grupo de médicos e mais tarde com o engajamento de representantes da sociedade civil.

E na década de 1990 a participação popular e o controle social no SUS foram instituídos pela Lei 8142/90 que reafirma o princípio constitucional da participação da comunidade (BRASIL, 1990. art 7, inciso VIII) e valoriza a interlocução entre a sociedade civil e os governos nos processos de formulação, monitoramento e avaliação das políticas e programas de saúde. A partir da criação do Programa Nacional, implantou-se uma verdadeira rede de interlocução entre profissionais e instituições, que trouxe como consequência a nacionalização da resposta à epidemia e a adoção de diretrizes que fundamentaram as primeiras ações de enfrentamento da epidemia em todo o país. Essa organicidade fortaleceu-se a partir de 1994 com recursos provenientes de um acordo de empréstimo com o Banco Mundial, que permitiu o financiamento de projetos de prevenção e assistência governamentais

e não governamentais, a incorporação de novas tecnologias e a ampliação da produção de conhecimento sobre a doença (GALVÃO, 2000). Segundo a autora o acordo com o Banco Mundial e a conseqüente ampliação das ações de controle inaugurou uma nova fase da resposta brasileira à AIDS.

Em 1996, o Centro de Promoção da Saúde (CEDAPS) iniciou sua inserção no processo de luta contra a AIDS e decidiu aportar seu conhecimento e experiência para a construção de um programa institucional denominado Consultoria Comunitária. Tal comunidade estava voltada para o desenvolvimento de processos de cooperação técnica com associações de base comunitária, como representantes de favelas e bairros de periferia interessados em desenvolver ações de prevenção à HIV/AIDS em seus locais de moradia. A partir de uma primeira iniciativa, outras comunidades buscaram o CEDAPS para o apoio técnico às suas ações locais, num movimento espontâneo de adesão que apresentou crescimento substancial. Observou-se o envolvimento das comunidades na luta contra a AIDS a despeito das crenças iniciais de que, diante de problemas sociais mais urgentes, como a fome e a violência, as comunidades populares teriam mais dificuldade de se associar à luta contra um vírus ou a uma doença que pode levar um longo tempo para se manifestar.

Em 1999 havia dois projetos, de prevenção da HIV/AIDS, o Eros, destinado aos trabalhadores sexuais nas ruas de Campo Grande e o Previna Mulher, destinado a mulheres com parceiro fixo, organizados em sete cidades de Mato Grosso do Sul. Embora existissem esses projetos, os casos de AIDS eram apenas encaminhados para o serviço de saúde. O Programa Nacional de DST e AIDS em Mato Grosso do Sul, apresentou para o Instituto Brasileiro de Inovações Pró-Sociedade Saudável (IBISS/CO) a necessidade de buscar outras organizações que pudessem ajudá-los nas suas atividades. Entre estas figuravam o acatamento das denúncias recebidas referentes à falta de atendimento em várias outras políticas, entre elas o SUS (a política que mais conhecia a epidemia), à irregularidade no acesso a medicamentos e à indefinição do papel das organizações não governamentais e dos serviços públicos no contexto da epidemia.

A luta contra a AIDS demonstrou ser um fator de mobilização de grupos populares no Rio de Janeiro. Esta potencialidade pode ser acentuada oferecendo-se garantia para a construção de um território promotor de saúde que contribua diretamente para o enfrentamento dos determinantes da vulnerabilidade estrutural frente à HIV/AIDS que atingem as camadas mais pobres da nossa população. A participação da sociedade civil na construção cotidiana de estratégias de enfrentamento mostra-se essencial na medida em que inaugura diferentes formas de exercício da democracia participativa, alterando a dinâmica

comunitária. Essa, por sua vez, insere o preservativo e a informação sobre prevenção como elemento central através dos Núcleos Comunitários e Bancos de Preservativos. A violação aos direitos humanos segue sendo um desafio no cotidiano das populações, mas as possibilidades de enfrentamento coletivo a tais violações, representadas pela organização em redes sociais, apresentam indicativos de ampliação da capacidade de construção coletiva de espaços de saúde nas comunidades. (EDMUNDO, 2008)

Entre as iniciativas de prevenção de DST/HIV/AIDS desenvolvidas pelo departamento de controle de DST/AIDS no Rio Grande do Sul pela Secretaria Estadual da Saúde, desde 2004, havia um projeto de ações conjuntas com instituições governamentais, entidades representativas de pessoas com necessidades especiais e organizações da sociedade civil. Destacavam-se, entre seus objetivos, a promoção da reflexão e da ação conjunta das diferentes instâncias da sociedade para a redução do preconceito e discriminação; motivação da promoção da qualidade de vida da pessoa com deficiência, infectada ou não pelo HIV, sugerindo ações preventivas em seus diferentes níveis de complexidade; fomento da conscientização pela comunidade da necessidade apresentada pelas pessoas com deficiência, quanto à sua inclusão ou reintegração social, cultural e profissional; incentivando o empoderamento da pessoa com deficiência para a adoção de atitudes afirmativas; instrumentalização dos profissionais das áreas da saúde e da educação, assim como dos demais segmentos institucionais das organizações governamentais e não governamentais, para o acolhimento, em suas diversas ações, da pessoa com deficiência.

O processo de abertura política, a reorganização dos movimentos sociais, a reforma do setor da saúde e a atuação internacional, permitiram que a resposta à epidemia de AIDS no Brasil alcançasse os resultados positivos verificados nesses últimos 25 anos. Foi o processo de abertura política e de redemocratização que criou as condições necessárias para que o Estado incorporasse as demandas sociais e as traduzisse em políticas de saúde desenhadas e planejadas em conformidade com as necessidades da população. Neste processo consideraram-se as seguintes noções: o movimento da reforma sanitária e a reorganização do sistema de saúde brasileiro, nas décadas de 1970 e 1980. Estes movimentos contribuíram para estabelecer os referenciais éticos e os princípios que sustentaram a política nacional para a AIDS - equidade, universalidade e integralidade -; para promover uma intervenção precoce, respondendo aos desafios de diagnosticar e tratar pessoas socialmente marginalizadas e que, até então, não estavam inseridas nos serviços de saúde, como os travestis e os usuários de drogas; e para articular uma resposta intersetorial. O ativismo da sociedade civil, por sua vez, conferiu urgência e manteve a resposta à epidemia de AIDS como uma das principais

prioridades de Saúde Pública. Foi essencial o desenvolvimento de conceitos que permitiram a superação de abordagens normativas e frequentemente estigmatizantes, desenvolvidas no campo da saúde. (MIRANDA, 2008).

Segundo Miranda (2008), no início, ainda no processo de reorganização dos movimentos sociais, os desafios para o efetivo controle da doença eram numerosos. As desigualdades regionais se destacavam numa velocidade de crescimento em número de novos casos. Foi mais expressiva nas regiões Norte e Nordeste, entre mulheres e aqueles com menores condições sociais, entre os quais os homossexuais, usuários de drogas, travestis, presidiários e profissionais do sexo, pois enfrentavam um risco significativamente maior de se infectar do que a população em geral. Os gastos com o controle da epidemia engrossavam-se e enquanto isso a capacidade brasileira permanecia limitada para racionalizar os mesmos. Este caso exigia da sociedade um esforço adicional e novas formas de atuação. Assim a práxis dos movimentos e grupos sociais, bem como os objetivos de sua luta, converteram-se em reivindicações genuinamente jurídicas. Sousa Junior (2002) ao conjecturar a relação dos movimentos sociais com o direito, os reconheceu como sujeitos coletivos de direito. Segundo Sader (1988), são sujeitos coletivos porque suas ações representam novas práticas instituintes, isto é, *novas experiências onde se produzem alterações de falas e deslocamentos de significados*. E são sujeitos coletivos de direito, porque essas novas práticas são capazes de produzir deslocamentos de significados no direito, isto é, representam também, práticas instituintes de direito.

Na perspectiva jurídica, a atuação dos movimentos sociais tem reflexos no processo legislativo, judiciário e executivo. As ações junto ao legislativo possibilitam a criação de novas leis que criam novos direitos, regulamentando direitos já positivados. Junto ao judiciário, atribuem novas interpretações aos textos legais, dando dinamicidade às decisões e atualizando o direito. E junto ao executivo, as ações possibilitam a criação e implantação de políticas públicas necessárias para efetivar os direitos já assegurados por lei (MIRANDA, 2008). Diferentes grupos, com diferentes objetivos, que vão dos mais progressistas aos mais reacionários, enquadram-se na categoria de sujeito coletivo de direito, cujas práticas são instituintes de direito. De acordo com Wolkmer (2005), são as contradições da vida experimentadas pelos grupos excluídos, sobretudo as que atingem negativamente as necessidades identificadas com a sobrevivência e a subsistência, que produzem reivindicações e afirmações de direitos existentes e novos direitos. Para o autor, não resta dúvida que a situação de privação, carência e exclusão, constitui a razão motivadora, bem como a condição de possibilidade do aparecimento de direitos engendrados por novos sujeitos sociais. Diante

disso, uma articulação evidenciou-se entre direitos humanos e AIDS. No Brasil e no mundo, o impacto do preconceito na disseminação do vírus forçou esse vínculo, gerando um discurso de respeito aos direitos humanos, essencial para o combate à epidemia, o que significa que lutar contra a AIDS implica em combater todas as formas de desigualdade, preconceito e discriminação. No campo da saúde pública, significa, outrossim, articular a noção de saúde com outras dimensões da vida social.

Esse contexto, segundo Miranda (2008), revela como foi o início da epidemia, quando diferentes formas de percepção geraram diferentes abordagens no tocante ao enfrentamento da causa, apreciação de princípios, diretrizes e prioridades de ação. Todos os atores que, de forma direta ou indireta, engajaram-se na luta contra a AIDS tinham/tem em comum o desejo e o empenho de garantir direitos sociais de pessoas soropositivas e soronegativas. Para as primeiras, a luta implica o reconhecimento e a garantia do direito a uma vida digna e livre de qualquer tipo de preconceito, discriminação e desigualdade. Para as segundas, significa o direito ao acesso à informação e aos meios de prevenção da doença. Neste sentido, o movimento de luta contra a AIDS atua em busca de transformações éticas, pautadas por valores como dignidade, igualdade, respeito à diferença, tendo como principal estratégia o fortalecimento dos laços de solidariedade, resgate da alteridade, mobilização social e participação cívica.

Essa mobilização social consiste em afiançar e promover a saúde, o que se traduz no combate tanto dos males causados por vírus, bactérias e afins, como dos que são provenientes de valores morais conservadores, segregacionistas e reacionários. Essa atitude demonstra que a concepção de saúde e dignidade são as duas faces de uma mesma realidade. E que lutar por saúde é antes de tudo lutar pela dignidade humana, no sentido mais amplo e irrestrito que esse termo pode possuir (MIRANDA, 2008). Para Miranda, no Brasil, considerando as singularidades da epidemia, relacionar direitos humanos e AIDS implica compreender o processo de pauperização da epidemia e combater esse tipo de exclusão social, que é de natureza econômica e social. A luta contra a AIDS, em especial a experiência da soropositividade, deu a entender que discriminação e preconceito são elementos associados à saúde, e desperta a necessidade de combatê-los como pressuposto para se garantir e assegurar a saúde e qualidade de vida de pessoas soropositivas.

O levantamento mundial sobre HIV/AIDS e deficiência feito em 2004 pela Universidade de Yale, constatou a visão errônea das pessoas em relação à sexualidade das pessoas com deficiência: a de que pessoas com deficiências físicas, sensoriais (surdez ou cegueira) ou intelectuais não representam uma população com alto grau de vulnerabilidade

para a infecção pela HIV/AIDS. Há um equívoco ao conceber que estes indivíduos não são sexualmente ativos, não fazem uso de drogas ilícitas ou álcool e são menos suscetíveis à violência sexual e ao estupro do que pessoas não portadoras de deficiência. Após a primeira reunião técnica de especialistas no tema de HIV/AIDS e deficiência na América Latina, em novembro de 2006, o Programa Nacional de DST e AIDS deu início aos compromissos acordados, intensificando o debate em torno da temática. No entanto, as poucas pesquisas existentes indicaram que, na realidade, tais pessoas se encontram em situação de maior vulnerabilidade para todos os fatores de infecção pela HIV/AIDS (GROCE, 2004). Ao lado disso, o aperfeiçoamento do SUS passou a garantir e aprofundar espaços de participação de comunidades na construção e efetivação da política pública. Trata-se de um preceito concordante com os documentos norteadores das políticas no campo da promoção da saúde (OMS, 1986). Esses documentos constituem um elemento estruturante da proposta de intervenção construída a partir da prática dos grupos populares envolvidos na mobilização social frente à epidemia de AIDS, desde meados dos anos 90, como nos mostra a experiência desenvolvida no Rio de Janeiro por organizações da sociedade civil.

De modo geral, as iniciativas voltadas para a conscientização e para a prevenção de DST e do HIV/AIDS dirigidas ao segmento das pessoas com deficiência são pontuais, ou seja, de alcance restrito, esporádicas e sem continuidade (GIL e MERESMAN, 2006). Segundo os autores, raras vezes essas iniciativas preservaram a acessibilidade da informação ao público-alvo, em virtude do uso de linguagem e meios de comunicação inadequados e ausência de documentação do processo e seus resultados, não promovendo o intercâmbio de informações entre os responsáveis por elas.

No contexto da resposta à epidemia de HIV/AIDS, e da superação de paradigmas construídos em torno dela, a sociedade – em geral – arquitetou uma complexa rede de desatenção reticente e surda, por vezes proibitiva. A desatenção também se apresentou de forma contraditória quanto às demandas das pessoas que vivenciam a aparente ruptura dos limites impostos e se atrevem a buscar a concretização do que seu universo emocional e psicossocial requer. Tal resposta, em suas múltiplas formas, pode ser reconhecida como resultado de um processo de heteronormatividade compulsória. Este processo define a compulsão coletiva que tende a perpetuar o cumprimento obrigatório, por todos, das normas consolidadas como “certas” e que rechaçam e buscam eliminar qualquer possibilidade de prática humana além do binarismo (caracterizado pelo antagonismo e distinção radical). Assim sendo, pela delimitação excludente, supostamente mais fraca a partir das relações de

poder, esta posição reafirma e perpetua a naturalização e valorização extrema da heterossexualidade masculina. (GRANER, 2008)

A partir da contextualização de atitudes, preconceitos e atos discriminatórios contra Gays, Lésbicas, Bissexuais e Travestis (GLBT) constatada, na sociedade brasileira, fica clara a ligação entre o desrespeito aos direitos humanos e a sua vulnerabilidade acrescida, inclusive à infecção pelo HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis. Uma análise dos avanços obtidos no enfrentamento da epidemia junto a este segmento específico da população também deixa clara a ligação entre o investimento na promoção dos direitos humanos e o controle da epidemia. Entre os desafios ainda a serem superados estão a sensibilização de gestores estaduais e municipais para a necessidade de efetivamente aumentar o investimento em ações voltadas para gays, outros homens que fazem sexo com homens (HSH) e travestis. Neste sentido, esperava-se que o Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia da AIDS e outras DST, lançado em 2007, contribuiria para superar esse desafio. (REIS, 2008)

#### **2.4 Política de saúde para LGBTT e prevenção ao HIV/AIDS**

O registro dos primeiros casos de AIDS no país teve também, um impacto no movimento homossexual, intensificando o seu enfraquecimento e levando uma parte dos ativistas a se articular em torno da luta contra a AIDS. Esse movimento se constituiu em um dos principais pilares da resposta à epidemia de AIDS no país (TEIXEIRA, 1997; GALVÃO, 2000; SILVA, 1986). Nos anos seguintes, após o diagnóstico do primeiro caso de AIDS, foi difícil distinguir a militância do movimento homossexual da militância do movimento de luta contra a AIDS.

A formulação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBTT) inspira-se no Programa Brasil sem Homofobia, lançado em 2004 pela Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República, que conclamou o Ministério da Saúde ao cumprimento das diretrizes de Governo. Neste caso, as condições de orientações e viabilidade, para sua implementação, encontram-se discriminadas no Programa Mais Saúde (Saúde Direito de Todos) - onde são definidas metas específicas para promover ações de enfrentamento das iniquidades em saúde para grupos populacionais de negros, quilombolas LGBT - e na Carta de Direitos dos Usuários da Saúde. Como foi mencionado anteriormente, o direito à saúde no Brasil está garantido na Constituição de 1988, fruto do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, que atuou sobre a Assembleia Nacional Constituinte. Como consta no texto constitucional, a saúde, a previdência e a



assistência social integram o Sistema de Seguridade Social, concebido a partir do compromisso do Estado com o bem estar da população. (BRASIL, 2008)

Para Facchini (2005), a constituição do Grupo SOMOS representa um marco na origem do movimento GLBT no Brasil. Entretanto, apenas após a epidemia de HIV/AIDS que irrompeu na década de 80, a população homossexual começa a se organizar como Movimento Homossexual Brasileiro (MHB). Em 1993, o movimento passa a ser denominado como Movimento de Gays e Lésbicas (MGL) e em 1995 surge a sigla GLT por incorporar o segmento de Travestis. A partir de 1999, o movimento passa a ser definido pela sigla GLBT, contemplando em sua composição os segmentos de Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros, entendendo que esta última denominação, refere-se a travestis e transexuais.

## **2.5 Política de saúde, gênero e prevenção da HIV/AIDS**

A aliança entre teoria e prática proporcionada pelo envolvimento de ativistas, em HIV/AIDS na discussão acadêmica e de governos, estabelece intercâmbio teórico, técnico e financeiro entre setores do governo. Na área da saúde, o intercâmbio estabelecido com os movimentos feministas, de negros, de ONGs (redes de profissionais de sexo), de homossexuais, de pessoas vivendo com HIV/AIDS (para mencionar alguns dos sujeitos sociais aí envolvidos), certamente estabelece um diferencial positivo para as respostas sociais, exigindo constante revisão das políticas sobre a resposta à epidemia de HIV/AIDS. (OLIVEIRA, 2006)

As estratégias desenvolvidas para as mulheres sexualmente ativas e em idade reprodutiva enfatizam ações como o aconselhamento nos serviços de planejamento familiar, pré-natal e atendimento ginecológico, centro de testagem anti-HIV e em maternidades. Destacam-se entre as abordagens de prevenção à HIV/AIDS o empoderamento – traduzido como “fortalecimento para a mudança”, o enfoque de gênero, o modelo comunitário e a educação de pares. Entretanto, vale enfatizar que a prevenção envolve questões socioculturais e psicoafetivas, levando em conta como ocorrem as relações entre homens e mulheres – questões que serão abordados, com mais detalhes, no próximo capítulo -, como são socializados e de que forma é marcado o exercício de sua sexualidade (BRASIL, 2003). E a orientação sexual e a identidade de gênero são categorias reconhecidas pelo Ministério da Saúde como determinantes e condicionantes da situação de saúde, não apenas por implicarem práticas sexuais e sociais específicas, mas também por expor Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais a agravos decorrentes do estigma e da exclusão social (BRASIL,

2008). Neste contexto, enfrentar a complexidade dos determinantes sociais da vida e da saúde das pessoas e coletividades requer intervir sobre a exclusão social, o desemprego, o acesso à moradia e a alimentação digna. Mas requer também o reconhecimento dos fatores que se entrecruzam, maximizando a vulnerabilidade e o sofrimento de grupos específicos. Todas as formas de discriminação como no caso da homofobia, devem ser consideradas como situações produtoras de doença e sofrimento. É preciso compreender, por outro lado, que a homofobia não ocorre de maneira isolada de outras formas de discriminação social. Ela caminha ao lado e se reforça pelo machismo, o racismo, a misoginia e todas as formas correlatas de discriminação.

A Política Nacional de Saúde Integral de LGBTTT encontra respaldo político e institucional no contexto de implementação do Pacto pela Saúde 2006, em suas três dimensões: o pacto pela Vida, o pacto em Defesa do SUS e o pacto de Gestão do SUS, que desemboca no Programa Mais Saúde (Direito de Todos), lançado em 2008, que se constitui numa reorientação das políticas de saúde com o objetivo de ampliar o acesso a ações e serviços de qualidade. (BRASIL, 2008)

A política pública existente sobre direitos sexuais e reprodutivos, teoricamente, inclui todos os indivíduos, inclusive os portadores de infecções e doenças crônicas. Considerando os estigmas ainda presentes e o aspecto da vulnerabilidade, observa-se a necessidade de formular políticas afirmativas desses direitos, promovendo educação profissional permanente e criação/ampliação de acesso aos serviços destinados ao planejamento familiar que, no Brasil, em sua grande maioria, demonstram atuar sobre amparo da contracepção. (VIDAL *et al.*, 2009)

Outros problemas que se revelaram desde o surgimento da epidemia de AIDS foi o aumento da incidência entre a população idosa. E no final de 2008 em resposta dessa situação, o Programa Nacional de DST e AIDS realizou uma campanha cujo objetivo era despertar nos adultos e idosos a importância do uso do preservativo nas relações sexuais (MASGRAU, 2009). A OMS reconhece que o Brasil é um dos primeiros países a iniciar tais políticas (SCHMID *et al.*, 2009). E na perspectiva da UNAIDS (2005), a ampliação da AIDS entre os idosos estaria associada a uma falha nos esforços de prevenção com este grupo de idade. Campanhas para a população idosa são fundamentais, mas somente o conhecimento não é suficiente para mudar o comportamento para que o indivíduo seja capaz de adotar práticas seguras a fim de evitar a infecção. Neste caso, segundo Sousa *et al.* (2006), é necessário, sobretudo, focar aspectos socioculturais para reduzir riscos e vulnerabilidades. Outra campanha foi lançada no dia 13 de fevereiro de 2009, pelo Ministério da Saúde, para alertar

aos idosos sobre os riscos de AIDS e outras DST no Carnaval 2009, com o *slogan* “Sexo não tem idade para acabar. Proteção também não”. O Ministério da Saúde sustenta que é preciso conscientizar, principalmente, as mulheres sobre comportamentos de risco para o vírus HIV/AIDS, devido ao aumento da incidência de AIDS nesse segmento. (MASGRAU, 2009)

Neste sentido a criação do SUS, como sistema para a atenção e o cuidado à saúde, ficou definida sua operacionalização por meio da descentralização o que incumbe a responsabilidade aos estados e municípios (BRASIL, 2008). Por exemplo, os problemas se apresentam de forma diferenciada para cada realidade (Municipais, Unidades Federais e Regionais). Um levantamento da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (1984-2004) demonstrou aumento progressivo dos registros de AIDS nas faixas etárias acima dos 50 anos e referiu a necessidade de alertar profissionais de saúde que costumam associar queixas e sintomas ao processo natural de envelhecimento ou a outras doenças comuns à velhice. Esta postura, aliada à crença de que só os jovens podem se contaminar com o vírus HIV, deu margem a diagnósticos tardios e deixou essa população desassistida (ZORNITA, 2008). Segundo a OMS (2009), a história do HIV em idoso não é bem explorada e faltam estimativas para avaliar o real número de casos de HIV em idosos. Embora a atividade sexual seja o mais provável modo de transmissão, faltam investigações para determinar a contribuição relativa dos diferentes fatores de risco e modos de transmissão. O rastreio pelos médicos não é comum, por acharem que não estão em risco (SCHMID *et al*, 2009; ABDALLA *et al*, 2008). No entanto, segundo Santos (2011), é necessário um enfoque de integralidade na atenção à saúde. Esta é uma das ferramentas utilizadas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) e um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) para as práticas de saúde. Outrossim é importante, também, entender a necessidade dos profissionais de saúde considerarem os idosos como propícios ao risco de infecção pelo vírus HIV, de modo a colocá-los num plano de visibilidade em relação à sociedade e às políticas públicas.

A epidemia de AIDS no Brasil, pela sua magnitude e extensão, tem contribuído para a visibilidade das condições de vida e de saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Isso ocorreu na medida em que, no período entre 1980 e junho de 2006, foram notificados 433.067 casos, tendo o processo de feminização, pauperização e interiorização da doença feito com que o governo lançasse planos nacionais de enfrentamento da epidemia (BRASIL, 2008). Paradoxalmente, o processo de visibilização desses segmentos tem contribuído para o aumento dos processos discriminatórios, por vincular a orientação sexual e a identidade de gênero aos fatores mais imediatamente ligados à maior vulnerabilidade à DST/AIDS. Esse problema de saúde contribuiu para a percepção da desigualdade, do

preconceito, da discriminação e do racismo, que por sua vez se configuram como doenças graves, que acometem grande parcela da sociedade brasileira. Portanto, a ação do movimento de luta contra a AIDS possui dupla direção: a *política*, baseada nos princípios de justiça social e de equidade de direitos e a *simbólica*, contra homofobia, racismo, marginalidade e morte civil (CAMARA, 2002).

Portanto promover Prevenção e Redução de Danos sem discutir as políticas Públicas “proibicionistas” inscritas no cotidiano do Brasil e do mundo é furtar-se ao debate sobre questões que produzem muito mais mortes do que qualquer agravo à saúde. Segundo Petuco (2008) ao falar do perfil da epidemia, faz-se necessário falar das políticas públicas de saúde inseridas no contexto histórico.

### **3 DIVERSIDADE CULTURAL, GÊNERO E GERAÇÃO NA PREVENÇÃO DE HIV/AIDS NO BRASIL**

Como foi observado no capítulo 1 (um), a epidemia de HIV/AIDS apresenta quatro fenômenos: “feminização”, “juvenilização”, “interiorização” e “pauperização”. Neste capítulo, com base na literatura voltada para a problematização da diversidade cultural, que, por sua vez, confronta as teorias construídas a respeito da prevenção da epidemia de HIV/AIDS, propomo-nos visualizar aspectos que contribuem para os fenômenos de “feminização” e “juvenilização,” examinando a interface epidemia de AIDS/gênero, geração e sexualidade, dentro de uma perspectiva sociológica. Com este fim, destacamos estudos e leituras sobre temas como juventude, sexualidade e gênero, do ponto de vista de sua respectiva vulnerabilidade. Estes temas parecem se inter-relacionar, centralizando problemas de interesse público, em nível global, regional e nacional. Neste quadro são associados fatores socioculturais, cuja análise enseja a localização de elementos que constituem a base da ação individual ou coletiva, uma vez que todos os atores sociais são regulados pelo contexto onde se inserem.

Como se pôde observar nos resultados preliminares e na revisão bibliográfica, apresentada na introdução, o perfil da epidemia de HIV/AIDS apresenta fenômenos que se inter cruzam, destacando-se o lado mais frágil, o da população feminina, ou seja, um grupo de população mais vulnerável a quase todos os problemas sociais. Assim sendo, o conceito de

vulnerabilidade, neste capítulo, pode ajudar na compreensão da disseminação do HIV/AIDS dentro da perspectiva de gênero.

### **3.1 Conceitos e diferença de comportamento de risco, grupo de risco, vulnerabilidade: questões subjetivas na política de Saúde em resposta à epidemia de HIV/AIDS**

Para alguns autores (LIMA, 1995; SLOVIC, 1999; THIELEN, HARTMANN, & SOARES, 2008; WYNNE, 1992), o constructo risco representa uma face oposta do uso da racionalidade na análise de risco, pois a realidade humana se encontra em constante relação com riscos que perpassam pelos valores morais e sociais, advindos, não somente de experiências pessoais, como também de razões que diferem de um indivíduo para o outro. Para esses autores, a percepção de risco consiste na forma pela qual as pessoas interpretam os riscos, a qual se sustenta em um conjunto de crenças e valores que atribui significado a cada fato que ameaça o contexto social no qual estão inseridas. Neste caso, vale destacar que a percepção de risco só existe dentro de um contexto e não pode ser mensurada fora dele. Slovic (1995) destaca a importância de diferenciar o risco, pois ele pode ser *real* ou *percebido* do ponto de vista da compreensão das pessoas, quer individual, quer coletivamente, o que gera respostas igualmente diferenciadas, conferindo aos riscos ampla gama de valores. Neste caso, segundo Chauvin *et al.* (2007), percepções e respostas na dimensão individual têm relação com múltiplas variáveis, tais como idade, sexo, nível educacional, renda, orientação religiosa, preferências políticas, cultura, atitude, experiências pessoais, crenças sociais, ansiedade, autoeficácia, locus de controle, crenças ambientais e fatores de personalidade.

A humanidade está sujeita a vários riscos cotidianos, que a princípio não oferecem perigo significativo, todavia no relacionamento constante com o risco, o perigo pode ser definido de acordo com as recompensas esperadas e os custos percebidos por cada ação realizada. De acordo com Adams, decorrências não desejáveis para o bem-estar podem ser agravadas diante de determinados comportamentos prejudiciais a quem os executa. (ADAMS, 1995)

Segundo Hutz e Koller (1997), o comportamento de risco é um conjunto de ações ou atividades humanas com consequências potenciais adversas, como o desencadeamento de agravos, danos e doenças, para quem as pratica. Para esses estudiosos do comportamento de risco, esse constructo deve ser compreendido a partir de suas variáveis sociais e psicológicas, não apenas através de critérios biomédicos.

A partir desse conceito de risco, pode-se dizer que tais variáveis compreendem os fatores que definem as razões que levam a correr o risco. Para Auerbach, Abela e Ringo (2007) existem várias razões pelas quais uma pessoa se engaja em um comportamento de risco: as razões diferem e se interrelacionam. Segundo eles, esse tipo de comportamento tem como uma de suas principais funções reduzir emoções desagradáveis e indesejáveis. Não obstante, de acordo com Bardone (1996), Cooper, Agocha e Sheldon (2000), essa função do comportamento de risco igualmente garante a manutenção de um círculo vicioso, intensificando os afetos negativos iniciais e levando a pessoa a buscar alívio, mais uma vez, nos mesmos comportamentos de risco.

Segundo Albertani, Scivoletto e Zemel (2006), o risco pode ser entendido melhor como fatores de risco e fatores de proteção. Os fatores de risco constituem um conjunto de circunstâncias psicossociais e características pessoais, que tornam um indivíduo vulnerável ao aliciamento e subsequente incoerência em comportamentos arriscados. Os fatores de proteção constituem as circunstâncias, geralmente aspectos de saúde integral, que contrabalançam as vulnerabilidades e conseqüentemente contribuem para diminuir a probabilidade de tais indivíduos incorrerem em comportamentos de risco. Para Santos (2006), cada dimensão da rede social contém grupos de fatores de risco capazes tanto de expandir quanto de restringir a situação de risco. O autor destaca quatro contextos fundamentais: as relações familiares, a convivência no grupo, a escola/trabalho e a comunidade. Segundo ele, a família representa um dos mais importantes elementos da formação da personalidade de um indivíduo e por isso, exerce grande influência na constituição da percepção do risco e na propensão a incorrer em comportamentos arriscados.

O termo ‘vulnerabilidade’ passou a ser usado com frequência após a década de 80, substituindo aos poucos o termo ‘grupo de risco’ em vários estudos epidemiológicos centrados na perspectiva de risco. Para Mann *et al*, como é descrito no livro “Aids no mundo”, a vulnerabilidade na dimensão coletiva refere-se à avaliação da capacidade estrutural e funcional dos programas de controle da epidemia e a vulnerabilidade social consiste na avaliação das realidades sociais através de indicadores do Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas. Finalmente, os autores propõem a aplicação de um sistema de escores, que classifica a vulnerabilidade como alta, média e baixa, enfatizando nessa perspectiva a necessidade dos indivíduos se responsabilizarem pela prevenção da doença, imputando-lhes, portanto, essa tarefa.

A natureza dos riscos não é real, mas exprime a complexidade da sociedade contemporânea em seus diferentes embates e naturezas, ou seja, não está circunscrita a uma

dimensão da realidade (MARANDOLA Jr. & HOGAN, 2004). Tanto em relação aos riscos conhecidos quanto aos não conhecidos, não é fácil administrá-los, seja para a proteção dos indivíduos ou para a minimização dos danos. As abordagens variam, desde as mais fortemente marcadas por uma leitura objetivista da realidade, num olhar probabilístico, até as que se orientam por um enfoque subjetivista, onde o risco só existe a partir das interações sociais. Nesta perspectiva, desenvolvem-se outras tendências com diferentes graus de objetivismo e subjetivismo (LIEBER & ROMANO-LIEBER, 2002). A determinação do risco depende, desta forma, de um conhecimento da vulnerabilidade na sua dimensão objetiva e subjetiva, bem como das possibilidades de sua atenuação.

Novas abordagens de risco começaram a surgir na segunda metade do século XX. A antropóloga Mary Douglas incentivou debates sobre risco através de trabalhos que vinha desenvolvendo a respeito da importância da cultura na delimitação e percepção do perigo (DOUGLAS, 1966, 1985; DOUGLAS & WILDAVSKY, 1982), além de outras colocações pontuais.

Contudo, uma grande mudança ocorre na discussão acerca do risco no seio da ciência social, quando o tema é deslocado para o centro da teoria social, assumindo dimensões de paradigma (GUIVANT, 1998). O que começou com Douglas evocando o papel crucial da cultura na formulação e aceitação dos riscos produzidos pela sociedade moderna, passou, através de teóricos como Ulrich Beck e Anthony Giddens, por uma ampliação que colocou o risco no próprio mecanismo de reprodução social da sociedade contemporânea. As diferenças do pensamento de Beck e Giddens consistem, basicamente, em seu enquadramento teórico na sociologia e seus objetos de preocupação mais recorrentes. Enquanto Beck se detém diretamente no plano político-institucional da produção e distribuição dos riscos, Giddens foca sua análise nos embates tradição-modernidade e destino-risco-segurança, levantando a problemática do eu (*self*) e da identidade (GIDDENS, 2002). Destarte, Beck se concentra na escala coletiva, enquanto Giddens procura de forma mais significativa a interlocução entre o coletivo e o individual.

### **3.2 Perspectivas Sociológicas: Juventude, Sexualidade e Gênero**

A perspectiva sociológica e subjetiva pode ser importante para entender os limites e possibilidades da agência individual, bem como a maior ou menor força das determinações sociais sobre esses indivíduos, principalmente na qualidade de atores, pensando-se o

indivíduo como não apenas definido pela sociedade, mas, ao mesmo tempo como “ator social”, isto é, aquele que constrói o contexto ou “o mundo social”, através das suas pequenas decisões corriqueiras, como afirma W. dos Santos (...):

*“O mundo social não existe antes, mas simultaneamente à representação que dele fazem os homens. E as hipóteses que sobre ele se fazem não são irrelevantes no sentido discutido anteriormente; são imanentemente constitutivas dele. O mundo social é constituído pelos agentes e o comportamento dos agentes é regulado pela representação que elaboram sobre esse mesmo mundo (...).” (p.11, apud RIVERO, 2006, notas de rodapé)*

Essa forma de entender a sociedade e sua formação nos remete à idéia de Durkheim, que considera o indivíduo como criação da sociedade que “conforma as consciências individuais”. Neste caso o indivíduo se responsabiliza, perante a história, por seus atos. Tal responsabilidade se dá pelo fato de que os indivíduos são dotados de consciência, logo respondem pelas consequências de suas paixões, escolhas e ações. Isto é, a coletividade “não é uma realidade em si”. As estruturas e as instituições são realidades produzidas pelos homens, que lhes conferem “sentidos”, “significação”. (REIS 1998, p. 58)

Mas, também, o indivíduo é, na perspectiva filosófica, um ser reflexivo, racional e capaz de explicar quase tudo o que está em redor de si. Esta capacidade reflexiva lhe dá o poder de decisão, mas isso quando pensamos no ser simplesmente racional. Em outras dimensões subjetivas do ser encontram-se outros fatores que Reis (1998, p.46) chama de tensões de teoria social pelo fato de classificar o indivíduo como ser sentimental, ou seja, portador de “compaixão” *versus* homem “egoísta”, se observado sob olhar de Rousseau e Hobbes como baliza dessa dualidade constitutiva do pensamento social. Segundo esse autor, é este pensamento que faz com que a sociedade seja “um universo moral, uma realidade distinta e superior ao mero somatório dos indivíduos que a compõem”, um elemento que faz a diferença entre a perspectiva sociológica e a perspectiva biológica, onde o indivíduo é entendido, meramente, como um ser orgânico fisiológico.

Este ser/indivíduo (“*homo sociologicus*”) na perspectiva sociológica, é um ator de fenômeno social, com atitude, com convicções, e em geral com comportamento individual. Segundo Reis (1998, p.46) o *homo sociologicus*, no interior da própria sociologia, seria o ator de papéis sociais múltiplos: “pai/mãe; patrão/patroa; empregado/empregada; eleitor/eleitora entre outros”. Ora, tal caracterização é demasiado inespecífica, a não ser que se aceite que o ser humano “típico da imagem sociológica é apenas um conjunto de representações”, um ser desprovido de “cara” por trás das múltiplas máscaras dos papéis sociais.



Nesta perspectiva sociológica, a juventude como fase de vida pode ser compreendida a partir de métodos consensuais. Através de elementos metodológicos, podem ser identificadas as fases constituintes de um curso normal da vida. As ciências sociais lidam com fenômenos coletivos, para os quais os participantes da sociedade têm explicações e até mesmo certeza acerca de sua respectiva natureza. Diferentemente de outras ciências, elas se utilizam dos mesmos termos para designar modos de construir problemas científicos e propor interpretações que se afastam do senso comum (HEILBORN, 2006). A título de exemplo, destacaríamos as concepções de vida, gênero, gerações, sociedade, indivíduo, entre outras.

A juventude é definida, segundo resoluções 40/14 (1985) e 50/81 (1995) da Assembléia Geral das Nações Unidas, como abrangendo indivíduos com idade entre 15 e 24 anos, mas podendo cada país estabelecer seus critérios etários para defini-la. Neste contexto, a faixa etária estabelecida pelas Nações Unidas serve como referências nas definições das políticas públicas relacionados a cada geração e suas respectivas significações, que incluem aspectos como: *entrada no mercado de trabalho, características biológicas, saída da casa dos pais, início da vida conjugal, traços culturais marcantes, etc.* Mas admite-se que os marcos etários que delimitam as fronteiras para definir a juventude e/ou adolescência, enquanto grupo populacional mutável, sofrem variação de acordo com o contexto social (HEILBORN, 2006; CHAVES Jr, 1999).

A partir da distinção etária para definir juventude nos moldes das Nações Unidas, pode-se dizer que as gerações são definidas e entendidas de acordo com as diferenças de faixa etária. E complementa-se a isso a compreensão do papel e/ou espaço que a faixa etária ocupa na sociedade, principalmente quando se pretende entender sociedades em constante mudança, ou melhor, sociedades em processo de modernização. Assim sendo, a diversidade das idades vista num conjunto de individualidades, em um determinado período, configuraria a base para a compreensão da diferença entre geração e grupo etário. Mas, segundo Heilbon e Chaves Jr, o que distinguiria uma geração de outra não seria simplesmente a faixa etária, mas principalmente o simbolismo que carrega cada faixa etária e que por conseguinte funciona como elemento de distinção entre elas. Neste caso os simbolismos seriam as características próprias de cada geração, que podem se manifestar em forma de “vontades, tendências de natureza política, econômica e cultural”. A passagem de uma geração para outra, seria visualizada nas mudanças do simbolismo e dos conteúdos das gerações.

Compreendendo a noção de geração como apresentada acima, pode-se dizer que cada geração apresenta características e marcas próprias, vivenciadas no coletivo, bem como diferenças compartilhadas. Nas diferenças, a juventude se destaca como fase de vida que

apresenta uma inconformidade ou inquietações que a levam à busca constante de realização pessoal (a busca do ideal) e do universo em que está inserida. Essa busca, sem destituir-se da sua realidade, é uma reivindicação constante e o direito de participar ativamente da história, do contexto nacional ao mundial.

Neste caso, as inconformidades dos jovens podem se associar às militâncias<sup>10</sup>. Mesmo que em diversos casos a juventude não esteja simbolizando a realidade social<sup>11</sup>, a maneira como se porta indica caminhos a serem percorridos e falhas ou crises a serem sanadas. (CHAVES Jr, 1999). Portanto, de acordo com o autor, é possível dizer que a juventude é o grupo etário responsável pela determinação, de forma mais impetuosa, do ritmo da história.

Este ritmo é possível e perceptível nas transformações sociais e respectivos fenômenos, tais como saúde, cultura e educação, entre outros. Estes movimentos mexem com as estruturas sociais e conseqüentemente geram a reconstrução das perspectivas e representações sociais, onde todos os elementos de comunicação e de relações sociais se ampliam e ganham proporções significativas, desde a conceituação e percepção às práticas sociais. Neste caso, segundo Moscovici, as representações sociais têm como foco a maneira pela qual os seres humanos buscam compreender as coisas que os cercam. Por se conjugarem em simbólicos-práticos-dinâmicos, objetivam a produção e não a reprodução ou a reação a estímulos exteriores e não podem ser consideradas como “opiniões sobre”, ou “imagens de”, mas como verdadeiras teorias coletivas peculiares, destinadas à interpretação e à elaboração do real. E, representar um objeto, pessoa ou coisa não consiste apenas em desdobrá-lo, repeti-lo ou reproduzi-lo, mas em reconstruí-lo, retocá-lo e modificá-lo. (MOSCOVICI, 1978)

A história da humanidade mostrou e/ou tem mostrado que há mudanças constantes nas práticas sociais que carecem dos respectivos conceitos, como por exemplo a concepção de sexo. No ponto de vista biológica, a prática sexual era concebida e definida na perspectiva procriacionária e na ordem binária (macho e fêmea/homem e mulher), ou seja, o sexo tinha um papel ou uma função única. A experiência sexual, como toda experiência humana, é produto de um complexo conjunto de processos sociais, culturais e históricos. A concepção moderna de sexualidade, segundo Foucault (1988), marca uma série de fenômenos que englobam mecanismos biológicos da reprodução e diferenças individuais e sociais do comportamento. O que é, atualmente, chamado de sexualidade surgiu entre os séculos XVIII e XIX. Neste período, a sexualidade era apenas resumida a relações sexuais, vinculadas ao

---

<sup>10</sup> Quando se envolvem as manifestações sociais, manifestações culturais e exposição às problemáticas sociais.

<sup>11</sup> Quando seus comportamentos são tidos como desviante associado ao que é pensado como “excesso da civilização” e “modismo”, por não tomarem em consideração os conselhos dos mais velhos.

prazer, o que limitava a construção de um discurso sobre esta prática. Do século XIX para o século XX, o que era apenas “relações sexuais” passou a gerar um discurso envolvendo um saber científico. Esse discurso se construiu a partir da preocupação em dessecar, ou melhor, responder às questões sobre sexo, a partir da ação do indivíduo (o que vivencia o sexo) ou do que estaria por trás do comportamento sexual. Essa dissecação seria uma forma de descobrir o que sempre foi desconhecido e/ou encoberto. No século XX buscou-se a normalização terapêutica. E “o sexo tornou-se objeto de saber por meio de relações de poder conectadas às técnicas de saber médico-científico que visam a normalização”, ou seja, as teorias construídas a partir dos discursos sobre sexo favoreceram os próprios elementos que detinham o conhecimento sobre o mecanismo de poder em instituições, grupos sociais e na medicina.

Nesta ordem de idéias, a sexualidade, como construto social, engloba o conjunto dos efeitos produzidos nos corpos, nos comportamentos e nas relações sociais. Ao longo da história, a atividade sexual, na perspectiva foucaultiana, foi objeto de preocupação moral e, como tal, submetida aos dispositivos de controle das práticas e comportamentos sexuais. Como esses dispositivos são construídos com base nos valores e ideologias predominantes na sociedade, eles assumem formas diferentes ao longo do tempo conforme as mudanças sociais. Para Foucault, a sociedade do século XVII - da burguesia, do capitalismo ou da revolução industrial - foi precursora quanto à repressão da sexualidade não como proibição em si, mas através da incitação dos discursos. Apesar da repressão, essa sociedade não reagiu ao sexo como uma recusa em reconhecê-lo, ao contrário, instaurou mecanismos para produzir discursos sobre ele com intuito de apresentar para o mundo a “verdade” sobre a sexualidade - que nos séculos XIX e XX, o discurso era de cunho disciplinador para suprimir as formas de sexualidade não relacionadas com a reprodução e com o casamento como lugar legítimo da sexualidade.

Através desses discursos, estabeleceram-se os controles sociais, associando-se a irregularidade sexual à doença mental: desde a infância até a velhice, foi definida uma norma de desenvolvimento sexual e todos os desvios possíveis cuidadosamente caracterizados; organizaram-se os controles pedagógicos e os tratamentos médicos. Até o século XVIII, o sexo lícito era restrito às relações matrimoniais e carregado de prescrições. Romper as regras do casamento ou procurar prazeres estranhos, isto é, extraconjugais, merecia a condenação moral e jurídica. As práticas sexuais fora do casamento, sexualidade das crianças, homossexuais - toda sexualidade, socialmente considerada perversão, devaneios, obsessões - eram consideradas “contra a natureza”.

No século XIX, os códigos de delitos sexuais se alteraram e a justiça cedeu lugar à medicina. Com isso, aumentaram as instâncias de controle e vigilância instauradas pela pedagogia ou pela terapêutica. A medicina passou a interferir nos prazeres do casal, inventou toda uma patologia orgânica, funcional ou mental, originada nas práticas sexuais. O poder exercido pelos médicos e pedagogos voltou-se para o controle da sexualidade infantil, interdição do incesto e caça às sexualidades periféricas (sodomia, homossexualismo e outras perversões). O laudo médico, a averiguação psiquiátrica, o relatório pedagógico e as condutas familiares assumiram o desígnio de dizer não a todas as sexualidades desviantes e improdutivas, o que passou a funcionar como um mecanismo de dupla incitação: prazer e poder. Poder que se deixa invadir pelo prazer que persegue e, diante dele, poder que se afirma no prazer de mostrar-se, de escandalizar ou de resistir. Captação e sedução; confronto e reforço recíprocos: pais e filhos, adulto e adolescente, educador e alunos, médico e doente e o psiquiatra com sua histérica e seus perversos, não cessaram de desempenhar esse papel desde o século XIX. Tais apelos, esquivas, incitações circulares não organizaram, em torno dos sexos e dos corpos, fronteiras a não serem ultrapassadas, e, sim, as perpétuas espirais de poder e prazer (FOUCAULT, 1988, p. 45).

Foucault, pelos seus estudos, mostra que a sexualidade, longe de ser um fenômeno natural, é, ao contrário, suscetível às influências sociais e culturais. É, portanto, resultado de forças sociais e históricas. É a sociedade e a cultura que definem se determinadas práticas sociais, assim como as sexuais, são apropriadas ou não, morais ou imorais, saudáveis ou doentias. A sexualidade vista como um construto social revela mudanças importantes tanto no comportamento sexual como no seu significado.

Segundo as ciências sociais, com o passar do tempo o sexo ganha uma categoria bastante ampla, resumido em um novo termo: o “Gênero”. Ainda que gênero seja usado como sinônimo de sexo, nas ciências sociais refere-se às diferenças sociais, conhecidas nas ciências biológicas como papel de gênero. Historicamente, o feminismo posicionou os papéis de gênero como construídos socialmente, independentemente de qualquer base biológica. O sexo, na relação humana e suas manifestações se complexifica, rompem os paradigmas construídos pela biologia. Neste caso, Gamson (2006), baseando-se na teoria *Queer*, vê o sexo e/ou gênero como uma identidade que se encontra em constantes mudanças e que por sua vez, “propõe um enfoque não tanto sobre populações específicas, mas sobre os processos de categorização sexual e sua desconstrução” (GAMSON, 2006, p.347). Por sua vez, Butler (2005) chama a atenção para o fato importante de que a sexualidade opera, em parte, através da estabilização das normas de gênero, principalmente quando o gênero designa uma gama de

significações que contêm e excedem a matriz da heterossexualidade. Por outro lado, desconstruir essa matriz significa por vezes o desvio das normas relativas ao sexo e ao gênero. E quando se afirma que as formas de sexualidade não determinam unilateralmente o gênero, é essencial manter uma conexão não casual e não redutora entre a sexualidade e o gênero. Enquanto isso nas teorias psicanalíticas, a relação entre o gênero e a sexualidade se negociam em parte através da relação entre a identificação e o desejo. A desconstrução da teoria *queer* fomenta um pensar diferente da lógica heterossexual, que exige a identificação e o desejo como sendo mutuamente excludentes, constituindo-se em um dos instrumentos psicológicos mais redutores da visão heterossexual, onde: um indivíduo se identifica como de um determinado gênero, devendo então desejar alguém de um gênero diferente (BUTLER, 2001). Portanto, ao pensar sobre gênero e sexualidade, admitindo as mudanças sociais, vale considerar a teoria *queer*, pois permite a flexibilidade sobre o gênero, afirmando que a orientação sexual e a identidade sexual dos indivíduos são o resultado de um constructo social e que não existem papéis sexuais essenciais ou biologicamente inscritos na natureza humana e sim formas socialmente variáveis de desempenhar um ou vários papéis sexuais. E conforme Gagnon (2006)

“Diferença de gênero são frequentemente tratadas como tendo origem biológica e, em consequência disso, as diferenças na conduta sexual dos dois gêneros são vistas como tendo raízes biológicas anteriores. Os padrões apropriados de conduta reprodutiva, sexual e de gênero são produto, todos eles, de culturas específicas, e todos podem ser vistos como exemplos de condutas socialmente roteirizadas.” (p. 218)

Nesses movimentos e construções sociais, a juventude desempenha um papel importante – na linguagem da sociologia da ação, os jovens são principais atores sociais, até porque é difícil dissociar o tema juventude da sexualidade e do gênero. E quando o assunto é saúde sexual e reprodutiva, no enfoque sobre a epidemia de HIV/AIDS, estes temas apresentam uma relação estrita, pois a epidemia de HIV/AIDS é fortemente associada à sexualidade e a um grupo da população (em especial jovens e mulheres).

Problematizar identidades ou práticas sexuais, na área de saúde, parece ser importante para melhor entender as mudanças e transformações sociais em velocidade diversificada, segundo cada contexto cultural. Outrossim, pode-se percebê-lo pela quantidade de estudos e áreas que se interessam e se envolvem na “questão”, como sinaliza Louro (2001),

“(…) a sexualidade tornou-se objeto privilegiado do olhar de cientistas, religiosos, psiquiatras, antropólogos, educadores, passando a se constituir, efetivamente, numa

‘questão’. Desde então, ela vem sendo descrita, compreendida, explicada, regulada, saneada, educada, normatizada, a partir das mais diversas perspectivas. (p. 541)”.

Essa mobilização deve-se à dinâmica que os movimentos sexuais e de gênero têm apresentado. Esses movimentos se intensificam a partir do momento em que o sexo deixa de ser confinado à procriação. Com a invenção dos anticoncepcionais hormonais, na década de 60, os limites da sexualidade ficaram mais frouxos, pois se derrubou a idéia da sexualidade como perigo associado à gravidez indesejada. Assim, nos anos 80 o problema da sexualidade ressurgiu com o aparecimento da epidemia de HIV/AIDS, despertando novas necessidades de investigação sobre os sistemas de práticas e representações sociais ligados ao sexo, constituindo-se um campo de investigação em si, com caracteres específicos. Todavia, o que o torna ainda mais complexo é sua contínua transformação e instabilidade, o que acarreta na área de saúde, uma necessidade de atenção para estas transformações e instabilidades que a sexualidade tem apresentado, as quais não devem passar despercebidas, principalmente quando se pensa em políticas para a promoção da saúde.

Esta forma metódica que possibilita entender os fatores socioculturais fez-se ausente no início da epidemia de HIV/AIDS. A resposta à epidemia foi esboçada por muitas sociedades, sem antes serem lidos e compreendidos os sinais dos tempos que ditam todos os aspectos socioculturais. Partiu-se de um retrato instantâneo e dele definiu-se o problema da saúde pública em questão, a partir da idéia de culpabilização (DANIEL e PARKER, 1991). Essa saída, em resposta à epidemia, estabeleceu um grupo com o qual se deveria tomar um cuidado específico. Isso equivale ao que se passou a chamar de “grupo de risco”.

Dentro do “grupo de risco”, conforme identificado no início da epidemia (no Brasil, por exemplo), os jovens eram identificados como constituintes mais fortes, mas com ressalva, pois não se tratava de qualquer jovem e sim do que provinha de família com alto poder aquisitivo (LEITE, 1999). Em praticamente, todos os países afetados pela epidemia, acreditava-se que as vítimas eram jovens homens homossexuais das classes alta e média alta, que tinham alto poder aquisitivo e que frequentemente viajavam para o exterior. Neste caso, segundo a autora, ficou no imaginário social o fato de que a epidemia de AIDS era um fenômeno masculino, pois em forma de doença se manifestou inicialmente em homossexuais masculinos e que era trazida de outros países. O termo “grupo de risco” foi largamente difundido no sentido de indicar aqueles indivíduos que podiam expor as outras pessoas à infecção pelo HIV. Essa concepção foi com o tempo considerada epidemiologicamente incorreta, pois designa indivíduos ou grupos mais propensos a adquirir certas patologias, não a transmiti-las. A difusão deste suposto perfil da epidemia de HIV/AIDS, fez com que muitos

indivíduos (heterossexuais) se sentissem livres dos problemas de saúde que a sociedade enfrentava. Constitui-se, neste caso, uma face oculta da epidemia, que surgiu como um desafio, pois a epidemia ganhava proporções inimagináveis. No Brasil, o maior índice de infecção continuou a se estabelecer pela transmissão sexual, entre homens que faziam sexo com homens ou prostitutas (BRASIL, 2001).

Daí por diante, a percepção incorreta da epidemia como passível de atingir somente um determinado grupo de indivíduos e a subsequente conscientização de que outras pessoas poderiam estar expostas à infecção pelo HIV, desencadeou um processo diferente de leitura e construção social da epidemia, que passou a substituir o termo “grupo de risco” por “vulnerabilidade”.

### **3.3 Vulnerabilidade à HIV/AIDS: *Status* social e poder nas relações de gênero e intergeracionais**

A vulnerabilidade, segundo Mann, Ayres *et al.*, não deve ser olhada em decorrência da distinção da probabilidade de que um indivíduo qualquer se exponha à AIDS, mas de se buscar elementos que permitam avaliar objetivamente as diferentes chances que cada indivíduo ou grupo populacional particular tem de se infectar. E, não se deve perder a perspectiva do conjunto formado por algumas características individuais e sociais presentes no cotidiano que possam ser consideradas relevantes para a respectiva exposição ao risco de se infectar ou a chance de proteção. (MANN, 1992; AYRES *et al.*, 1999). Tendo em vista elementos anteriormente levantados sobre gênero e sexualidade, para Villela e Diniz, o conceito de vulnerabilidade permite a compreensão da disseminação do HIV/AIDS na população a partir de uma perspectiva de gênero, uma vez que esta ocorre no entrecruzamento de comportamentos e vivências individuais e subjetivas ligadas a questões como sexualidade, fidelidade, preconceitos, liberdade, morte e com as relações desiguais de gênero e poder (VILLELA; DINIZ, 1998).

E o avanço em relação à primeira ideia, contribuindo para a não discriminação e culpabilização das pessoas com AIDS, tinha suas desvantagens ou “contraindicações”, uma vez que reforçava a ideia de “responsabilidade” individual do risco e da prevenção. As idéias de Ayres, Villela e Diniz procuram ultrapassar a compreensão do risco da AIDS, ampliando o campo das reflexões para além do comportamento individual, que só pode ser entendido como produto da interação de fatores sociais, econômicos e culturais. Segundo esses atores, a

introdução da idéia de vulnerabilidade à epidemia, introduzida por Mann *et al.*, tem expressado melhor a complexidade da doença que, embora possa afetar biologicamente qualquer pessoa, faz com que a chance de contrair o vírus não seja igual para todos os países, regiões, grupos ou indivíduos. Com isso a vulnerabilidade à AIDS passou a ser pensada sob três planos: *o social* (como condições socioeconômicas, acesso à informação, escolarização, garantia de acesso aos serviços de saúde, garantia de respeito aos direitos humanos, situação sociopolítica e cultural da mulher); *o individual* (como comportamentos que possibilitam a infecção pelo HIV ou a nossa capacidade de adotar comportamentos seguros); e *o programático ou institucional* (como programas e atividades voltadas para combater a epidemia). Para entender a vulnerabilidade dos jovens assim como das mulheres ao HIV/Aids vale observar os elementos concernentes nestes três planos.

### Plano social

Neste plano destacam-se elementos referentes às condições socioeconômicas, acesso à informação, escolarização, garantia de acesso aos serviços de saúde, garantia de respeito aos direitos humanos, situação sociopolítica e cultural do cidadão que podem estar relacionados à vulnerabilidade, neste caso, da população feminina, à epidemia de HIV/AIDS.

Diane Pearce, pesquisador norte americano, em 1978 já apontava sinais a partir dos quais se introduzia o conceito da feminização da pobreza. Este é entendida como um fenômeno no qual as mulheres vêm, ao longo das últimas décadas, se tornando mais pobres do que os homens. Feminização da pobreza significa que as mulheres vêm se tornando mais pobres do que os homens ao longo do tempo. A autora atribuiu este fenômeno ao aumento no número dos domicílios chefiados por mulher entre a população pobre.

Segundo Buvinic e Gupta,(1994 p.24), Garfinkel e MacLanahan, (1986, p.13), este fenômeno está relacionado ao aumento no número de famílias pobres chefiadas por mulher. Buvinic e Gupta (1997:261-262) atribuíram o aumento no número dos domicílios chefiados por mulher aos seguintes fatores: (a) Migração masculina, resultando no abandono de mulheres e filhos no lugar de origem; ou migração feminina e a criação de domicílios no lugar de destino. (b) Divórcio ou separação e aumento da natalidade entre adolescentes solteiras. (c) Erosão dos sistemas de famílias estendidas e de redes tradicionais de apoio, que acolhiam mães solteiras e viúvas. (d) Guerras e conflitos civis, os quais resultam num número maior de mulheres nas populações nativas ou refugiadas. Com isso a estrutura família muda quando as mulheres a assumem o papel de provedoras dos domicílios onde vivem. Os estudos



relacionado a feminização da pobreza tomam como indicador de pobreza, a prevalência de domicílios chefiados por mulher entre os pobres (NOVELLINO e BELCHIOR, 2008).

Esta vulnerabilidade faz sentido desde o momento em que se considera o indivíduo um ser sociável, isto é, que estabelece uma relação com o outro. E tendo em vista que o indivíduo ou ator social constrói sua identidade a partir de uma sociedade em que se insere (contexto social) assim como a sociedade é resultante da ação dos indivíduos, este processo pode ocorrer de forma desigual. E que esta desigualdade, também, pode se estabelecer através da quantidade dos recursos acumulados que podem ou não conceder ao indivíduo o poder/domínio nas relações (ou interações) sociais. Estas relações, segundo Turner (1989, p. 99), fazendo a leitura da sociologia de classe de Weber, o *status* e a classe, representam “a capacidade de mobilizar e de fruir certos recursos como honra ou riqueza, (...) encarada simplesmente como manifestações de poder”. Na visão do Weber, “as relações sociais” coincidem com “relações de poder, ou mais precisamente relações de domínio”.

De acordo com Parker e Camargo Jr., a sociedade se organiza de forma desigual e “tipificada por uma crescente polarização” podendo distingui-la em ricos e pobres. Esta forma de organização tem sido associada ao crescimento significativo da pobreza que, em algumas realidades, “chega ao extremo (a miséria)” no mundo (PARKER e CAMARGO Jr., 2000). Segundo os autores, neste molde da sociedade, a parte feminina é que mais sofre sobre os efeitos negativos resultantes da ação dos seus integrantes, produzindo fenômenos como “feminização da pobreza e miséria”. É provável que essa estrutura social, promova uma “violência estrutural” que liga pobreza e gênero. Neste caso, as mulheres nas condições de pobreza são vulneráveis a qualquer situação que a sociedade esteja enfrentando. Sendo assim, vale contemplar a categoria gênero, pois ela corresponde a uma das relações de poder que se estabelecem no relacionamento homem-mulher e, conseqüentemente, sua interferência no processo saúde-doença se faz presente na questão da epidemia de HIV/AIDS. Além disso, a categoria gênero não se encerra apenas na doença em si, mas também se apresenta como uma faceta das condições de socialização de homens e mulheres. Um dos princípios básicos da categoria gênero salienta que homens e mulheres não se diferenciam apenas biologicamente, mas também socialmente e que as diferenças construídas no plano biológico são conceituadas como sexo, enquanto aquelas que estão no plano social constituem o que se costuma chamar de gênero. E não se pode deixar de considerar que, nestas questões, as relações guardam certo grau de complexidade.

A submissão aos papéis de gênero<sup>12</sup> tem evidenciado um grande número de elementos que potencializam a predisposição da mulher à Infecção Sexualmente Transmissível (IST) e à feminização da epidemia de AIDS. Inscrita num contexto de “vulnerabilidade social” que determina processos de “exploração, subemprego e violência domiciliar”, a mulher é, no momento, a vítima mais recorrente no âmbito da saúde coletiva. A análise do conceito de vulnerabilidade feminina ao HIV/AIDS sob a ótica do gênero advém da naturalização do que constitui sexo feminino, remetendo-o às suas origens, ao contexto histórico de sua construção social e aos inúmeros riscos aos quais estão submetidas. (FRANCO e FIGUEREDO, 2004)

A partir dessas perspectivas, a vulnerabilidade feminina pode ser identificada como produto de vivências da sexualidade e identidade de gênero, em um contexto mais amplo, que inclui processos de pauperização e de construção de papéis sociais. Considerando o acesso aos serviços de saúde e a existência de políticas públicas dirigidas às mulheres como elementos fundamentais, de acordo com Parker e Camargo Jr., esse grupo populacional, na condição de pobreza, se encontra nas mais extremas condições de vulnerabilidade enfrentadas por qualquer segmento populacional (PARKER e CAMARGO Jr., 2000). Neste contexto, o Brasil pode ser visto como uma complexa síntese dos fatores socioeconômicos que foram identificados como estruturantes da vulnerabilidade relacionada à AIDS. Ao conjunto de desigualdades sociais e econômicas encontradas no país, devem-se agregar fatores injuriosos, como a falta de política universal de saúde. A forma como foi moldada a política em resposta à epidemia de AIDS no mundo e no Brasil, subentendem tendências como a pauperização, feminização ou interiorização da epidemia são, mas a utilização por vezes simplista, pode mascarar a complexidade social dos processos de vulnerabilidade.

A vulnerabilidade social, de acordo com Parker e Camargo Jr., pode se traduzir como vulnerabilidade frente à epidemia de HIV/AIDS, isto é, o risco de infectar-se com o HIV e maior risco de desenvolver a doença e morrer em decorrência da potencial fragilidade dos serviços de saúde. Além dessa vulnerabilidade, os indivíduos nessas condições podem ser levados a dinâmicas sociais compensatórias, nas quais o exercício sexual atua como meio de intercâmbio (por exemplo, a prostituição e acesso às drogas ou pagamento de favores com sexo), perdendo os indivíduos então o poder de controle sobre a própria atividade sexual “(sexo na clandestinidade, sexo sob efeito de álcool ou drogas, coerção e abuso sexual, sexo sem possibilidades de negociação, impossibilidade de se obter parceiros estáveis etc.)”, sendo

---

<sup>12</sup> Nas ciências sociais e humanas, o papel social de gênero é um conjunto de comportamentos associados à masculinidade e feminilidade, em um grupo ou sistema social. Todas as sociedades se organizam num sistema de gênero, ainda que os componentes e funcionamento deste sistema variem bastante de sociedade para sociedade.

a HIV/AIDS nestes casos basicamente transmitida por via sexual. Igualmente, essa vulnerabilidade leva a uma menor possibilidade de se chegar logo a um diagnóstico e de adotar um regime de vida que favoreça a sobrevivência. Essa vulnerabilidade frente à epidemia de AIDS “equivale àquela fração dos fatores de risco para infecção pelo HIV e para progressão da doença.” E a maioria das pessoas infectadas pelo HIV, ou que tenha desenvolvido AIDS, é predominante da classe pobre e por vezes não consegue recursos públicos e não dispõe de recursos financeiros para serviços particulares para ter o atendimento de que necessita.

O segmento juvenil, assim como o segmento feminino em função da vulnerabilidade social apontada acima, devido à respectiva complexidade, sofre as consequências das desigualdades sociais não só quanto ao comportamento como à maneira de buscar alternativas. É sabido que a sociedade é reflexo da formação dos seus atores, ou seja, o perfil social influencia a construção do perfil do indivíduo. A “vulnerabilidade social”, como foi apontada acima, pode gerar ou fomentar o *status* social dos integrantes de uma determinada sociedade. A escolaridade, em especial, como foi observado por Leite *et al* (2004) em sua pesquisa sobre fatores associados ao comportamento sexual de adolescentes e jovens do sexo feminino das regiões Sudoeste e Nordeste do Brasil, determina o status social do indivíduo e é considerada importante para a iniciação sexual e adoção de comportamento reprodutivo (como o caso de usar ou não preservativo).

Os grupos de jovens, mulheres, crianças e pobres sem condições de educação adequada, encontram dificuldades de acesso aos serviços básicos de saúde e à informação para a saúde de um modo específico, dificultando sobretudo ações de prevenção e diagnóstico precoce da doença. No Brasil, a “pauperização” da epidemia de HIV/AIDS apresenta uma relação forte com a escolaridade das pessoas atingidas pela doença. E um estudo de série sobre “AIDS e grau de escolaridade no Brasil” em um série temporal de 1986 a 1996 revela que entre infectados a maioria tinha o primeiro grau de escolaridade. O referente estudo mostra que a epidemia de AIDS no Brasil se iniciou nos estratos sociais de maior escolaridade, progressivamente atingiu, em grande escala, nos estratos sociais de menor escolaridade. Esse fenômeno foi evidenciado “tanto pela variação na proporção de casos como pelas taxas de incidência, em todas as regiões do país, para ambos os sexos (FONSECA *et al.*, 2000).” Este indicador pode ser insuficiente e esta constatação necessitar outros dados, mas no geral e no Brasil, a escolaridade determina a renda salarial, isto é, quanto mais baixa a escolaridade, menor a renda.

Ao interrelacionar renda e pobreza, geralmente depara-se com o grupo populacional feminino, socialmente vulnerável. Essa condição social das mulheres, como foi sinalizada por

Parke e Camargo Jr. (2000), é influenciada pelo fato das sociedades se organizarem em hierarquia e o sexo feminino constituir um dos eixos de desigualdade nessas hierarquias. Isso torna as mulheres mais vulneráveis à epidemia de HIV/AIDS. Nas regiões brasileiras menos favorecidas, estatisticamente, a população feminina corresponde à apreciável parte da população que recebe menos informação (FONSECA *et al.*, 2000). E, mesmo quando bem informadas, nem sempre conseguem agir de acordo. Muitas têm dificuldade em propor práticas sexuais mais seguras, temem que seus parceiros questionem o motivo dessa negociação e partam para a violência, o que acontece em muitos casos. Neste contexto pode-se dizer que sexo, na dimensão de gênero, se estabelece numa relação de poder, assim como a classe social e raça/cor, etnia, opção sexual. Por exemplo, é provável que uma mulher negra e pobre se torne mais vulnerável à infecção pelo HIV/AIDS, assim como entre os jovens, que têm menos poder nas relações sexuais do que os mais velhos (o caso de homens mais velhos ricos em relação às mulheres mais jovens e pobres), fenômeno constatado em alguns estudos (ver SOUSA, 2007).

Na relação de poder, conforme a maioria das organizações sociais – principalmente as sociedades de linha patriarcal - onde os homens são tidos como provedores de família, cabendo a ele o papel de sustentar e, muitas vezes, de dar a palavra final dentro da casa, pois as decisões devem ser legitimadas pela figura masculina. Neste contexto o comprometimento de fatores socioculturais relacionados à construção da sexualidade feminina acaba por tornar os procedimentos preventivos algo quase que negado para e pelas mulheres.

Apesar da sexualidade dos jovens não se dar de forma heterogênea entre homens e mulheres, grupos sociais ou intergeracionais, podem ser considerados uma gama de fatores determinantes na tomada de decisão de fazer ou não sexo. É importante considerar que os contextos são moldados socialmente pelo que condiciona os atores sociais como foi sinalizado acima por Boudon (1995). Contudo, é importante destacar, na esfera da sexualidade, que o homem pode quase tudo, enquanto a mulher ainda luta por sua liberdade sexual. Enquanto não se conquista esta liberdade a culpabilização sobre a disseminação e as respectivas consequências pesarão para a população feminina, pobres e jovens, pois esses grupos serão vulneráveis devido aos papéis sociais que evidenciam relações de poder entre homens e mulheres e, principalmente, porque há uma íntima associação entre esta abordagem e as medidas preventivas da infecção pelo HIV. Mas é importante lembrar que, segundo Boudon (1995), para explicar um fenômeno social, é necessário descobrir suas causas individuais, ou seja, compreender as razões que levam os atores sociais a fazer o que fazem ou acreditarem naquilo em que acreditam.

### Plano individual

Neste plano destacam-se elementos que configuram o comportamento do indivíduo que lhe induz a infecção pelo HIV, ou seja, a capacidade que o indivíduo pode ter para adoção de comportamentos que lhe proporcione segurança. Neste caso segundo a sociologia da ação, na perspectiva de Boudon (1995), todos os fenômenos sociais, inclusive as mudanças que possam ocorrer nos costumes e nas crenças, poderiam ser explicadas da mesma maneira. Mas algumas dificuldades são, possivelmente, percebidas quando se pretende “especificar as razões que levaram certos atores a determinado ato, por falta do seu próprio testemunho, ou porque ele pertence a uma cultura não familiar” (BOUDON, 1995). Para o autor, o entendimento de um fenômeno social, qualquer que seja tal como é, ou seja, o produto de ações, de crenças, ou de comportamentos individuais, estabelece-se um princípio (da sociologia da ação) designado “individualismo metodológico” (IM). O “IM” pressupõe que o ator social foi socializado, que está em relação com outros atores, os quais, tal como ele próprio, ocupam “papéis sociais”, tem convicções e de modo geral, o ator social é quem se move dentro do contexto que se insere. Na perspectiva de Durkheim, trata-se de *homo sociologicus*, que se traduz em uma sociedade de precedência lógica sobre o indivíduo, pois a própria autopercepção do indivíduo como tal é uma resultante histórica da evolução da sociedade. A princípio o homem sociológico de Durkheim é um ser reflexo, um ator que se conformaria inteiramente às determinações sociais. Neste caso, parece ser importante distinguir “fatores individuais e coletivos, para preservar a identidade”, que possui estreita relação entre si.

Nestas perspectivas, de acordo com Gagnon (2006), este indivíduo como ator social, na questão da sexualidade, atende às expectativas de outras pessoas e norteia sua conduta em termos da conduta alheia e para tal segue roteiros (que podem ser interpessoais e intrapsíquicas) estabelecidos pela sociedade. Os “roteiros interpessoais” se estabelecem no nível da interação social, e a aceitação e a utilização de tais roteiros “constituem a base de padrões contínuos de comportamento social estruturado.” Enquanto que os intrapsíquicos “representam o conteúdo da vida mental, em parte resultante do conteúdo dos cenários culturais e das demandas de interação e, em parte, independe destes”.

No início do curso da vida, especialmente da adolescência/juventude, há “reestruturação do momento e de ordenação da conduta sexual, tanto em termos da expectativa (cenários) culturais quanto em termos de conduta interpessoal” - que se traduzem em “roteiros interpessoais”. Com isso se destacam dois temas para compreender a sexualidade

juvenil: o primeiro refere-se “a relevância contínua dos roteiros diferenciados por gênero que serviam de esteio à interação sexual entre mulheres e homens” e outro se refere “a roteirização da violência sexual e suas consequência para a vida sexual das mulheres”. Culturalmente, as instruções para a conduta não se isolam como “regras” ou “normas”, porém se inserem, antes, “em narrativas do bom e do mau comportamento, das coisas a serem feitas e das coisas a serem evitadas” (GAGNON, 2006, p. 264-265). Segundo o autor, duas concepções importantes decorrem dessa perspectiva: a primeira é que todos os comportamentos sociais são roteirizados e a segunda é que “a sexualidade é mais do que um comportamento individual, e o que acontece na arena sexual de qualquer sociedade é consequência da cultura e da estrutura de oportunidades sexuais e não-sexuais existentes antes de qualquer indivíduo” Os roteiros sexuais existem, assim como todos os roteiros, nos níveis do individual, do interativo e do cultural. Neste caso, a ação sexual decorre conforme os roteiros sobre todos os três níveis e as mudanças potenciais da conduta sexual podem surgir de mudanças em qualquer nível de roteirização.

Nesta conjectura, a situação do indivíduo pode ser de risco ou de vulnerabilidade, quando relacionada à sexualidade e à epidemia de HIV/AIDS. Esta correlação pode ser observada na ideologia do sexo livre a partir da década de 1960, na qual as mulheres podiam controlar a gravidez através de anticoncepcionais e as ITS/HIV/AIDS através dos antibióticos existentes, abolindo assim o uso dos preservativos. E quanto ao poder, destaca-se a questão de classe que se expressa nas pessoas de baixa renda, entre as quais são nítidas se as dificuldades de acesso aos meios de prevenção e de informação.

Vendo a prevenção do HIV como ação a ser considerada entre os atores sociais, a questão de poder, na perspectiva da vulnerabilidade social e as relações de gênero, podem proporcionar brechas para a vulnerabilidade à AIDS. Estudos anteriores constataram que mulheres pobres em parcerias estáveis, apesar de estarem suficientemente informadas sobre seus riscos para o HIV, não detinham poder para alterar essa situação (BARBOSA, 1993). Neste caso, o poder deve ser compreendido de forma ampla, além do culturalmente estabelecido, considerando-se a subjetividade e individualidade, na esfera da sexualidade, na relação dos indivíduos e na perspectiva de gênero.

Os grupos de adolescentes/jovens, por exemplo, vivenciam uma fase em que se manifesta a ansiedade correspondente à passagem de uma etapa da vida a outra, ou de um *status* social a outro, muitas vezes com exigências pouco definidas ou difíceis de serem cumpridas, como é o caso da responsabilidade em relação ao trabalho e a constituição de uma nova família. Esta passagem não é mais claramente marcada por rituais, como nas sociedades

“tradicionais”, o que trazia segurança para seus membros, mas é vivenciada de várias maneiras, com múltiplos e pequenos rituais, com variadas marcas e símbolos visíveis de identificação (roupas, brincos, tatuagens, músicas, linguagens) que mudam rapidamente, ao sabor da moda. E a sexualidade é apresentada e mostrada como mercadoria pela mídia que, através do excesso de imagens, acaba por coisificar o sexo, dificultando o pensar e o refletir do adolescente/jovem, coagindo-o a consumi-lo de forma descompassada quanto à sua natureza, com perda de sua magia, beleza e sentimento. Essa atitude se associa ao que já foi mencionado acima quanto à natureza da juventude, uma categoria socio-histórica de diversidades na sua forma de existir, colocada em diferentes graus de vulnerabilidade em relação às ITS/HIV/AIDS ou às drogas. Nesse caso, a vulnerabilidade se traduz num risco conhecido - que pode trazer consequências para a percepção da situação em que se encontra em relação à epidemia de HIV/AIDS - mas valorizado mesmo que de forma ambivalente “nos esportes radicais, nos negócios, na paixão, na velocidade e na adrenalina com que o momento presente tem que ser vivido (...).” (JEOLÁS, 1999)

Esta situação pode ser compreendida, neste plano individual, na reconstituição dos seguintes fatores:

a) o **status social** que condiciona o acesso a programas de educação para saúde, informações e aos serviços de saúde. Isso ocorre no contexto da vulnerabilidade social que deixa o indivíduo vulnerável à epidemia. Estes fatores são importantes, pois podem moldar o comportamento do indivíduo para suas decisões. Estas decisões, na dinâmica e franca diversificação, práticas sexuais podem implicar na qualidade da vida dos jovens, principalmente do ponto de vista da saúde sexual e reprodutiva. Neste caso, a exposição do jovem pode não ser percebida devido a esses fatores que envolvem a vontade de iniciar a prática sexual, o amor, entre outros, visto que nem sempre recorre-se a métodos que protegem à gravidez, as ITS/HIV/AIDS. Neste caso, o comportamento sexual pode determinar os agravos à saúde, principalmente quando se pensa nas ITS e HIV/AIDS.

b) a questão de **gênero** que implica relações de poder. As relações de gênero estão pautadas numa relação hierárquica entre homens e mulheres, cujos papéis sexuais, socialmente construídos, traduzem uma expectativa de passividade das mulheres – nas sociedades machistas e sociedades pobres onde a economia concede poder aos homens em relação às mulheres que possuem baixo poder aquisitivo - em assuntos relacionados ao sexo (Villela, 1996); daí sua maior dificuldade em tomar a iniciativa de comprar, levar, propor, negociar o preservativo. Isso, segundo Franco e Figueiredo, tece-se sob a visão contemplativa das relações de gênero estabelecidas como parte das coisas, com representações de razões

necessárias que justifiquem o papel de subordinação da mulher. (FRANCO e FIGUEREDO, 2004). Tais concepções confinam as mulheres em um “estado de anomia” e susceptíveis à violação dos seus direitos e condicionadas à dependência do papel provedor masculino.

Neste caso, segundo Paiva (2000) e Barbosa (1995), a subalternidade de gênero tem se mostrado determinante na vulnerabilidade das mulheres. A estratégia de sexo seguro para as mulheres precisa ser melhor considerada, já que ela pressupõe diálogo e confiança mútuos, e que estes esbarram no fato de que, culturalmente, os casais não costumam discutir questões relacionadas à sexualidade, ao afeto, à confiança e ao prazer. Para Paiva (2000), a mulher casada é mais vulnerável por ter um único parceiro sexual, com quem nem sempre consegue usar práticas de sexo seguro. A fidelidade dela diante da infidelidade dele, somada ao eventual uso de drogas injetáveis por parte do parceiro, multiplica a infecção. Mulheres infetadas pelos companheiros, em relações estáveis, podem reduzir o seu tempo de sobrevivência, quando seu diagnóstico é realizado tardiamente e em situação que tenha menor acesso ao tratamento. A vulnerabilidade feminina também sobrevive na visão romântica das relações de gênero, onde a fidelidade feminina é contraposta à experiência do homem, para ensiná-la. Para estas mulheres, a dificuldade dos homens para procurar a ajuda de serviços de saúde está intimamente relacionada ao que entendem como “ser homem”. Neste caso ser homem está associado à invulnerabilidade, força e virilidade, características incompatíveis com a demonstração de sinais de fraqueza, medo, ansiedade e insegurança. Tais dificuldades incidem nas mulheres, expostas a uma vulnerabilidade ainda maior.

c) a **simbologia** construída em torno da camisinha, no contexto da AIDS, que ilustra os significados atribuídos à sexualidade – o tabu e a coisificação do sexo. Neste caso o uso da camisinha pode significar vergonha, pois é confessar aos outros, os adultos, sobretudo, que é sexualmente ativo, numa sociedade onde ainda é grande o tabu em torno da sexualidade. E quando a camisinha é solicitada no casamento estável gera também desconfiança, constrangimento e medo de desagradar o parceiro. Logo o uso do preservativo não faz sentido, pois a relação sexual, quando ocorre, é considerada sem risco, uma vez que o parceiro é conhecido e confiável. Nas primeiras relações sexuais, ou mesmo nas relações iniciais, é praticamente frequente, por parte das mulheres, exigir-se o uso da camisinha, mas, após um tempo considerável supostamente de confiança conquistada, é comum e por unanimidade que os parceiros dispensem o preservativo. Para o indivíduo, principalmente o jovem, em busca do amor, a confiança é um pressuposto, e neste caso, a camisinha pode ser compreendida e significar a situação preestabelecida de traição e/ou falta de confiança. Neste caso, segundo Paiva, o amor e a prevenção à AIDS são contraditórios, isto é, se proteger da AIDS é ver no



outro um risco eventual, é desconfiar do outro. O sentimento amoroso é indissociável da confiança e da cumplicidade. O afeto está acima do discurso racional sobre o risco de se infectar numa relação sexual desprotegida. Portanto, o desejo e o prazer supõem autorrenúncia, a partir da qual o indivíduo se entrega ao outro. Geralmente, nesta circunstância, o discurso da prevenção se contrapõe (PAIVA, 1994). De acordo com Ávila, a sexualidade baseada nessa concepção de amor romântico – que subentende encontro, encantamento, paixão, entrega física e emocional ao outro, mas também e talvez por isso mesmo, renúncia, sofrimento e desigualdade – tem sido uma característica das mulheres, dado que os elementos referidos são constitutivos do feminino no espaço social. Todavia, esse comportamento feminino se traduz na dificuldade das mulheres implementarem medidas de prevenção. Isso pode ocasionar processos de adoecimento que acabam por se tornar uma realidade dolorosa em suas vidas (ÁVILA, 1999).

d) **as representações sociais** elaboradas para pensar a epidemia e a possibilidade de prevenção como forma de resignificar os objetivos particulares relacionados à sexualidade. Este fator é o que tece e formata predominantemente o modelo infeccionista da epidemia de HIV/AIDS, partindo da idéia de que todo contato constitui risco. O contato físico é acompanhado pelo tabu entorno do sexo, associando sexualidade à impureza, promiscuidade (sexo proibido, não aceito socialmente). Esse modelo foi bastante forte e sustenta o imaginário da sociedade, influenciando atitudes de discriminação e até de exclusão, numerosas no início da epidemia, mas que atualmente ainda persistem. É nessas condições que o jovem é levado a se fechar sobre si mesmo, evitando contatos sexuais, percebidos como ameaça potencial à sua integridade física, ou que surge a tendência ao fatalismo, crença de que se algo tiver que acontecer, vai acontecer de qualquer maneira, independentemente do que possa ser feito. Por conseguinte, parece que as resignificações de objetivos particulares são expedidas segundo a conjuntura do contágio, mergulhadas na busca por culpados pela contaminação, em todos os casos via relações sexuais, quase sempre dentro de relacionamentos estáveis. Difunde-se o medo do sexo proibido e o medo da contaminação, o que apenas prova que a população sabe da existência da AIDS, porém, não é consciente dos fatores acima mencionados.

#### Plano programático ou institucional

Neste plano destacam-se elementos que configuram programas e atividades voltadas para combater a epidemia.

O discurso preventivo programático contém, dentro de si mesmo, seus próprios paradoxos e contradições, o que igualmente demanda avaliações e reformulações constantes. Segundo Fabre (1991), este discurso incorpora, na maioria das vezes, uma lógica probabilística que pressupõe uma racionalidade das pessoas acreditando na sua validade em todas as circunstâncias como que sendo capazes de operar escolhas coerentes nas suas relações amorosas e sexuais, e de controlar a disposição ou entusiasmo amoroso para o uso de preservativo. Tal prelação parte, também, da visão individualista do social, como que a prevenção dependeria somente da responsabilidade individual, da aplicação de uma técnica simples e eficaz (uso do preservativo) e a sexualidade apareceria como uma prática cujos riscos são assumidos na dimensão individual. Deixa-se de lado a dimensão social da sexualidade e do risco que se manifesta através dos múltiplos determinantes dos encontros afetivos e sexuais.

Geralmente, o discurso preventivo programático tende a expressar a coletividade do risco, com o intuito de fazer com que todos os sujeitos/indivíduos se mobilizem como responsáveis pela sua prevenção. Suscitam-se categorias de generalização e de implicação pessoal sobre a possibilidade de infecção pelo HIV, podendo ser explicitada a aproximação ou afastamento do risco. É um discurso que pelo seu caráter banaliza o risco, o que implica em: primeiro incutir na mente do sujeito e de todos, sem exceção, a iminência de infecção pelo HIV, na esperança de assim abandonar a idéia inicialmente divulgada da epidemia de HIV/AIDS como um problema apenas dos grupos de risco. Em segundo lugar, implica na desculpabilização em relação à AIDS, ou seja, ninguém poderá ser punido (marginalizado ou rotulado), pela sociedade, devido ao seu estado soropositivo, para que o indivíduo se sinta e seja livre e a AIDS seja vista como uma doença comum, apesar dos riscos que acarreta. E por ultimo, este discurso preventivo pode implicar num insucesso, devido ao seu caráter generalizante, isto é, sem impactos significativos para o alvo pretendido. Os contratemplos da generalização consistem em minimizar o risco, pois se o risco é igualmente de todos, ele não é de ninguém. Ou seja, deveriam ficar preocupados e atentos os menos expostos (os que não se incluem no grupo de riscos ou que não reconhecem nenhum comportamento de risco nas suas práticas sociais) e os mais expostos sob imaginários de que não estão mais expostos do que os outros.

Esses tipos de discurso prontos, usados como modelo e generalizadores, nem sempre são incorporados pelo grupo alvo. Entre os jovens, por exemplo, que estão tendo suas primeiras experiências sexuais, o risco de infectar-se pelo HIV pode ser irrelevante, pois a preocupação do momento é de seduzir o parceiro, desempenhar bem o papel, não mostrar

timidez ou inexperiência, se sentir amado, desejado, admirado, entre outras coisas. Na verdade, tais discursos resultam das diversidades culturais que tornam complexas as manifestações sociais. É nesse contexto que as representações dos jovens são elaboradas e categorizadas conforme seu conteúdo. E cada categoria temática expressa uma determinada atitude, com respectivos graus de aproximação ou de afastamento em relação ao risco da HIV/AIDS.

Como se pode perceber, além da generalização, os discursos de prevenção, na perspectiva da epidemia de AIDS carecem de explicações, uma vez que sua linguagem tende a camuflar o real problema da epidemia. Além de generalizadores, os discursos apontam para aspectos negativos da doença, sinalizando uma menor distância do sujeito, uma vez que são mobilizados alguns sentimentos ou formuladas algumas tentativas de explicação de caráter mítico-religioso ou moral para a epidemia, visando responsabilizar ou culpabilizar determinados grupos sociais, rotulados arbitrariamente de “grupos de risco.” Isso fez/faz com que o risco fosse/seja distanciado, pois apenas estava/está no outro. Não obstante, quando o indivíduo vivencia situações que lhe provocam medo ou quando reconhece o risco, duas instâncias podem ser observadas: a aproximação (ligada a aspectos subjetivos, tais como amor, forte atração sexual, confiança, etc.), na qual o indivíduo conhece o risco, mas este lhe passa despercebido ou afastamento (quando o sentimento de medo é muito forte), na qual o indivíduo conhece e percebe o risco.

Vale salientar que existem fatores, nos programas de combate à AIDS, que não têm intrinsecamente a ver com a epidemia, tais como a discriminação, seja de jovens ou de outras categorias sociais e o conservadorismo. No caso do conservadorismo, que consiste na proibição e repressão da sexualidade dos jovens, a prática sexual mesmo assim tende a acontecer, com as devidas consequências decorrentes da maneira como que ela ocorre. Por vezes o jovem não dispõe de um lugar ou oportunidade para praticar sexo com tranquilidade e se vê numa situação premente, onde tudo acontece sem as necessárias precauções. Nestas circunstâncias, o preservativo pode ficar em segundo plano, para aqueles que pretendem viver intensamente o presente e aproveitar ao máximo todos os momentos da vida, sem um alerta próximo visível de uma possível contaminação, uma vez que se trata de um vírus que age a médio ou longo prazo. Em tais casos, mesmo que o jovem seja alvo de campanhas e disponha de preservativo, acaba dispensando a proteção.

Neste caso, problematizar a sexualidade é importante para compreender ou esclarecer as expressões das necessidades de saúde, articulando-as com as esferas da subjetividade, mentalidade, corpo, sexualidade e gênero, em intersecção com a saúde coletiva. Isso significa

que as pessoas se envolvem em um determinado contexto, podendo este envolvimento submetê-las, na concepção de Saúde Coletiva, ao risco ou à vulnerabilidade. Na concepção de Gagnon (2006) em relação ao papel exercido, no desenvolvimento dos roteiros relativos à coordenação do comportamento físico, pelo uso de preservativo (incluído nos roteiros como forma de prevenção contra ITS ou gravidez indesejada), nota-se que nem sempre os roteiros são efetivados do jeito como são culturalmente ou socialmente ensinados e apreendidos (são maleáveis).

“Duas concepções importantes decorrem dessa perspectiva. A primeira é que todos os comportamentos sociais são roteirizados. A segunda é que a sexualidade é mais do que um comportamento individual, e o que acontece na arena sexual de qualquer sociedade é consequência da cultura e da estrutura de oportunidade sexuais e não-sexuais existentes antes de qualquer indivíduo. Os roteiros sexuais existem, assim como todos os roteiros, nos níveis do individual, do interativo e do cultural. O desempenho de atos sexuais pauta-se por roteiros de todos os três níveis, e as mudanças potenciais da conduta sexual podem surgir de mudanças em qualquer nível de roteirização.” (GAGNON, 2006, p. 264-265)

E esses roteiros, na ótica da sexualidade como perigo, abarcam concepções morais e de risco que explicam o comportamento (o certo/o errado) orientando como um dito comportamento pode ser adotado ou modificado de uma situação para outra, ou seja, apresentam a opção de fazer uma determinada coisa e deixar de fazer outra, segundo a circunstância

“Quando as palavras *sexo* e *risco* são usadas em conjunto, como na expressão ‘sexo de risco’ elas evocam na mente da maioria das pessoas, visões confusas de indivíduos imprudentes, empenhados em práticas sexuais que expõem a si mesmos e outras pessoas ao risco de transmissão do HIV e de outros ITS (Infecções de Transmissão Sexual), casos de gravidez indesejada entre jovens solteiros e os contatos extraconjugais.” (GAGNON, 2006, p. 307)

Por um lado, a vulnerabilidade à infecção pelo HIV tem relação com os comportamentos individuais, principalmente os relacionados à sexualidade e identidade de gênero, uma vez que são padrões de vulnerabilidade experimentados por homens e mulheres de forma diferenciada, em decorrência dos processos de socialização vivenciados ao longo de suas vidas. Por outro lado, esta vulnerabilidade também tem a ver não apenas com o comportamento dos parceiros e com as condições sociais, que deveriam proporcionar acesso aos serviços de saúde, mas também com a existência de políticas públicas eficazes. Uma vez que o fenômeno da AIDS está ligado às práticas e respectivos papéis sexuais, o papel da sexualidade na prevenção da AIDS assume um interesse particular, quando se considera a

adolescência/juventude, pois é nesta etapa da vida que ocorre a iniciação sexual, como observa Gagnon (2006):

“Acredita-se que [...] o sexo no grupo juvenil costuma ser visto com ambivalência, de modo mais raramente virtuoso, do crescimento juvenil. Problemas de saúde pública que chamam atenção à política e a ideologia no campo de prevenção de HIV e de gravidez concordam que os indivíduos com certas propensões são responsáveis. Neste caso, o risco não é a falta de precauções, mas da prática de sexo”. (p. 322)

Neste contexto, ao se pensar em programas de prevenção, também é importante lembrar que a vulnerabilidade à infecção pelo HIV extrapola o controle dos comportamentos individuais, principalmente aqueles relacionados à sexualidade e identidade de gênero, pois segundo Gagnon (2006)

“Os indivíduos incapazes de controlar seus impulsos sexuais, quer por serem pervertidos de algum modo (isto é, homossexuais), quer por simplesmente não serem instruídos quanto às técnicas apropriadas de continência [...], expõem-se ao risco de ser[em] condenado[s] à danação eterna e se tornam vulneráveis às doenças ou à gravidez. Na mentalidade popular e no *establishment* da saúde sexual trata-se da ação racional *versus* a ação irracional, enquanto que entre os conservadores religiosos, o problema é a questão da ação moral *versus* a ação imoral. Os dois grupos também concordam em que o ‘sexo’ é difícil de controlar e, muitas vezes, fica fora de controle, mas divergem [...] quanto a dizer se o sexo em si constitui um problema, ou é uma manifestação natural do desenvolvimento humano.” (p. 322).

De acordo com Spencer, não se pode perder a perspectiva de que características sociopolíticas, demográficas e culturais moldam as manifestações da epidemia, fazendo com que ela assuma as mais variadas expressões na população. O fenômeno da epidemia de HIV/AIDS está ligado às práticas sexuais e resulta dos papéis sexuais. Para ser compreendido, é necessário conhecer melhor o papel que a variável sexo desempenha na sua evolução, pois o sexo, além de indicar uma propriedade natural dos seres humanos, indica padrões psicossociais bastante diferentes quanto à sociabilidade dos indivíduos (SPENCER, 1993).

Para haver a possibilidade de um espaço propício de discussão de práticas sexuais seguras, segundo Parker e Galvão, é necessário o confronto com questões mais complexas, relacionadas a uma gama de representações sociais que permeia o exercício das diferentes sexualidades e que se encontra marcadamente presente nas inter-relações de gênero. Até os padrões sexuais são diferenciados no exercício da sexualidade feminina: a questão do diálogo no relacionamento afetivo ainda é um problema, pois há um tabu que impede discussões sobre assuntos relacionados ao sexo com o parceiro, principalmente sobre a contracepção e prevenção das ITS (infecções de transmissão sexual) (PARKER e GALVÃO, 1996). Segundo os autores, essa idéia se patenteia quando é preciso optar por usar ou não preservativo numa

relação estável, quando o critério de fidelidade faz com que a prevenção só seja necessária quando há evidência ou suspeitas de traição. Geralmente, pesa para a mulher a sua submissão diante do homem e até mesmo o fato de achar que conhecer o parceiro proporciona-lhe segurança e portanto a isenta da prevenção da HIV/AIDS.

Com isso pode-se verificar que é preciso criar meios que esclareçam as mulheres sobre os modos de prevenção femininos e mostrar que atualmente o sexo sem proteção pode trazer problemas irreversíveis para suas vidas, sendo a prevenção necessária a todos, independentemente de classe, cultura ou religião. É preciso problematizar a questão de submissão, passividade e alguns tabus impostos pela sociedade; divulgar melhor os meios de prevenção das DST/AIDS e aumentar o acesso das pessoas às políticas de prevenção existentes, o que significa e representa a presença de questões para se pensar a participação da mulher na epidemia da AIDS, propiciando uma nova leitura e um melhor entendimento dos fatos que podem estar relacionados com o crescente aumento do número de mulheres infectadas pelo HIV. E explicitar segurança como representação das práticas sexuais é um passo importante para as ações de prevenção da infecção/reinfecção por doenças sexualmente transmissíveis, em particular, pela HIV/AIDS. Entretanto, é preciso não perder a perspectiva de que a eficácia de medidas preventivas depende diretamente da ação de homens e mulheres em seus quotidianos, o que não é tão fácil ou simples, principalmente porque implica em mudança de hábitos, representações e atitudes que estão na esfera privada. (PARKER e GALVÃO, 1996)

Segundo Parker *et al*, (2000), a complexidade dos processos econômicos e sociais dão forma à epidemia de HIV/AIDS,

“além da crescente conscientização de que a epidemia de HIV/AIDS não pode ser tratada simplesmente como uma situação de emergência a curto prazo mas, ao contrário deve ser percebida como um desafio a longo prazo para os sistemas públicos de saúde, ainda mais difícil de enfrentar exatamente porque desmascara formas de desigualdade social que tanto os governos como alguns setores da sociedade civil prefeririam ignorar ou mesmo esconder”. (PARKER et al, 2000)

Neste caso, é de extrema importância a formação de alianças eficientes e capazes de sustentar uma resposta a longo prazo à HIV/AIDS e suas causas subjacentes, o que não tem sido tão fácil, particularmente na América Latina. Nesta parte do continente, o número de casos é relativamente menor quando comparado com os da África e a Ásia, devido, em parte, à falta de atenção dos doadores internacionais e dos responsáveis políticos locais na ação da resposta da epidemia de HIV/AIDS. (PARKER, VERIANO Jr., RAXACH, 2000).

Diversas pesquisas nacionais, com diferentes populações de jovens, mostram que apenas um número muito pequeno apresenta mudança de comportamento, visando a prevenção da AIDS, principalmente quanto ao uso do preservativo. Não obstante, também ocorre em outras faixas etárias, a não ser em populações específicas, como os profissionais do sexo, que recebem informações e apoio permanentes, através dos movimentos GLBTT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transgêneros). Já se sabe que, apesar de necessária, a informação não leva automaticamente à mudança de comportamento. É neste aspecto que se concebe a idéia de “risco” (quando se conhece o problema, mas não se percebe) sendo mais exata sua definição como probabilidade de perigos, fatalidades e “vulnerabilidade”, que se explicam através da delimitação do campo mais frágil, dentro do qual alguém pode se tornar vulnerável, ou seja, sofrer uma invasão a partir de determinado ponto. Porém, tanto “risco” quanto “vulnerabilidade” podem ser consequências do risco assumido ou da exposição a circunstâncias que levem a danos e sofrimentos.

Entre as duas concepções cabe agregar o termo “susceptibilidade”, que aponta em direção à tendência de advir uma influência ou contaminação levando à aquisição de enfermidades articuladas com as vivências dos indivíduos inseridos no contexto social. O avanço apontado por alguns estudiosos demonstra que a “vulnerabilidade” enquanto conceito explicativo e operativo no campo da prevenção às DST/AIDS é mais adequado, pois o foco não se restringe apenas ao indivíduo com seus limites e possibilidades, mas se estende também à complexidade das relações sociais em termos políticos, econômicos, sociais e culturais, como foi observado por Parker e Camargo Jr., (2000). A construção teórica sobre vulnerabilidade proposta por Mann; Tarantola (1993) e por Ayres *et al.* (1999); e a Teoria das Representações Sociais de Moscovici (1961), por sua importância na análise de aspectos psico-sócio-culturais permeiam o processo saúde/doença e suas práticas sociais, assim como dos atos de comunicação social e dos fenômenos coletivos que contribuem para a formação de condutas e, mais precisamente, das regras que regem o pensamento social.

As representações sociais, de acordo com Moscovici (1978), permitem aos sujeitos uma orientação diante de um objeto que é socialmente relevante, constituindo-se em uma forma especial de conhecimento compartilhado no seu grupo de pertença ou como uma categoria socialmente elaborada e dirigida à vida prática. Portanto, estudá-las é considerar que os seres humanos pensam e não apenas manipulam informações ou agem sem explicações. Estas concepções são consideradas pelo autor como verdadeiras teorias do senso comum, conformadas a partir de um conjunto de conceitos e afirmações, ou seja, ciências coletivas pelas quais se procede à interpretação e à construção das realidades sociais. Por estas

características, e por ser capaz de identificar vários aspectos importantes envolvidos na vulnerabilidade de gênero, nas vivências psicossociais dos/das jovens, como fenômenos de produção de conhecimentos de sujeitos sociais particulares, a Teoria das Representações Sociais pode ser levada em consideração ao se elaborar um plano de intervenção, neste caso de prevenção à epidemia de HIV/AIDS.

Contudo, a intervenção em resposta à HIV/AIDS dependerá não apenas das ações técnicas da saúde pública, mas da capacidade de contribuir para transformações sociais progressistas, num mundo em que as transformações mais amplas parecem frequentemente estar caminhando na direção oposta. Na sociedade atual, a doença continua sendo um tabu, sobretudo quando se trata de uma população jovem para a qual estão presentes as convicções de que a juventude se reveste de padrões relacionados à vida, saúde, beleza, jovialidade, longevidade e atividade, entre outros. Conjecturar sobre a possibilidade de contrair a AIDS torna-se uma negação destas concepções e se traduz em sofrimento por tentar a presciência do seu próprio adoecimento ou de alguém próximo.

A AIDS não é apenas um fenômeno biológico, mas envolve múltiplas dimensões da vida social e necessita, portanto, da elaboração de constantes representações sociais que dêem conta de explicá-la e inseri-la na ordem cultural.

No âmbito da sociedade, a AIDS está transformando as visões de sexualidade, comportamento sexual, procriação e intensificando as preocupações quanto aos direitos humanos. No âmbito do indivíduo e da família, a AIDS está complicando os relacionamentos sexuais e ameaçando a capacidade de conceber e gerar filhos de forma segura. A epidemia inscrita em um contexto de vulnerabilidade que determina processos de exploração, subemprego e violência domiciliar, a mulher é, no momento, a vítima mais recorrente no âmbito da saúde coletiva. Compreendendo a grande importância dos significados envolvidos no processo de feminização da epidemia de AIDS podem ser visualizados outros elementos subjacentes ao processo de vulnerabilidade feminina à HIV/AIDS.

Por exemplo, a relação de poder entre homens e mulheres é fundamental para a prevenção da HIV/AIDS. Pois esta relação consiste na dominação/subordinação e está amparada pelo circuito de significados e símbolos das identidades feminina e masculina que levam a uma visão sexuada dos fundamentos e da organização da sociedade ancorados na divisão sexual do trabalho, o que aponta para práticas sociais diferenciadas segundo o sexo (KERGOAT, 1986). As formas naturalizadas de papéis de gênero ressaltam as funções de provedor no homem e cuidados domésticos na mulher. O “fetiche” da dominação masculina nas relações de gênero dá um *status* de dependência à mulher, apontando para alguns



elementos da vulnerabilidade feminina. O cuidado doméstico passa a constituir uma dupla jornada, em que a mulher acumula encargos inscritos em uma lógica especializada referente às questões técnicas da manutenção da família, quando fornece subsídios para a manutenção do trabalho do provedor no âmbito externo do lar. Neste contexto, a existência da mulher fica pautada no “ser para o outro”, e ainda quando é portadora do HIV, constitui-se na responsável pelo cuidado de seus familiares também adoecidos.

A evidência de uma grande vulnerabilidade ao HIV indicou a naturalização dos papéis de gênero, em um sistema desigual de poder, como um elemento que atribui visibilidade às formas e condições da mulher sustentar sua luta pelas condições de saúde reprodutiva e seus direitos civis. Segundo Parker e Galvão, o impacto das informações sobre o conhecimento, atitudes e práticas, por si só, é relativamente limitado para estimular a mudança de comportamento desejada pelos programas de combate a AIDS. De modo geral, as ações implementadas assumem a teoria da escolha racional, com base na qual se acredita que a disposição de informação adequada sobre o risco de infecção pelo HIV/AIDS, veiculadas através da persuasão argumentada bastaria, por si só, para estimular o processo decisório racional que acabaria por conduzir a uma mudança de comportamento e, conseqüentemente a uma significativa redução do risco de infecção. No geral há falta de cosmologias e rituais comuns que interpretem a desordem, o mal, o infortúnio e a doença. (PARKER e GALVÃO, 1996)

É preciso estar mais atento, como recomenda Parker e Camargo Jr., aos “*locus* da violência estrutural”, pois é exatamente por essas vias que uma sociedade democrática se configura, mesmo que se pregue a liberdade e igualdade dos cidadãos, “não garante a todos o pleno acesso a seus direitos”. Pelo que se lamenta, o resultado que surge de uma sociedade dessa natureza, onde se pode constatar um processo seletivo “que tem o poder de decidir quais os cidadãos que desfrutarão do bem-estar social e os que se incorporarão à grande massa de excluídos.” (PARKER E CAMARGO Jr., 2000)

Como foi sinalizado até agora, há evidência de uma grande vulnerabilidade ao HIV com a naturalização dos papéis de gênero, em um sistema desigual de poder. Pois, segundo estudos de Foucault revelam-se as razões pelas quais a sexualidade, longe de ser reprimida na sociedade contemporânea está, ao contrário, sendo suscitada. Neste caso, o dispositivo da sexualidade, no contexto da epidemia de HIV/AIDS, deve ser pensado a partir das técnicas de poder que lhe são contemporâneas. Ao centrar a história da sexualidade nos mecanismos da repressão, Foucault considera duas rupturas: a que ocorreu no decorrer do século XVIII - nascimento das grandes proibições, valorização exclusiva da sexualidade adulta e

matrimonial, imperativos de decência, esquiva obrigatória do corpo, contenção e pudores imperativos da linguagem; e a que ocorreu no século XX, momento em que os mecanismos da repressão teriam começado a ser mais tolerantes com as repreensões sexuais. Neste caso, três eixos devem ser observados em relação a sexualidade nas sociedades modernas: a veiculação de informações que a ela se referem; os sistemas de poder que censuram as respectivas práticas e as formas pelas quais os indivíduos podem e devem se reconhecer como sujeitos/indivíduos/atores dessa sexualidade. (FOUCAULT, 1988, p. 109)

#### **4. JUSTIFICATIVA**

A hipótese é que há mudanças e desigualdades na razão de sexo em diferentes condições sociodemográficas e do ponto de vista geracional. Em razão disso, este trabalho justifica-se pela necessidade de analisar as mudanças na razão de sexo, produzindo informações importantes para o planejamento de uma nova política de prevenção e tratamento da AIDS, que leve em consideração a vulnerabilidade da população feminina.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 Geral**

O estudo tem como objetivo principal analisar diferenças históricas, espaciais e sociais da razão de sexo e idade na população internada pelo SUS em consequência da infecção pelo HIV no período de 1998 a 2009.

### **4.2 Específicos**

- Estimar a razão de sexo da população internada pelo SUS em consequência da infecção por HIV, categorizada por grupo etário, Unidades da Federação, Microrregiões e ano de internação. Uma análise espacial também contemplará com destaque as regiões de portos, fronteiras, principais rodovias e litoral.
- Analisar o histórico da razão de sexo da população internada pelo SUS em consequência da infecção por HIV no período de 1998 a 2009.
- Estimar a associação de algumas condições sociodemográficas com a razão de sexo da população internada pelo SUS em consequência da infecção por HIV, através de análise estatística de correlação e regressão.

## 5. METODOLOGIA

A pesquisa se constitui em um estudo descritivo e ecológico das diferenças históricas, espaciais e por grupos de idade na Razão de Sexo (RzS).

### 5.1. Mudanças na Razão de Sexo da morbidade hospitalar do SUS (RzSMH) entre 1998 e 2009.

Como forma de organizar dados e gerar informações construiu-se gráficos e mapas por triênios com estimativas (da RzSMH) por Grandes Regiões e Unidades da Federação para os seguintes grupos etários: 15 a 49 anos de idade. A disseminação espacial da epidemia de AIDS segundo as características dos municípios foi visualizada conforme mapas temáticos construídos por meio do TabWin. A escolha dessa faixa etária justifica-se pelo fato de concentrar maior número de casos internados no SUS em decorrência de HIV/AIDS (ver tabela em anexo), além de ser uma faixa etária com idade reprodutiva.

### 5.2. Estudo socioecológico:

Neste estudo foi feita análise de Regressão Linear Múltipla<sup>13</sup> (RLM – estudo socioecológico) e descrição das unidades de análise e das variáveis que compõem o Modelo de Regressão Linear Múltipla.

Modelo de Regressão:

$$Y_i = \alpha + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_i x_i + \epsilon_i$$

Onde:

$Y$  - Variável explicada (dependente); é o valor que se quer atingir;

$i$  -  $i$ -ésima vezes

---

<sup>13</sup> Regressão múltipla é a análise de regressão com mais do que uma variável independente. Esta análise difere da simples em números de variáveis independentes incluídas no modelo. Na regressão múltipla pode-se usar simultaneamente, duas ou mais variáveis independentes enquanto na simples apenas uma de cada vez para explicarem as variações da variável dependente.

$\alpha$  - É uma constante, que representa a interceptação da reta com o eixo vertical;

$\beta$  - É outra constante, que representa o declive da reta;

$X$  - Variável explicativa (independente) representa o fator explicativo na equação;

$c$  - Erro aleatório associado à variável  $Y$  na repetição

Foram considerados todos os casos internados com idade compreendida entre 15 a 49 anos e dos que apresentam mais que essa idade, compreendendo internações do período de 1998 a 2009. Foram estratificados e analisados dados gerados nas microrregiões (como unidades de análise) a fim de homogeneizar as informações dentro de cada estrato com dados do Censo 2000<sup>14</sup>. O modelo de regressão linear múltipla estima a relação entre a variável dependente e as variáveis independentes. Este modelo foi usado para analisar as seguintes variáveis dependentes: RzSMH: a razão de sexo da população internada por infecção por HIV no sistema SUS (SIH-SUS nos triênios 1999 a 2001 (ao redor do Censo 2000) e 1998 a 2009.

As variáveis independentes foram representadas pelos seguintes indicadores (fatores de vulnerabilidade): a) percentagem da população rural residente na região (RURAL100); b) tamanho da população da microrregião, para testar se o tamanho da população está associado à razão de sexo por HIV (POPULACA) e percentagem da população de 15 a 49 anos de idade não alfabetizada (NAO\_ALFA).

### 5.3 Fontes de dados

O presente estudo fez o uso dos dados dos Sistemas de Informações do Ministério da Saúde (Sistema de Informações Hospitalares do SUS-SIH/SUS - DATASUS/MS), como fonte de informações para os casos de AIDS.

#### 5.3.1 Que fonte de dados é este?

Segundo Moraes (1994) os dados constituem uma descrição limitada do real. Desvinculados de um referencial explicativo são difíceis de serem utilizadas como informação, por ser ininteligível. A partir da combinação dos dados, podem-se gerar informações, que

---

<sup>14</sup> Poderia se ter como referência o censo 2010, mas devido a não disponibilidade na sua íntegra até o momento conclusivo da elaboração do trabalho teve-se como referência o Censo 2000.

consiste numa descrição mais completa do real associada a um referencial explicativo sistemático, permitindo elaborar uma interpretação. Desta forma, informação define-se como o produto obtido a partir da combinação de dados, da avaliação e do juízo que é feito sobre determinada situação.

O uso de dados dos Sistemas Nacionais de Informação de Saúde (SNIS) apresentou um aumento significativo a partir de meados da década de 1990, principalmente ao Sistema de Informação sobre Mortalidade. Os SNIS, estruturados como instrumento para adquirir, organizar e analisar os dados, têm sido utilizados pela epidemiologia sob diversas facetas, seja para o diagnóstico da situação de saúde, como também para a avaliação das ações e do impacto das políticas públicas no estado de saúde da população. Algumas tinham como objetivos descrevê-lo, analisá-los e extrair indicadores para a avaliação das condições de saúde, planejamento de ações, para controle social e administrativo, auditoria dos prestadores e gestores, assim como para avaliar a própria qualidade e fidedignidade das informações. Moraes (1994) em seu estudo destaca, entorno de início de 1990, a existência da fragmentação de dados, mas ao mesmo tempo revela a riqueza de informações existentes, mas pouco exploradas.

Em 1991, com vistas à implantação do SUS, o SIH, que outrora se apresenta sob várias denominações (Sistema Nacional de Controle de Pagamentos de Contas Hospitalares - SNCPCCH, Sistema de Assistência Médico Hospitalar da Previdência Social-SAMPHPS) passou a ser designado de, a atual, SIH (LEVCOVITZ e PEREIRA, 1993). Anteriormente, a assistência médica estava a cargo do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Com a Constituição de 1988, o INAMPS migra para o Ministério da Saúde em 1990 (Lei 8.028, de 12/04/1990), a promulgação de Lei Orgânica da Saúde (LOS) 8.080, de 19/09/1990 e a Lei 8.142, de 28/12/1990. A partir dessas é configurado um novo arcabouço legal para a saúde no Brasil, incluindo-se aí, certamente, a assistência hospitalar. No entanto, segundo Levcovitz (2001), as duas leis não são capazes de determinar e concretamente o financiamento do SUS, seja “quanto aos montantes ao setor, nem quanto aos critérios, mecanismos e fluxos financeiros intergovernamentais”. E com isso, todo o acervo de informações e valores do SAMHPS passou a compor a base do SIH/SUS (BRASIL, 1998). O desenvolvimento deste sistema tinha/tem como objetivo principal organizar o processo de remuneração das internações hospitalares financiadas pelo SUS. Estas informações comportam uma grande base de dados, abrangendo todas as atividades do setor, seja da rede hospitalar pública, seja da rede privada ou filantrópica, conveniada com o SUS.

Outros objetivos importantes do SIH-SUS são: Proporcionar o conhecimento do custo da hospitalização, tempo de permanência e evolução; Possibilitar o conhecimento dos indivíduos hospitalizados, quanto aos aspectos clínicos e epidemiológicos; Servir de base para o planejamento e adoção de ações específicas voltadas à organização de serviços e controle de doenças.

Desde a criação do SUS e o conseqüente processo de migração da assistência à saúde do Ministério da Previdência Social para o âmbito do Ministério da Saúde, durante os anos de 1990 e 1991, são incorporados a este, também, os sistemas de informação operados pela Dataprev. São informações referentes a essa atividade, principalmente, o SAMHPS e/o SIH/SUS.

Existem várias outras bases de dados como as do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e as do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). No entanto para este estudo serão utilizados dados de SNIS obtidos pelo SIH-SUS. Para entender a constituição do SIH é importante descrevê-lo. Esse sistema começou a ser constituído na década de 1970, implantando com propósito de controlar o pagamento dos serviços prestados pelos hospitais contratados como foi apresentado acima.

O processo de obtenção de informações que compõe este banco de dado utiliza como principal instrumento, o formulário da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), distribuída mensalmente às Secretarias Estaduais de Saúde, de acordo com o quantitativo estipulado para o Estado, que desde 1995 é o equivalente a 9% da população residente em um ano, estimada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Este instrumento apresenta diversos modelos entre eles a AIH1<sup>15</sup>, que dispõe de dados de identificação do paciente, registro do conjunto de procedimentos médicos e serviços de diagnose e terapia realizados; e a AIH5<sup>16</sup>, que dispõe de dados referentes a pacientes crônicos ou psiquiátricos que necessitam de continuidade no tratamento. Para efeitos de análise do perfil de internações hospitalares, usa-se a AIH1. Este sistema permite o diagnóstico da produção de serviços (AIH), o diagnóstico da rede hospitalar (Cadastro Hospitalar), da rede

---

<sup>15</sup> “AIH IDENTIFICAÇÃO 1 - MEIO MAGNÉTICO. A AIH é o documento hábil para identificar o paciente e os serviços prestados sob-regime de internação hospitalar e fornecer informações para o gerenciamento do Sistema.” (ver Brasil, 2005).

<sup>16</sup> “AIH DE IDENTIFICAÇÃO 5 - LONGA PERMANÊNCIA. É utilizado para identificar casos de longa permanência do paciente nas especialidades de Psiquiatria, Pacientes sob Cuidados Prolongados e Assistência Domiciliar Geriátrica. Após autorizada a permanência do paciente pelo Órgão Gestor, o hospital deverá emitir a AIH-5, que receberá a mesma numeração da AIH-7 que deu origem à internação. A AIH-5 deverá ser anexada ao prontuário médico.” (ver Brasil, 2005)

terceirizada (Cadastro de Terceiros) e a morbidade hospitalar, embora esta última seja pouco utilizada. (BRASIL, 1998)

O processo de organização de informação passou por fases evolutivas começando pelo arquivamento de informação em papel à informatização. A AIH em papel era checada pelos gestores e as erradas eram rejeitadas, mas se passasse despercebidos, aos olhos de gestores, eram corrigidas pelo Órgão Gestor. Por erro do Hospital - serão devolvidas ao Hospital com listagem de erros. E AIH em meio magnético são validados nos órgãos receptores definidos pelo SUS em cada Unidade da Federação e encaminhados para processamento no DATASUS. Os meios magnéticos invalidados serão devolvidos ao hospital para correção. Independente da forma de apresentação da AIH, com estabelecimento de prazos de entrega definidos em cronograma anual divulgado ao fim de cada exercício.

#### 5.3.1.1 DATASUS: Informatização dos dados

A criação do Departamento de Informática – DATASUS - implicou em investimentos para informatização plena do sistema. A partir de 1994, a AIH foi implantada em disquete, sendo eliminado o formulário impresso, em papel, pré-numerado. O retorno dos dados gerados em cada hospital conveniado com o SUS permitiu, em 1995, a elaboração de uma série de aplicativos como o Programa de Gestão Financeira (PGF) e sistema de gerenciamento da AIH (SGAIH) que possibilitaram aos gestores um maior controle e avaliação dos serviços prestados.

A mudança do meio de coleta, de papel para disquete, significou uma evolução na organização de dados e ampliou grandemente sua utilização, como sistema de informação, que desencadeou um processo de recuperação da utilização do método epidemiológico como um dos fundamentos do planejamento, em confronto com a forte conotação de sistema de pagamento. O meio magnético muito contribuiu para a qualidade dos dados. A utilização de parâmetros de aceitação na digitação do código de diagnóstico reduziu o número de inconsistências. Essa avaliação tem levado ao estabelecimento de rotinas que permitam identificar as AIH com problemas e providenciar sua correção antes do encaminhamento para processamento, aumentando a confiabilidade das informações geradas a partir dessa base de dados. (MOREIRA, 1995)



### 5.3.1.2 As viabilidades e limitações dos dados originários da SIH

Vale ressaltar, quanto à avaliação da cobertura do SIH, que este sistema contempla as internações realizadas na rede pública e privadas conveniada com o SUS. Essa integração de redes hospitalares, não é só para atender questões organizacionais do sistema como também observar a questão de regulação, da participação da rede suplementar, da mudança do perfil da assistência entre outras. Apesar disto, segundo Levcovitz e Pereira (1993) a cobertura chega a 80% do universo de internações hospitalares ocorridas na população brasileira, variando em função dos níveis de complexidade dos procedimentos realizados. As estatísticas de morbidade hospitalar apresentam restrições seletivas como fornecimento de informações a respeito das doenças que exigiram hospitalização e parciais como pessoas que precisam de hospitalizações, mas, por algum motivo, não se internam. E o estudo Write (1962), realizado nos Estados Unidos e Grã-Bretanha, observa que em uma população de adultos, cerca de 75% deles relatam episódios de doença, por mês. Entre os que referem doença, 33% procuram médico e 3,6% destes são hospitalizados. No Brasil, segundo Carvalho (1998), cerca de 9% da população é internada durante o ano, levando a estabelecer este percentual como teto para distribuição das internações hospitalares. Na concepção de Travassos (1996) os maiores problemas identificados no SIH continuam sendo aqueles relacionados ao registro da morbidade, decorrente da precariedade das informações anotadas nos prontuários e ao processo de codificação. Outro problema é que o sistema não identifica reinternações e transferências de outros hospitais, o que possibilita a contagem dupla de um mesmo paciente.

Pesquisa de Buss (1993) revelou que as internações no Brasil com base no SIH cresceram de 6,97 por 100 habitantes, em 1984, para 9,29%, em 1991. Este crescimento deve-se, principalmente, à inclusão dos hospitais universitários, em 1987, e dos hospitais públicos, em 1989. Nessa avaliação, estas taxas, quando analisadas por Região, em 1989, situava o Norte com 10,94% e o Sul com 14,83%, demonstrando uma diferença de 35% entre as duas Regiões, justificada pela oferta desigual de leitos hospitalares. No entanto quanto as limitações, o SIH, tanto em sua operação como no conteúdo de sua base de dados, é, desde sua concepção, intensamente influenciado pelas políticas públicas, principalmente as de atenção à saúde, seja as definidas pelas normas operacionais básicas e de assistência à Saúde como os incentivos ou contraincentivos a determinadas práticas. E as alterações operacionais podem introduzir a fragmentação e vieses nas informações tornando-as não explícitas, provocando eventuais imprecisões ou mesmo distorções nos resultados da extração de dados do sistema. Mas segundo o autor SIH apresenta um potencial como instrumento de definição

de prioridades políticas, ou seja, pode subsidiar a tomada de decisão, possibilitando uma melhor adequação das políticas às necessidades de serviços de saúde para a população. Neste contexto, explora variáveis da assistência hospitalar, no período de 1984 a 1991, contemplando a distribuição da oferta de atenção hospitalar no país e a produção de serviços com seus custos no interior do SUS.

No Brasil, são poucos os estudos que investigam a confiabilidade dos dados produzidos no SIH/SUS. Desses, os que demonstram averiguação com divulgação nacional foram os de Lebrão (1974) que focalizou a variável diagnóstico principal nas informações hospitalares do Estado de São Paulo, e de Veras & Martins (1994) que avaliou confiabilidade dos dados da AIH no Estado do Rio de Janeiro. Destaca-se que o momento em que estes estudos foram desenvolvidos não reflete o SIH/SUS com maior extensão de rede, tratando-se, portanto, de um período anterior ao SUS, onde a rede pública restringia-se à rede contratada pela Previdência Social. Mesmo assim, a análise de Veras & Martins (1994) sobre a confiabilidade dos dados do SIH/SUS, em pesquisa realizada sobre os dados de internações hospitalares em 1986, no Rio de Janeiro demonstrar serem confiáveis. Segundo as autoras, de maneira geral, os resultados “indicam que a qualidade das informações disponíveis no banco de dados constituído pelos dados anotados nos formulários AIH era, de alguma forma, melhor do que a qualidade corriqueiramente imputada a esse banco de dados”. No entanto, problemas de qualidade não estavam totalmente ausentes e podiam inviabilizar o uso de algumas variáveis e restringem o uso de outras, indicando a necessidade de adotar medidas para o seu aprimoramento.

Ainda sobre limitações dos dados de SIH, Veras e Martins (1994) detectaram, também, uma baixa confiabilidade dos dados em relação ao diagnóstico principal, embora haja melhoria quando se aumenta o nível de agregação, isto é, quando se usa de três dígitos ao invés de quatro, e aos serviços auxiliares de diagnóstico, terapêutico e uma alta confiabilidade nas variáveis referentes ao procedimento realizado, óbito - exceto para mortes perinatais - e transferência. Outros elementos limitadores para Carvalho (1997) é o fato de que o sistema não seja universal, pois representa apenas as internações realizadas na rede pública de serviços, embora, no caso brasileiro, represente 70% a 80% do total das internações realizadas no país; os dados disponíveis estão susceptíveis a vieses, mesmo com as estratégias de críticas a partir de programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde; não permite correções posteriores à realização do pagamento, visto que ele é feito a partir de faturas de serviços prestados; e, por fim, não identificam reinternações e transferências de outros hospitais, dando margem a duplas e triplas contagens de um mesmo paciente.

Mesmo apresentando estes problemas, o SIH continua sendo um sistema de grande importância para estudar o perfil das internações hospitalares e contribuir como fonte notificadora para vigilância epidemiológica, principalmente pela sua agilidade (LESSA et al, 2000). Em outros estudos, Carvalho (1997a,b), com descrição mais ampla dos sistemas nacionais de informações de saúde, discutindo suas possibilidades de uso na alocação de recursos numa circunstância em que os SNIS já estavam mais desenvolvidos e disseminados. Entretanto, Carvalho (1997) destaca a potencialidade da base de dados do SIH, tendo em vista o montante de variáveis de que dispõe e a agilidade que apresenta. Os dados por ele aportados tornam-se disponíveis aos gestores em menos de um mês e, na Internet, o consolidado Brasil nunca apresenta atraso maior que dois meses, além de serem úteis à vigilância epidemiológica, à avaliação e controle das ações. Além de Veras & Martins (1994) e Carvalho (1997), Baldijão, (1992), Almeida, (1996) e Buss (1993) já haviam destacado que o SIH/SUS, apesar de ter como principal objetivo a remuneração das internações hospitalares em função da produção de serviços, dispõe de outras possibilidades, visto que se constitui na única fonte regular e universal sobre morbidade hospitalar no Brasil.

Os dados deste sistema encontram-se disponíveis para o gestor com menos de um mês e para a população com dois meses, através da Internet. Para análise do perfil de morbidade, portanto, faz-se necessário agregar outros recursos de informática para sua elaboração, considerando que os sistemas operacionais do SIH não produzem relatórios para este fim. O uso dos programas “TAB para DOS” ou para Windows (TABWIN), ambos desenvolvidos pelo DATASUS podem atender a este objetivo. (FIOCRUZ, 1998). Os objetivos podem ser atendidos e melhor ainda quando estes dados são complementados com outros sistemas de informação. Pesquisa de Mendes (2000) que teve como objeto de trabalho avaliar as potencialidades do Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS na vigilância epidemiológica e monitoramento de Doenças de Notificação Compulsória (DNC) constatou que é possível complementar as informações, obtidas fundamentalmente a partir dos bancos de dados de corte epidemiológico com outras advindas de outros bancos, como é o caso do SIH-SUS, que dispõe de informações sobre 12,5 milhões de internações anuais ocorridas na rede SUS, no país.

Estudo comparativo de Almeida (1996), sobre a potencialidade do SIH/SUS, entre o sistema brasileiro com as características e gerenciamento dos SIS na França, constatou que, no que refere às informações hospitalares, “o Brasil possui um sistema mais sofisticado do que aquele existente na França, para os hospitais que integram o Sistema Único de Saúde”. Segundo o autor, o Sistema de Informações Hospitalares com base nas AIH comporta

informações gerenciais e epidemiológicas “mais detalhadas e ágeis do que aquelas obtidas atualmente na França, onde há uma separação dos dados destinados ao controle de pagamento das internações das informações epidemiológicas”. Exclusivamente na área de Epidemiologia, destacam-se os estudos publicados pelo Ministério da Saúde no Informe Epidemiológico do SUS, Volume 9, nº 2 (MENDES *et al* 2000a, LYRA *et al* 2000, MENDES *et al* 2000b, MENDES *et al* 2000c, SILVA JUNIOR *et al* 2000).

Portanto, com esses estudos, quebra-se o estigma entorno dos sistemas de informações de saúde de base administrativa, como consta em alguns estudos, eram vistos como não tendo valor para estudos científicos, principalmente epidemiológicos, por estarem estruturados segundo “uma lógica contábil, quantitativa e centralizadora, elegendo como evento básico de interesse” como o procedimento médico (MORAES, 1994). Ademais, esses sistemas que serviriam apenas para remuneração dos serviços prestados, resultariam em fortes vieses e mesmo distorções. Somado a isso, no início de 1993, pela portaria GM/118, tornam-se públicos os dados do SIH/SUS, com reservando, no entanto, a privacidade dos pacientes. Até então, a divulgação de tais dados era restrita aos gestores em exercício. A portaria passa a ser marco importante, pois estabelece um padrão de disseminação e acesso às informações de saúde.

Desde então vem crescendo estudos que abordam ou utilizam o SIH/SUS resultando artigos, teses, doutorados entre outros, como pode ser observado nos anais dos congressos de Saúde Pública e de Epidemiologia, nos bancos de teses de instituições de ensino e pesquisa, em pesquisas nos currículos Lattes ou mesmo diretamente nos mecanismos de busca da Internet. Entre estes estudos trabalham com os dados agregados, outros com os dados individualizados; alguns fazem a *linkage* com outras bases de dados, principalmente com as do SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos e com as do SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade. Como no trabalho pioneiro de Veras e Martins (1994), alguns fazem conferência com os registros hospitalares. E a frequência de uso de informações provenientes desse sistema tem gerado diversos indicadores, tanto para análise de situação de saúde da população como para análise do desempenho do próprio sistema nacional de atenção à saúde. Com isso pode-se avaliar o resultado de políticas, a situação da assistência à saúde ou as condições de saúde de uma população, é necessário, portanto, que se tenha uma visão clara e objetiva de quais informações podem-se dispor, a sua evolução e como se pode utilizá-las, considerando devidamente as influências exógenas e endógenas do sistema.

### 5.3.2 Processamento e formação do arquivo de dados

Os dados serão obtidos no site do DATASUS ([www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)) com o programa TabWin e salvos em um arquivo no formato DBF (Data Base Files) que servirão de entrada no programa “SPSS for Windows” para a análise de correlação e de regressão linear múltipla. Os mapas serão produzidos diretamente pelo TabWin, que contém arquivos com a malha das Unidades Federativa (UF) e das microrregiões digitalizadas.

No tocante à análise espacial, serão estabelecidos dois recortes. O primeiro, visando ao estudo da evolução temporal por razão de sexo e por faixa etária de acordo com a divisão tradicional das grandes regiões do País e das UF. A outra abordagem será através de características das microrregiões de residência dos casos registrados no SIH e no SIM.

## 6 DESCRIÇÃO, ANÁLISES E DISCUSSÃO DE DADOS POR UNIDADE FEDERATIVA

Vários estudos abordados na introdução relatam tendência de mudanças no perfil da epidemia de HIV/AIDS sob várias facetas a considerar: heterossexualização, feminização e interiorização. Outro fator importante apresentado é a estabilização da incidência da epidemia e o aumento de sobrevida, este associado à soma de forças na política de combate à epidemia, principalmente com a introdução dos Antirretrovirais.

Na sequência, para análise, além da revisão bibliográfica, são apresentadas algumas informações sobre a epidemia de AIDS tendo como base de dados informações produzidas pelo SIH-SUS, com foco espaço temporal que configura o respectivo perfil.

Os dados seguintes, correspondem à análise descritiva e ecológica da razão de sexo por Região/Unidade de Federação e por faixa etária. Estes dados são referentes ao período de 1998 a 2009, período em que se intensificaram e especificaram as formas de intervenção em resposta à epidemia, podendo ser observados os respectivos efeitos. São consideradas as variáveis (independentes) acima referenciadas nas metodologias para explicar a variável dependente e também são observados por: Região/Unidade de Federação de cada Faixa etária. As idades serão agrupadas em sete faixas, a saber: 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49. Serão utilizados nas tabulações os *softwares* SPSS para Windows, TabWin e Excel.

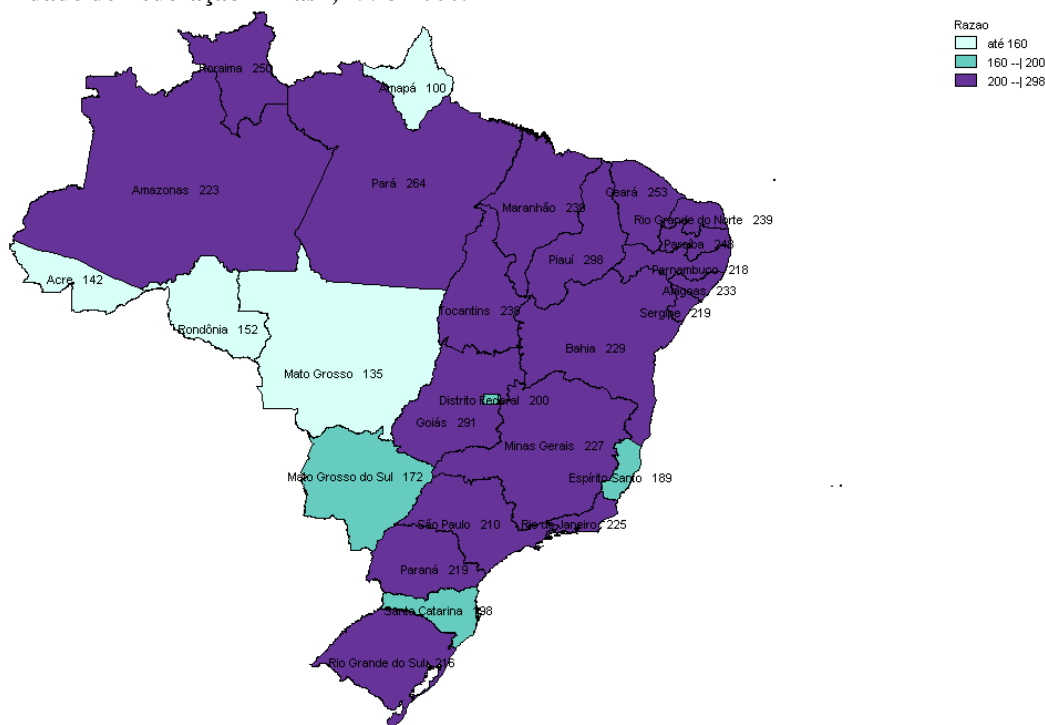
Os dados são provenientes do Sistema Nacional de Saúde a partir da rede hospitalar integrada ao SUS, com intuito de fazer objetivamente a leitura do perfil de HIV/AIDS. Os sistemas de Informações Hospitalares do SUS, segundo Carvalho (1997), são importante e frequentemente utilizados para vários tipos de análises, além da que se propõe neste projeto. Também é utilizada nas análises a produção de serviços de natureza jurídica, diagnósticos e outros.

### 6.1 Razão de sexo e Unidade de Federação

A análise do Mapa 1 mostra que no triênio de 1998 a 2000, os Estados de Amapá, Acre, Rondônia e Mato Grosso apresentam, pela razão (masculino/feminino), igual número de infectado entre homens e mulheres (próximo de 1:1) que se contrapõem aos de Goiás e Piauí com a razão de, aproximadamente, 3:1. De um lado há eminência de feminização da epidemia, enquanto que por outro, continua sendo apresentado um maior número de homens

infectados pelo HIV. Entre os extremos, pode-se observar que os restantes estados apresentam uma distribuição semelhante de cerca de 2:1.

**Mapa 1- Razão de sexo (masculino/feminino) por local de Internação, devido a HIV e segundo Unidade de Federação - Brasil, 1998-2000.**

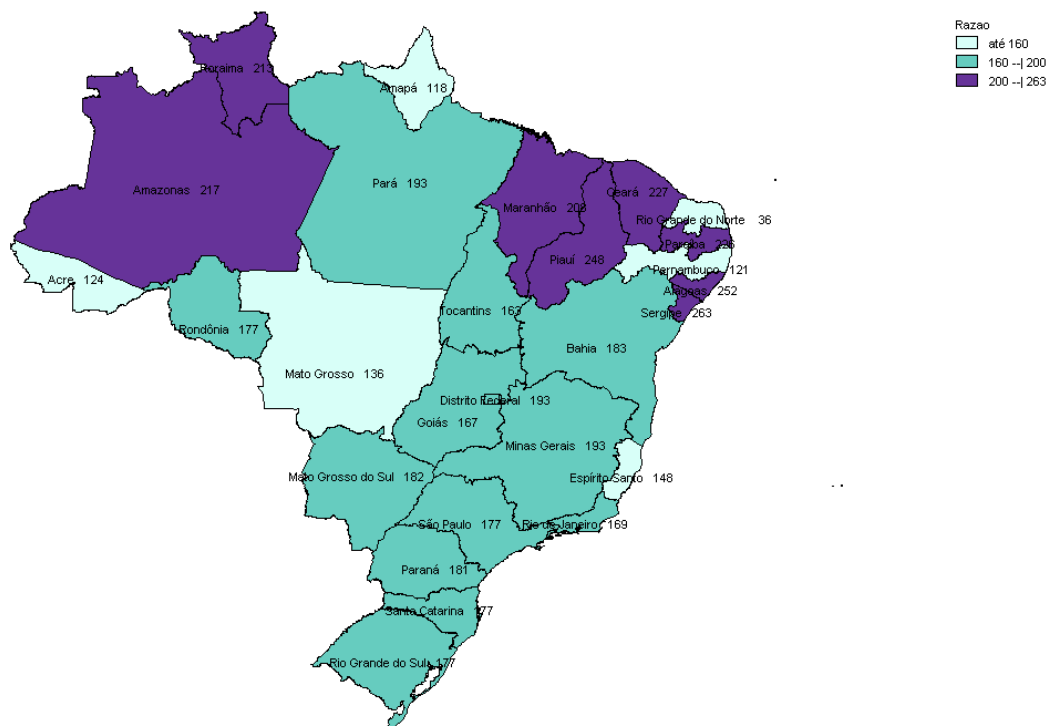


Fonte: Base de dados do Ministério de Saúde/DATASUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS.

No triênio de 2001-2003, representado no Mapa 2, observa-se que na maioria dos Estados, quanto à razão (masculino/feminino), o número de mulheres infectadas não difere muito dos homens. De modo geral, comparando-se os dois primeiros momentos (1998-2000 e 2001-2003), não são observadas amplas discrepâncias entre os mesmos. Mas há que ressaltar a tendência de queda no número de homens ou o aumento no número de mulheres infectados(as) no Estado de Rio Grande do Norte (cerca de 2:1 para 0,3:1)<sup>17</sup>.

<sup>17</sup> Está visível uma grande mudança de perfil, lendo os números, mas é importante considerar a possibilidade da falta de informação o que possa constituir falha no banco de dados. Acredita-se na mudança de perfil da epidemia nesta região pelos dados revidados e comparando com outros períodos de observação.

**Mapa 2- Razão de sexo (masculino/feminino) por local de Internação, devido a HIV, segundo Unidade de Federação - Brasil, 2001-2003.**

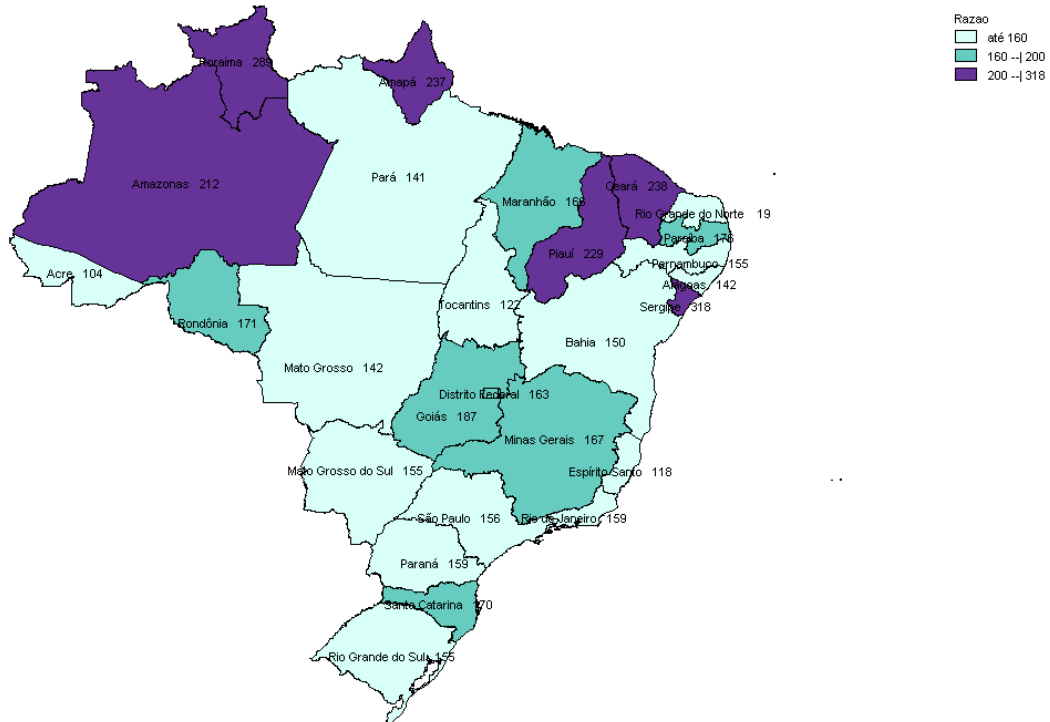


Fonte: Base de dados do Ministério de Saúde/DATASUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS.

No terceiro momento, 2004 a 2006, de acordo com o Mapa 3, é possível evidenciar sinais de expansão da doença entre a população feminina nas regiões Sul, Nordeste e Norte. E se pode observar uma redução da população masculina ou o inverso (aumento do número das mulheres) comparada aos períodos anteriores e a razão se aproxima a 1:1. Essa expansão tende a ocorrer com maior intensidade em torno dos Estados Centro Oeste que já apresentavam expressiva tendência de aumento de casos entre as mulheres nos períodos anteriores, espalhando-se para o seu entorno. Ainda como mostra o Mapa 3, é possível identificar processo de feminização da epidemia de AIDS, que, praticamente, se espalha por toda a região Sul e Sudeste e Centro-oeste. Quando comparados os três diferentes momentos, identifica-se uma tendência no aumento de infectados entre a população feminina na direção leste-oeste e do litoral para o interior. No Estado do Rio Grande do Norte o número de homens infectados segue diminuindo (cerca de 0,20:1) comparado com os de mulheres analisadas a partir da razão (masculino/feminino), fenômeno curioso que merece uma atenção especial.



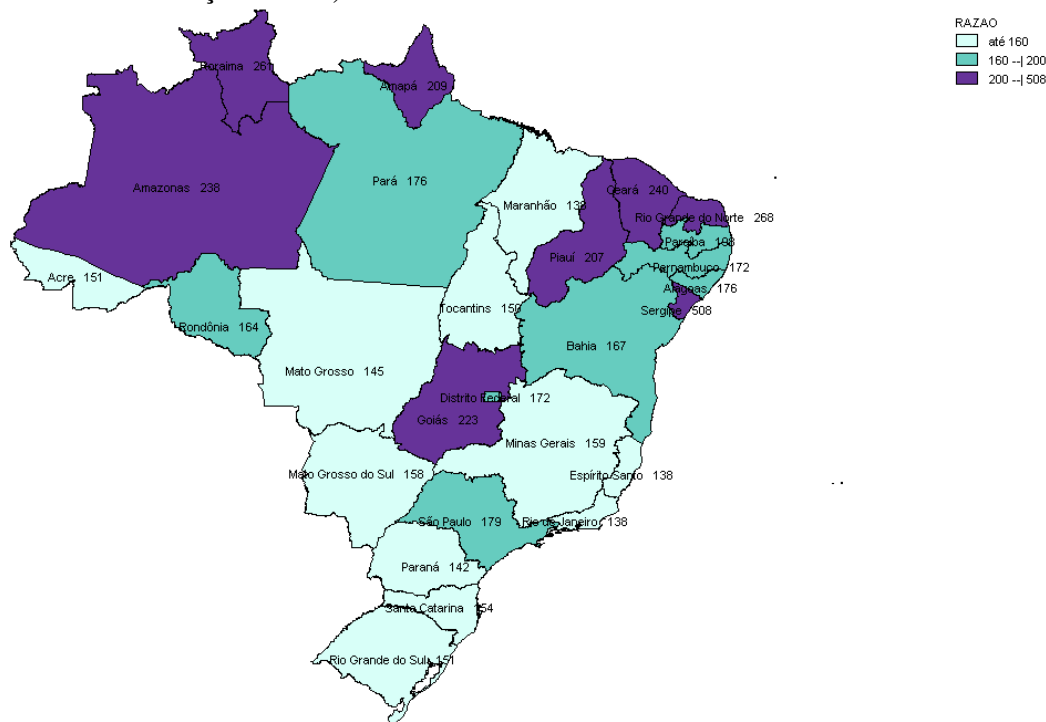
**Mapa 3- Razão de sexo (masculino/feminino) por local de Internação, devido a HIV, e segundo Unidade de Federação - Brasil, 2004-2006.**



Fonte: Base de dados do Ministério de Saúde/DATASUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS.

Os resultados do último período (2007-2009), conforme sinaliza o Mapa 4, em geral, apresenta pequena queda sequencial relativa ao que os mapas anteriores já apresentam. Analisando esta sequência a partir da razão masculino/feminino, é revelado um aumento significativo da epidemia entre as mulheres. Os diferentes mapas mostram que as regiões Sul, Sudeste e Centro-oeste apresentam razão que oscila entre menos de 1:1 a 2:1. O Estado de Goiás apresentou uma constante de quase 2:1. Em uma escala menor, no Nordeste também se visualiza um aumento no número da população feminina entre os internados pelo SUS em consequência de infecção pelo HIV, principalmente entre as Unidades Federativas (UF) localizadas mais próximas à costa e às fronteiras, se espalhando para o interior.

**Mapa 4- Razão de sexo (masculino/feminino) por local de Internação, devido a HIV, segundo Unidade de Federação - Brasil, 2007 a 2009.**



Fonte: Base de dados do Ministério de Saúde/DATASUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS.

Em suma, analisando-se simultaneamente os Mapas 1, 2, 3 e 4, os dados indicam uma ampla disseminação espacial da epidemia de AIDS entre a população feminina nas regiões Nordeste e Sudeste. Cabe notar que há uma tendência crescente de casos nas duas regiões, sendo assim, fica evidente a relativa feminização da epidemia. Também há que se considerar diferenças regionais no que diz respeito à razão de sexo masculino/feminino.

Segundo as informações fornecidas pelos mapas, é possível notar que em quase todas as regiões há um aumento considerável do número de mulheres infectadas pelo HIV. Com isso, pode-se deduzir que há um processo de feminização que está atrelado à heterossexualização da epidemia. Vale destacar que nos quatro períodos representados pelos mapas, as regiões Norte e Nordeste apresentam, em alguns Estados, um número mais elevado de homens que mulheres, mas observado no conjunto demonstra uma ligeira aproximação de número dos homens às mulheres infectados pelo HIV. Ainda nesta região do país, o Estado de Amapá apresentou um processo inverso de disseminação em relação aos demais Estados, pois a razão de sexo de 1:1 no primeiro momento passa para cerca de 2:1 até o final do período em estudo. O Estado do Rio Grande de Norte apresentou uma oscilação bastante ampla no primeiro e no último período de estudo, e a razão é de cerca de 2:1. Mas nos restantes

períodos (intermediários – 2001 a 2006), no referido estado, o número de mulheres superou o dos homens com a proporção de 0,36:1 e 0,19:1.

O aumento de casos entre as mulheres na dinâmica da epidemia pode estar associado ao aumento da transmissão heterossexual. Para o Brasil como um todo, além dos dados do período de 1998 a 2009 representados nos mapas, Conh (1997) já havia sido sinalizado esta situação nos anos anteriores. Por exemplo, em 1984 e 1985 a relação homem/mulher era de 28 homens infectados para cada mulher e em 1996 esta relação passa para 3 homens infectados por mulher. Analisando estas informações ao lado dos dados mais recentes, aqui apresentados, reforça-se a idéia do contínuo processo de feminização da epidemia de HIV/AIDS em praticamente todas as regiões do Brasil.

## **6.2 Razão de sexo e faixa etária por Região/Unidade de Federação**

Antes de descrever a razão de sexo em relação à faixa etária quanto à epidemia, é importante destacar que segundo informações do Ministério da Saúde (SIH-SUS), o grupo etário mais atingido pela epidemia é aquele que conglomerava as pessoas entre 20 e 49 anos de idade. Esse grupo etário, em praticamente todas as regiões brasileiras, contribuiu com 80,68% (388.588) do total de casos (481.622) no período de 1998 a 2009, sendo que grande parte (cerca 65,86%) concentra-se entre 25 e 44 anos de idade, como pode ser apreciado nas tabelas 1 e 2. Esse grupo populacional é considerado como um grande potencial para prevalência e acredita-se que seja referencial para monitorar a evolução da epidemia. A população adulta é indicador da evolução da epidemia, a considerada prevalência cumulativa, pois representa um grupo de sobrevivida, enquanto a prevalência do grupo etário dos 15-19 anos de idade pode ser um indicador indireto da incidência, pois a soropositividade neste grupo não é acrescida por número significativo de infecção no grupo de idade anterior, o de 10-14 anos. Neste caso, ao considerar a forma de transmissão sexual, pode-se inferir a tendência de ocorrer, com maior intensidade, a disseminação de HIV nos finais da adolescência e no início da vida adulta, somando-se a isso o período de incubação relativamente longo (cerca de 10 anos).

**Tabela 1- Número de internações por sexo segundo faixa etária (20-49) – Morbidade Hospitalar do SUS por local de internação – Brasil, 1998-2009.**

Faixa etária	Norte			Nordeste				Sudeste				Sul			CentroOeste		
	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Ign	Total	Masc	Fem	Ign	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total
20-24	1.932	1.610	3.542	2.767	2.244	0	5.011	5.657	5.560	0	11.217	3.418	3.045	6.463	694	676	1.370
25-29	4.544	3.092	7.636	6.504	3.844	0	10.348	17.475	11.741	0	29.216	8.273	5.847	14.120	1.945	1.303	3.248
30-34	6.149	3.675	9.824	8.469	4.499	0	12.968	29.720	14.933	0	44.653	12.674	6.631	19.305	2.827	1.574	4.401
35-39	6.708	3.343	10.051	8.387	3.462	0	11.849	31.734	14.716	0	46.450	12.340	5.906	18.246	2.920	1.405	4.325
40-44	5.681	2.645	8.326	6.373	2.454	0	8.827	25.147	10.978	0	36.125	9.698	4.501	14.199	2.146	950	3.096
45-49	3.690	1.855	5.545	3.734	1.416	0	5.150	14.950	7.093	0	22.043	6.047	3.120	9.167	1.313	554	1.867
<b>Total</b>	<b>28.704</b>	<b>16.220</b>	<b>44.924</b>	<b>36.234</b>	<b>17.919</b>	<b>0</b>	<b>54.153</b>	<b>124.683</b>	<b>65.021</b>	<b>0</b>	<b>189.704</b>	<b>52.450</b>	<b>29.050</b>	<b>81.500</b>	<b>11.845</b>	<b>6.462</b>	<b>18.307</b>
<b>TOTAL</b>	<b>388.588</b>																

Fonte: Base de dados do Ministério de Saúde/DATASUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS.

Legenda: Masc – Masculino

Fem - Feminino

**Tabela 2- Número de internações por sexo segundo faixa etária (25-44) – Morbidade Hospitalar do SUS por local de internação – Brasil, 1998-2009.**

Faixa etária	Norte			Nordeste				Sudeste				Sul			CentroOeste		
	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Ign	Total	Masc	Fem	Ign	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total
25-29	4.544	3.092	7.636	6.504	3.844	0	10.348	17.475	11.741	0	29.216	8.273	5.847	14.120	1.945	1.303	3.248
30-34	6.149	3.675	9.824	8.469	4.499	0	12.968	29.720	14.933	0	44.653	12.674	6.631	19.305	2.827	1.574	4.401
35-39	6.708	3.343	10.051	8.387	3.462	0	11.849	31.734	14.716	0	46.450	12.340	5.906	18.246	2.920	1.405	4.325
40-44	5.681	2.645	8.326	6.373	2.454	0	8.827	25.147	10.978	0	36.125	9.698	4.501	14.199	2.146	950	3.096
<b>Total</b>	<b>23.082</b>	<b>12.755</b>	<b>35.837</b>	<b>29.733</b>	<b>14.259</b>	<b>0</b>	<b>43.992</b>	<b>104.076</b>	<b>52.368</b>	<b>0</b>	<b>156.444</b>	<b>42.985</b>	<b>22.885</b>	<b>65.870</b>	<b>9.838</b>	<b>5.232</b>	<b>15.070</b>
<b>TOTAL</b>	<b>317.213</b>																

Fonte: Base de dados do Ministério de Saúde/DATASUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS.

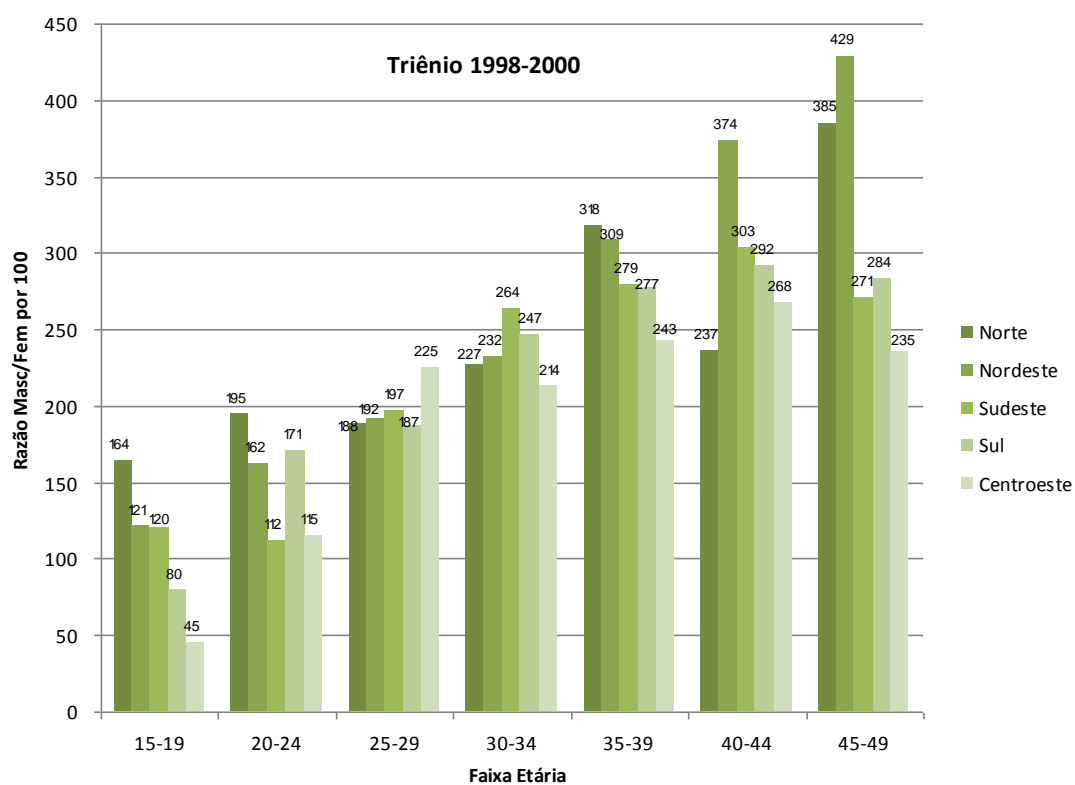
Legenda: Masc – Masculino

Fem - Feminino

Os gráficos seguintes mostram como se configura a razão de sexo nas Regiões brasileiras entre indivíduos internados pelos SUS devido a HIV/AIDS, segundo grupos de idades, para os triênios de 1998 a 2000, 2001 a 2003, 2004 a 2006 e 2007 a 2009.

A razão no primeiro triênio (1998 a 2000) varia de aproximadamente ½:1, o que significa que há mais mulheres infectadas pelo HIV que homens na faixa etária de 15-19 anos de idade na região Centro-oeste. Contrariamente, a faixa etária de 40 a 49 apresenta maior diferença entre homens e mulheres, sendo maior o número de homens que de mulheres na razão de 4:1 nas regiões Norte e Nordeste, como pode ser observado no gráfico 1.

**Gráfico 1- Razão de sexo (masculino/feminino) segundo faixa etária dos internados pelo SUS devido a HIV por região – Brasil - 1998-2000**



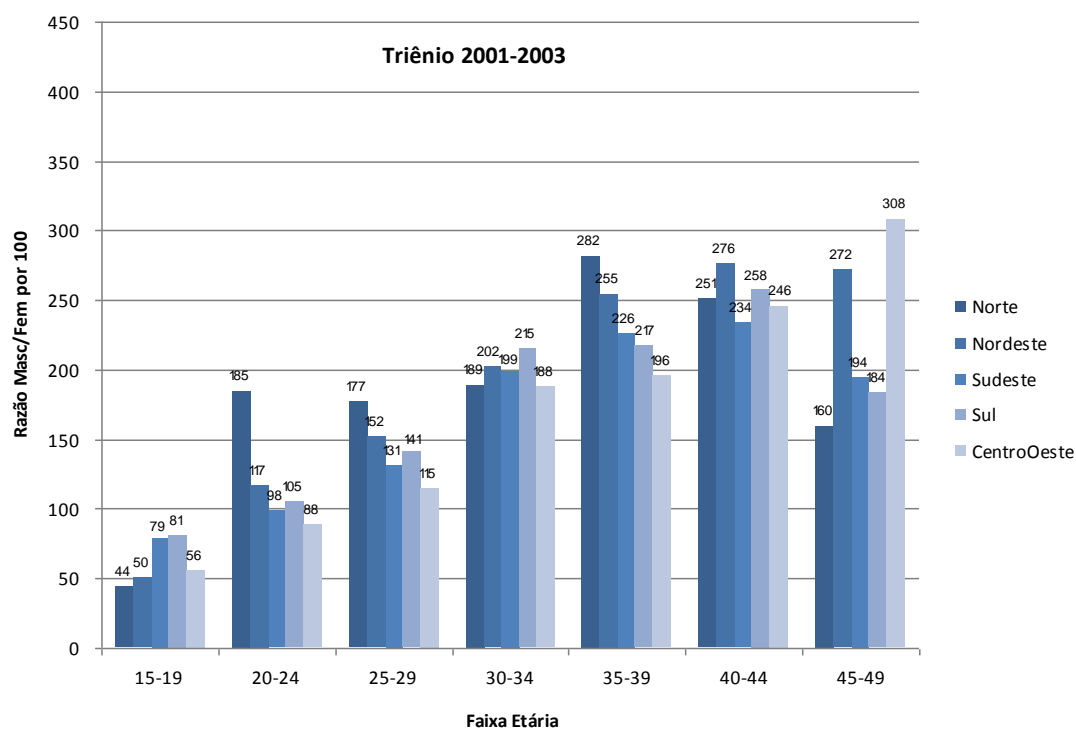
Fonte: Base de dados do Ministério de Saúde/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS

Legenda: Masc – Masculino

Fem - Feminino

No Gráfico 2 a razão no triênio 2001 a 2003 apresenta uma ligeira mudança comparativamente ao triênio anterior. Nesse triênio, a razão de sexo por faixa etária demonstrou um aumento do número de mulheres entre 15-19 anos de idade nas regiões Norte e Nordeste, que variou aproximadamente de 1:1 para ½:1. Na faixa etária de 45-49 a região Norte apresentou uma redução da diferença entre homens e mulheres, passando aproximadamente de 4:1 para 2:1. Esta situação pode significar aumento do número de mulheres ou diminuição do número de homens à metade, com referência ao período anterior.

**Gráfico 2- Razão de sexo (masculino/feminino) segundo faixa etária dos internados pelo SUS devido a HIV por região – Brasil - 2001-2003**

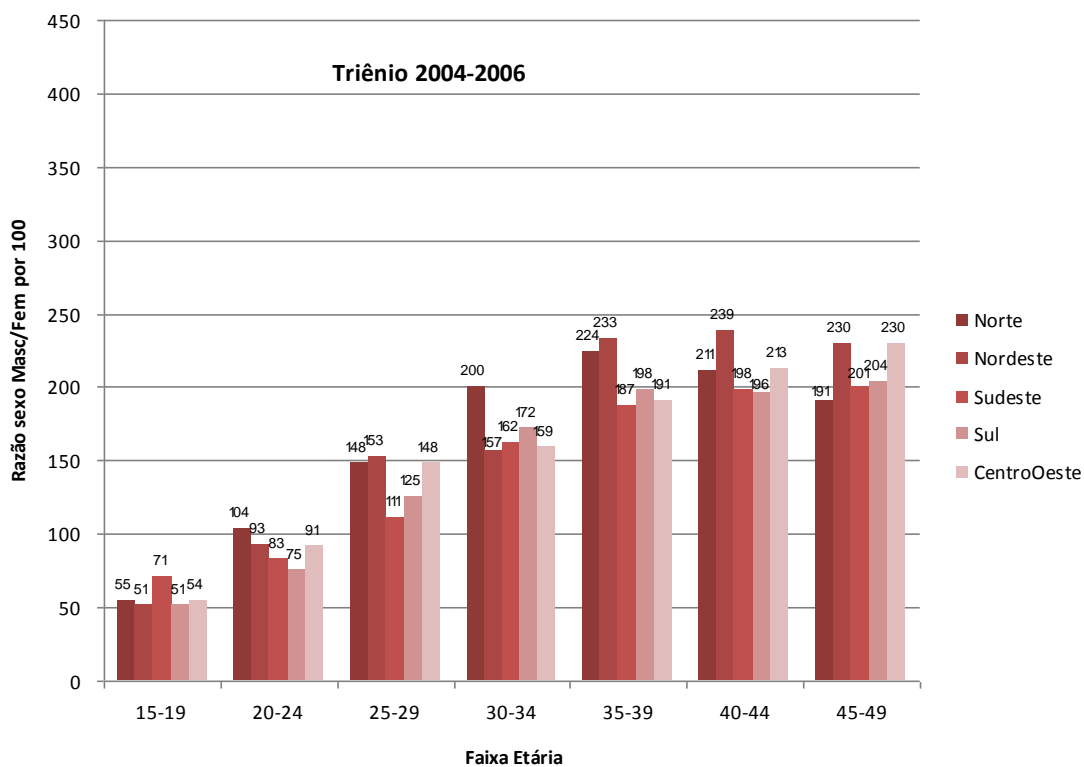


Fonte: Base de dados do Ministério de Saúde/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS

Legenda: Masc – Masculino

Fem - Feminino

**Gráfico 3- Razão de sexo (masculino/feminino) segundo a faixa etária dos internados pelo SUS devido a HIV por região – Brasil - 2004-2006**



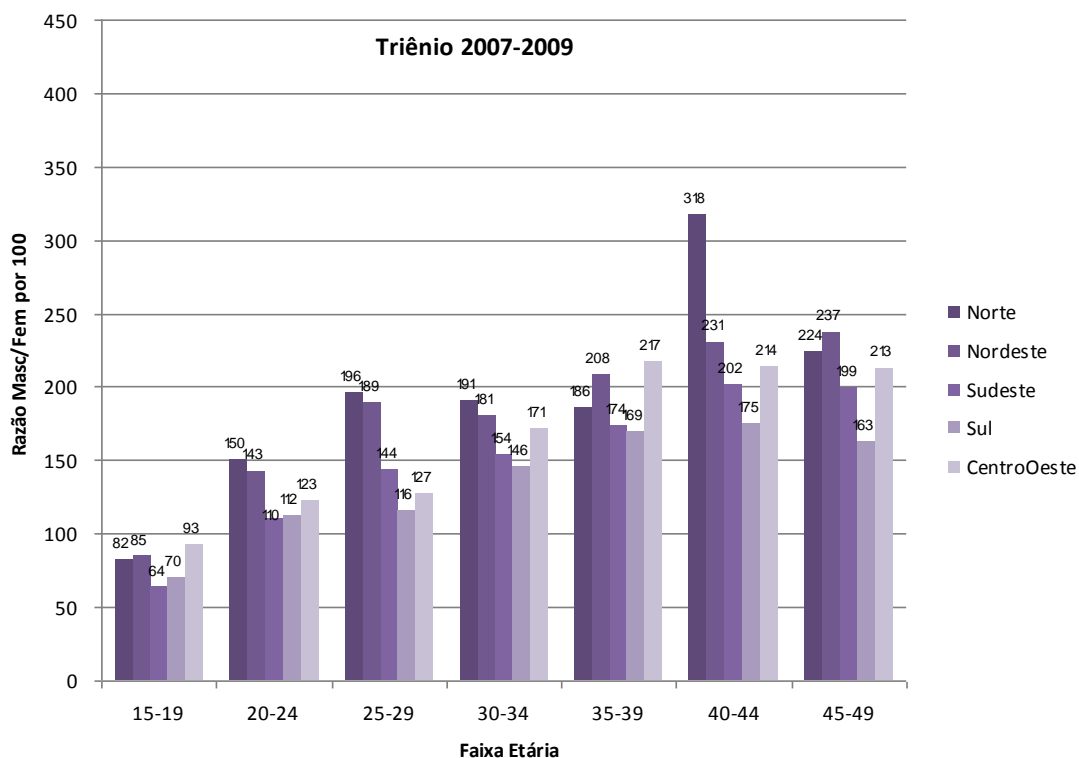
Fonte: Base de dados do Ministério de Saúde/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS

Legenda: Masc – Masculino

Fem - Feminino

No último triênio (2007-2009) representado no gráfico 4, a faixa etária de 15-19 apresenta um ligeiro aumento aproximando a razão à 1:1 (0,7:1) na região Sudeste, enquanto que nas restantes regiões permanece em torno de ½:1. Neste período a epidemia, em quase todas as regiões, atingiu em grande escala a população feminina mais jovem.

**Gráfico 4- Razão de sexo (masculino/feminino) segundo faixa etária dos internados pelo SUS devido a HIV por região – Brasil - 2007-2009**



Fonte: Base de dados do Ministério de Saúde/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS

Legenda: Masc – Masculino

Fem - Feminino

Entre 40-49 anos de idade, podem ser percebidas muitas variações na razão de sexo no período de 1998 a 2009, na região Norte e Nordeste. Nesta faixa etária, segundo os gráficos, há um aumento considerável, da razão masculino/feminino e de número quanto ao sexo feminino no Nordeste. Constata-se um declínio no primeiro triênio, enquanto que nos dois últimos uma constância, conforme os Gráficos 3 e 4.

A distribuição dos indivíduos infectados pelo HIV, analisados na razão de sexo é proporcional, principalmente entre a faixa etária de 40-49, se classificados segundo a categoria de transmissão para a região Sul e Sudeste. Nessas regiões, de forma geral, o fato ganha expressão, no que refere ao aumento dos infectados entre a população feminina.



### 6.3 Análise de regressão linear múltipla (RLM)

Em estudos de cunho quantitativo é frequente a utilização de modelos estatísticos e analíticos que, segundo Conceição *et al.* (2001, p. 207), “constituem ferramentas extremamente úteis para resumir e interpretar dados. Em particular, estes modelos podem facilitar a avaliação da forma e da intensidade de associações de interesse em estudos epidemiológicos”.

Para a análises das informações que constituem o resultado desse trabalho foram seguido passo considerados importante e que possibilitaram a explicação da variável em questão a Razão de sexo entre a população internada devido HIV pelo SUS em relação às outras variáveis que poderia apresentar de forma direta ou indireta para a mudança do perfil de HIV.

#### 6.3.1 Correlação das variáveis

Nesta circunstância foi importante, antes de analisar a regressão ou montar um modelo, observar a correlação das variáveis destacadas neste estudo. Através do coeficiente de correlação de Pearson, também chamado de "coeficiente de correlação produto-momento" ou simplesmente de “ρ de Pearson” foi possível medir o grau da correlação - e a direção dessa correlação que pode ser positiva ou negativa - entre duas variáveis de escala métrica (intervalar ou de rácio/razão). E vale destacar que a correlação não implica que uma variável causa a outra, mas pode-se dizer que duas variáveis X e Y estão correlacionadas, mas não que X causa Y ou que Y causa X, na média – eles simplesmente estão relacionados ou associados um com o outro.

Formula Coeficiente de correlação

$$r = \frac{\sum (x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})}{\sqrt{(\sum (x_i - \bar{x})^2)(\sum (y_i - \bar{y})^2)}}$$

Ou :

$$r = \frac{n \sum x_i y_i - \sum x_i \sum y_i}{[n \sum x_i^2 - (\sum x_i)^2]^{1/2} [n \sum y_i^2 - (\sum y_i)^2]^{1/2}}$$

Onde:

$x_i$  e  $y_i$  - valores das variáveis X e Y.  $\bar{x}$  e  $\bar{y}$  são respectivamente as médias dos valores  $x_i$  e  $y_i$ .

$r$  - Coeficiente de correlação

Para a correlação da variável dependente com as variáveis independentes, conforme as proposto para análise no estudo, foram selecionados 557 indivíduos correspondente ao período em análise de 1998 a 2009 (Tab. 3).

**Tabela 3-** Correlação de Pearson entre as variáveis destacadas para análise de RLM.

		RAZAO	RURAL100	POPULACA	NAO_ALFA
RAZAO	Pearson Correlation	1	,076	,063	,094*
	Sig. (2-tailed)	,	,075	,138	,026
	N	585	557	557	557
RURAL100	Pearson Correlation	,076	1	-,288**	,717**
	Sig. (2-tailed)	,075	,	,000	,000
	N	557	557	557	557
POPULACA	Pearson Correlation	,063	-,288**	1	-,185**
	Sig. (2-tailed)	,138	,000	,	,000
	N	557	557	557	557
NAO_ALFA	Pearson Correlation	,094*	,717**	-,185**	1
	Sig. (2-tailed)	,026	,000	,000	,
	N	557	557	557	557

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Fazendo a leitura da correlação, sobre as variáveis independentes em relação a variável dependente e considerado o P-Valor <0,05 ou alfa limite de significância <5% como mostra a tabela 4 observa-se que a variável escolaridade (variável NÃO\_ALF) apresenta-se, em destaque, uma forte correlação com a RAZÃO (variável dependente). É uma correlação

positiva, isto é, há uma correlação direta. Neste caso pode-se dizer que o aumento da diferença (na razão masculino/feminino) está correlacionado com o aumento de nível de escolaridade entre os infectados pelo HIV. Com esta informação pode deduzir que o nível de escolaridade apresenta uma relação na diferença entre o número (homens e mulheres) de soropositivo, inclusive dos que desenvolveram AIDS entre os que foram internados pelo SUS no período de 1998 a 2009. Constatou-se também que as variáveis porcentagem da População Rural e tamanho da População de microrregião apresentaram uma correlação pouco expressiva. Isso pode demonstrar que a ruralização da população e o tamanho da população pode, em nível baixa, associar-se à diferença entre homem mulheres quanto a disseminação da epidemia no Brasil.

Estas informações, em particular a escolaridade, comungam com outros estudos de natureza epidemiológicos e/ou sociais como se pode ler no capítulo 3 (três). Neste caso a variável escolaridade tem apresentado uma relação como fator, isto é, uma relação com propagação de uma determinada epidemia ou condições sociais. A dificuldade de transmissão de informação no âmbito de programas de prevenção a percepção e a clareza são importantes para surtir efeitos e além de fator limitante em encontrar estratégias e opções diante de situações em que o indivíduo se submete e/ou em situação entre a razão e emoção. Ainda considerando fenômeno, não apenas biológico, sociológico onde a sexualidade entra em jogo no que diz respeito a relação de poder entre gênero podendo influenciar na decisão de fazer ou não sexo entre pares. Como se pode ler no capítulo 3, a relação entre homens e mulheres foi destacada como uma relação de subordinação/dominação. A imagem do homem é construída como provedor e legitimando a dependência da mulher.

Ainda na tabela 3 podem-se observar e analisar, também, das correlações entre as variáveis consideradas independentes para a RLM neste estudo considerado o P-Valor  $<0,01$  ou alfa limite de significância  $<1\%$ . Destacam-se as seguintes correlações: as variáveis independentes que apresentaram correlações positivas, isto é, quanto maior a proporção de mulheres de 15 a 49 anos não alfabetizada maior será o valor destas variáveis, foram as seguintes: Porcentagem de população Rural e escolaridade (NÃO\_ALF) apresenta uma correlação positiva bastante forte de 0.717. Com estas informações pode-se dizer que quando a porcentagem da população rural aumentar, também, número de pessoas não alfabetizadas. Ainda sobre porcentagem de população rural em relação ao tamanho de população é inversa ou negativa, isto é, quando a porcentagem da população rural aumenta, o tamanho de população diminui. E observando a correlação da variável tamanho população (POPULAÇÃO) e escolaridade (NÃO\_ALF) percebe-se, também, uma relação inversa ou

negativa o que significa que quando aumenta o tamanho diminui o índice de não alfabetizados (entre população de 15 a 49 anos de idade) ou quanto maior a proporção de pessoas não alfabetizada maior será o valor desta variável.

### 6.3.2 O modelo e análise da regressão

Para análise de RLM fez-se o uso do método dos mínimos quadrados<sup>18</sup> disponível em SPSS. E com tais método é que foi possível estimar os coeficientes de correlação<sup>19</sup> de regressão.

Foram introduzidas, no modelo, as várias destacadas para o estudo agrupadas em dependente (RAZAO) e independentes (Porcentagem da população Rural – RURAL\_100, nível de escolarização – NÃO\_ALF e tamanho da população da microrregião – POPULAÇÃO) conforme a tabela 4. Tendo-se a RAZÃO (a variável adotada para estimar o número de casos, de sexo masculino e feminino, internados devido HIV/AIDS pelo SUS) como a variável dependente, através do pacote estatístico SPSS obtiveram-se resultados ilustrados nas tabelas seguintes.

**Tabela 4-** Variáveis selecionadas, para o estudo, introduzidas no modelo.

Variables Entered/Removed <sup>b</sup>			
Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	RURAL100, POPULACA, NAO_ALFA <sup>a</sup>		Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: RAZAO

<sup>18</sup> O Método dos Mínimos Quadrados é uma técnica de otimização matemática que procura encontrar o melhor ajustamento para um conjunto de dados tentando minimizar a soma dos quadrados das diferenças entre o valor estimado e os dados observados (tais diferenças são chamadas resíduos). É a forma de estimação mais amplamente utilizada na econometria. Consiste em um estimador que minimiza a soma dos quadrados dos resíduos da regressão, de forma a maximizar o grau de ajuste do modelo aos dados observados. Um requisito para o método dos mínimos quadrados é que o fator imprevisível (erro) seja distribuído aleatoriamente, essa distribuição seja normal e independente.

<sup>19</sup> O coeficiente de correlação de Pearson, também chamado de “coeficiente de correlação produto-momento” ou simplesmente de “ $\rho$  de Pearson” mede o grau da correlação (e a direção dessa correlação - se positiva ou negativa) entre duas variáveis de escala métrica (intervalar ou de razão).

### 6.3.3 Qualidade de ajuste dos modelos

Uma vez estabelecida a relação e a correlação entre as variáveis optou-se como procedimentos a verificação da qualidade da regressão através do Coeficiente de Determinação. Esta verificação consiste em um procedimento matemático que pode prever os resultados de  $y$  dados os valores  $x$ , isto é, se há associação da variável RAZÃO com as variáveis independentes escolhidas para a análise. Na sequência o Coeficiente de determinação, também chamado de  $R^2$  estabelece uma medida de qualidade do modelo relação à sua habilidade de estimar corretamente a variável RAZÃO. Este coeficiente permite avaliar a qualidade do ajuste. A leitura segue na proporção direta, isto é, quanto mais próximo de 1 (um) o  $R^2$  estiver melhor a qualidade do ajuste, ou seja, o seu valor está entre 0 a 1 (zero a um) neste caso quanto maior mais explicativo é o modelo. O seu valor fornece a proporção da variável, neste caso a explicada RAZÃO pela variável independente do modelo através da função ajustada.

As estimativas do R e  $R^2$  (R Square e Adjusted R Square), sugerem que o modelo com as variáveis independentes selecionadas explica ao redor de 0,01, ou seja, 1% das variações da RAZAO é explicada pela variância das outras variáveis incluídas neste modelo e indica que é baixa a qualidade de ajuste do modelo (Tabela 5).

**Tabela 5-** Resumo do modelo gerado pelo pacote estatístico SPSS

#### Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,129 <sup>a</sup>	,017	,011	188,6831

a. Predictors: (Constant), NAO\_ALFA, POPULACA, RURAL100

Como forma de verificar a validade do Modelo observou-se, também a validade de cada coeficiente isoladamente. Neste critério teve-se como referencia a observação dos desvios padrão de cada coeficiente considerando que, estes, quanto menores fossem tornariam os coeficientes mais fiáveis. Neste caso conforme os resultados do teste para o modelo em

questão constatou-se que a variável população é muito fiável. Na ordem de fiabilidade pode-se dizer que a variável RULA\_100 é menos fiável para a validade do modelo (Tabela 6).

**Tabela 6-** Verificação dos coeficientes isoladamente gerados pelo pacote estatístico SPSS

**Coefficients<sup>a</sup>**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	102,418	23,331		4,390	,000
	RURAL100	47,359	65,542	,045	,723	,470
	POPULACA	2,143E-05	,000	,090	2,052	,041
	NAO_ALFA	1,277	,977	,079	1,306	,192

a. Dependent Variable: RAZAO

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÃO

Dados analisados neste estudo mostram que no Brasil há tendência ao aparecimento da AIDS entre mulheres e jovens, com base no número de casos em municípios menores. Os resultados, à primeira vista, apontam para um baixo número de mulheres infectadas pelo HIV em relação ao total de casos notificados em cada região e quanto à quantidade de casos do sexo feminino no total dos internados entre 1998-2009 (vide tabela em anexo). Outrossim, pode-se notar que a população infectada constitui-se de: população feminina, cerca de 36% no Sudeste e 35% no Nordeste; masculina, cerca de 64% no Sudeste e 65% no Nordeste. Não obstante, uma análise na linha do tempo sobre a distribuição de casos de AIDS por sexo, permite visualizar como a epidemia rapidamente deixa de ser uma doença masculina, tendo havido em anos recentes um aumento na proporcionalidade de mulheres infectadas em relação aos homens.

Os dados estatísticos apresentados neste trabalho, retratam o perfil da epidemia e reforçam a preocupação com a necessidade de tornar os jovens os principais alvos da prevenção contra a AIDS. Comparando-se os resultados obtidos nos distintos períodos considerados neste estudo, identifica-se, ao longo dos anos, uma participação cada vez maior da população feminina mais jovem (entre 15-19 anos) e da população masculina mais velha (45-49 anos) na infecção. Os dados da razão por sexo (masculino/feminino) dos infectados pelo HIV, seja espacial ou por faixa etária, apontam que no Brasil, entre 1998 a 2009, houve aumento de número da população feminina entre os infectados internados pelo SUS. Em quase todos os grupos etários, com exceção de 15-19 anos de idade, a partir do segundo triênio do período estudado, a razão não atingiu 1:1 em todas as regiões brasileiras. Por outro lado, a partir dos dados, pode-se inferir que a feminização da epidemia, na referida faixa etária, tendeu a aumentar em todas as regiões. Este perfil não se restringe apenas à população jovem, apesar de ser em maior proporção nesta faixa etária, mas revela-se também entre a população mais velha, situação não percebida no início da epidemia no Brasil.

Esta tendência da epidemia a afetar a população jovem, apresenta uma relação significativa com as características dessa fase da vida, onde prevalece a busca constante de novas experiências, o que, em tese, torna os jovens mais suscetíveis ao engajamento em comportamentos de risco. Esse comportamento exploratório aliado à influência do meio através do grupo, da família e da mídia, pode constituir um fator que ofereça risco aos jovens

ou que os torne vulneráveis a situações com significativas consequências, sobretudo no tocante à saúde. Por outro lado, o comportamento de curiosidade e exploração dos jovens se sustenta na confiança, que segundo Giddens (1991, p.42-43) significa “*crença na credibilidade de uma pessoa ou sistema, tendo em vista um dado conjunto de resultados ou eventos, em que essa crença expressa uma fé na probidade ou amor de um outro, ou na correção de princípios abstratos (conhecimento técnico)*”. A categoria confiança faz a mediação entre o sujeito da ação e a estrutura social.

No campo social a juventude tem sido alvo constante da mídia, que difunde novidades e atrativos para os jovens, incitando-os ao consumo. Além do jovem ser um alvo potencial para o consumo, não existe uma política pública capaz de tirá-lo dessa posição de consumidor, o que o leva, conseqüentemente, à marginalização e à criminalidade. Através da lógica de mercado, busca-se recuperar a juventude num processo de identificação com os valores dos jovens. A título de exemplo, considerando a interface lógica de mercado e políticas públicas, depara-se com situações contrastantes no mercado de trabalho. Enquanto os velhos têm mais experiência, os jovens estão chegando com mais títulos. Essa tensão cria, frequentemente, uma situação desfavorável para o jovem que, mesmo bem qualificado, sente que não é bem-vindo no seu local de trabalho ou até mesmo quando está buscando um emprego.

Outra questão sobre a inserção do jovem no mercado de trabalho é o status que isso lhe traz. “Ainda hoje uma das razões pelas quais os jovens das classes populares querem abandonar a escola e começar a trabalhar muito cedo, é o desejo de ascender o mais rápido possível ao estatuto de adulto e às capacidades econômicas que lhes são associadas: ter dinheiro é muito importante para se afirmar em relação aos colegas, em relação às moças, para poder sair com os colegas e com as moças, portanto para ser reconhecido e se reconhecer como um ‘homem’.” (BOURDIEU, 1983). Isso só vem confirmar o que já foi dito anteriormente: o referencial normatizador dos jovens é, realmente, o consumo. Portanto, cabe aprofundar a questão da idade, pois vista como um dado biológico, ela é socialmente manipulada e manipulável. Isso, na perspectiva de Bourdieu, acontece de maneira discreta, mas “o fato de falar dos jovens como se fossem uma unidade social, um grupo constituído, dotado de interesses comuns e relacionar estes interesses a uma idade definida biologicamente, já constitui uma manipulação evidente.” (BOURDIEU, 1983).

Outra questão observada nos resultados deste estudo é a associação do perfil da epidemia com padrões regionais. No âmbito geral, na comparação entre os distintos padrões espaciais, há uma discrepância na disseminação da HIV/AIDS no período em estudo (entre o



primeiro e o último ano), principalmente quando se analisa a perspectiva regional e de UF. Por exemplo, a região Norte apresenta menor número de infectados, mas algumas UF (como o caso de Amapá) apresentam maior número, se comparadas a outras UF das regiões mais afetadas (Sul e Sudeste). Portanto, os resultados do estudo apontam que a epidemia de HIV/AIDS tende a atingir sem discriminação a região Nordeste e principalmente o Sul e Sudeste. No entanto, constatou-se que, em anos recentes, as mulheres vêm sendo infectadas em proporções maiores que os homens, o já anunciado, por alguns autores, processo de “feminização” da AIDS.

Assim sendo, para pensar no empoderamento das mulheres, que poderia ser alavancado com a implantação de um programa eficiente, é importante entender, de acordo com Pearce (1978), a feminização da pobreza. Mas para tal deve-se entender aspectos como as fontes de renda e os resultados das políticas públicas de redução da pobreza. Neste caso, as fontes de renda podem ser categorizadas como: a) salário; b) pensão alimentícia; c) auxílios em caso de licença ou aposentadoria, d) direito à seguridade social e benefícios em todos os programas de redução da pobreza que fazem parte das políticas públicas.

No Brasil existem iniciativas do Estado como o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e o Programa Bolsa Família (PBF) que são exemplos paradigmáticos da política com cunho de empoderamento das mulheres. O Programa de Transferência de Alimento é incluído no Bolsa Família e escola sob forma de transferência de renda. O BPC é um direito, garantido pela Constituição de 1988, que assegura um salário mínimo mensal aos idosos com mais de 65 anos de idade e às pessoas com deficiência, de qualquer idade, incapacitadas para a vida e para o trabalho, com renda mensal familiar *per capita* inferior a um quarto do salário mínimo vigente. O PBF, por sua vez, beneficia famílias pobres ou extremamente pobres com transferência de renda condicionada à saúde, à educação e à assistência social. (Paes-Sousa & Quiroga, 2011). Neste contexto, pesquisadores feministas têm insistido em considerar que a categoria “gênero” não pode prescindir das análises sociológicas acerca das ações estatais que têm por foco a família. Essa categoria de análise contribui para a compreensão da instrumentalização dos papéis femininos nessas políticas. Segundo Marino e Carloto (2009), essa política de assistência social brasileira orienta-se pela perspectiva das políticas de combate à pobreza e desde a década de 1990 tem recebido destaque, principalmente o PBF, sendo o primeiro sem e o segundo com condicionalidades. As transferências condicionadas de renda priorizam o repasse de renda às mulheres e envolvem-nas em uma rede de obrigações com as ações estatais. Pensando nas políticas de saúde, as obrigações não devem ser um marcador de gênero condicionador da cidadania das mulheres usuárias, mas funcionar de

forma subjetiva de modo a empoderar as mulheres quanto ao seu dever e direitos, como qualquer cidadão.

Outrossim é importante analisar e adequar as políticas públicas e programas governamentais a partir da perspectiva de gênero, com o intuito de promover o empoderamento da camada desfavorecida, observando o perfil da epidemia refletido na população feminina, principalmente a mais jovem. A partir desta perspectiva, cabe de forma constante e integralizada, em vários setores públicos, verificar em que medida tais iniciativas têm contribuído para modificar o perfil da epidemia de HIV/AIDS na sociedade brasileira.

Os estudos sobre o perfil da epidemia no Brasil são complexos por causa das grandes desigualdades regionais, socioeconômicas e ambientais, que dificultam também a tomada de decisões quanto à aplicação dos recursos visando a redução dos riscos na saúde. As diferenças espaciais demarcam uma linha que separa as regiões ao norte e nordeste (menos desenvolvidas) das regiões ao centro e sul do Brasil, sugerindo, na ótica da disseminação da epidemia, uma propagação da epidemia no trajeto dos mais desenvolvidos para os menos desenvolvidos. Neste raciocínio, pode-se dizer que os fatores de risco apresentaram uma distribuição espacial diferenciada, observada nos mapas na razão de sexo, no período de 1998 a 2009 (páginas 82 à 86), verificando-se uma diferença entre pessoas infectadas: maior número de mulheres que de homens, nos anos mais recentes e um deslocamento do maior índice de infecção do sul para norte, bem como das grandes cidades para as pequenas cidades.

Na análise de regressão linear múltipla (RLM) a variável dependente utilizada, RAZÃO produziu estimativas julgadas inconsistentes e resultou em associações não muito significativas com as variáveis independentes, por isso sua análise de regressão linear múltipla não foi considerada válida. Serviu, no entanto para mostrar como são ainda frágeis os dados do Sistema de Informação Hospitalar no tocante ao Brasil como um todo; seu uso deve ser limitado apenas às regiões mais desenvolvidas do Sul e Sudeste, pois as coberturas nas regiões Norte e Nordeste são duvidosas. Não obstante, as variáveis tamanho de população e escolaridade NÃO\_ALF apresentaram o desvio padrão e a correlação de Pearson aceitável para a RAZÃO, o que significa que as microrregiões com maiores percentagens de população e maiores percentagens de pessoas não alfabetizadas (população adulta, 15 a 49 anos de idade) apresentam menor diferença entre homens e mulheres na disseminação da epidemia de HIV/AIDS.

Os dados e informações revisados demonstram como a atuação da sociedade civil e das políticas públicas, no campo da saúde e da educação, voltadas para a mudança do perfil da epidemia, tendem para melhorias de forma desigual ao direcionar as ações ao alvo. Com isso,

pode-se dizer que é importante rever e reestruturar as políticas em questão, tendo em vista as conexões entre estilos de vida e determinantes econômicos, sociais e simbólicos, nos diversos segmentos sociais e regionais.

Os estilos de vida e determinantes econômicos, sociais e simbólicos apresentados neste trabalho, que espelham, em parte, a realidade do Brasil, configuram o modelo de vulnerabilidade que interliga aspectos individuais, sociais e programáticos, apontando para a determinação social da doença. Destarte é desejável uma postura renovadora quanto às práticas de saúde, como práticas sociais e históricas, envolvendo diferentes setores da sociedade. De acordo com Munoz, Sanchez e Bertolozzi (2007) é imperativo superar estudos que restrinjam as análises à perspectiva da multifatorialidade e resguardem a complexidade das verdadeiras causas da doença. A Teoria da Determinação Social apreende a saúde-doença como uma síntese do conjunto de determinações que resultam em riscos ou potencialidades, evidenciadas em perfis ou padrões saúde-doença.

Ao concluir, o autor empenha-se em enfatizar que a vigilância, a prevenção e a assistência têm que incorporar essa plurifacetada dimensão do problema, para serem mais eficazes. Um dos maiores desafios consiste em fazer com que as pessoas considerem os efeitos que suas ações possam causar naqueles com os quais interagem sexualmente, assim como fazê-las transcender uma postura de egoística indiferença, aceitando os limites ao seu prazer, tendo em vista o risco a que expõem o outro. Nunca é demais refletir sobre tais posturas e suas respectivas disposições subjetivas ou etos, que desconsideram o risco das que se submetem aos mais poderosos, por serem, no caso, mulheres e pobres. Outrossim, é preciso evitar tratar a abrangência da dominação como algo corriqueiro que está em tudo e em todos da mesma maneira. Aqui fica a exortação aos órgãos e agentes públicos, para que participem desse esforço de renovação social, visando abolir mitos retrógrados, como o do poder do macho dominador e colaborem ativamente para a construção de um novo modelo de integração social baseado na saúde e no respeito às diferenças.

## REFERÊNCIAS

- ABDALLA, F T M; NICHATA, L Y I. A abertura da privacidade e o sigilo das informações sobre o HIV/AIDS das Mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família no Município de São Paulo. *Saúde Soc* 2008; 17(2):140-52.
- ADAMS, J. *Risk*. London: UCL Press. 1995.
- AYRES, J. R. C. M. *et al.* “Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS”. In: BARBOSA, Regina. Maria; PARKER, Richard. (Orgs.) *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ. 34<sup>a</sup>.ed. 1999, p.49-72.
- AYRES, J. R. C. M. Vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas. HIV e abuso de drogas entre adolescentes. *Fac. de Medicina da USP, São Paulo*, 1996.
- ALMEIDA, M F. Algumas considerações sobre os sistemas de informação em saúde da França e Brasil. *Informe Epidemiológico do SUS* 1996; 5(4):7-12.
- ALBERTANI, H. M. B., SCIVOLETTO, S., & ZEMEL, M. L. Trabalhando com fatores de risco e proteção. In M. F. O. Sudbrack (Ed.), *Curso de prevenção ao uso de drogas para educadores de escolas públicas*. Brasília, DF: Ed. da Universidade de Brasília. 2006.
- AUERBACH, R., ABELA, J., & RINGO, H. M. Responding to symptoms of depression and anxiety: Emotion regulation, neuroticism and engagement in risky behaviors. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2007. p. 2182-2191.
- BALDIJÃO, M F A. Sistemas de informação em saúde. *Revista São Paulo em Perspectiva* 1992; 6(4):21-28.
- BARBOSA, M. T. S. & STRUCHINER, C. J. Estimativas do número de casos de AIDS: Comparação de métodos que corrigem o atraso da notificação. In: *A Epidemia de AIDS no Brasil: Situação e Tendências* (Ministério da Saúde, org.), p. 15-26, Brasília: Coordenação Nacional de DST e AIDS, Ministério de Saúde. 1997
- BARBOSA, R.H.S. As mulheres, a AIDS e a questão metodológica: desafios. In: CZRESNIA, D.; SANTOS, E.M.; BARBOSA, R. H. S.; MONTEIRO, S. (Org.) *AIDS pesquisa social e educação*. São Paulo:Hucitec ; Rio de Janeiro:ABRASCO,1995, p.65 – 83.
- BARBOSA, R.H.S. AIDS e Gênero: As mulheres de uma comunidade favelada. [Dissertação]. Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 1993.
- BARBOSA JUNIOR, A; SZWARCOWALD, C L; PASCOS, A R P; SOUZA Jr., P B de. Tendências da epidemia de AIDS entre subgrupos sob maior risco no Brasil, 1980-2004. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.25, n.4, p. 727-737. ISSN 0102-311X.

BARDONE, A. Adult mental health and social outcomes of adolescent girls with depression and conduct disorder. *Development and Psychopathology*, 8. 1996. p.811-829.

BASTOS, S. *et al* . Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e procura da contracepção de emergência em farmácias e drogarias do município de São Paulo. *Saude soc.*, São Paulo, v. 18, n. 4, Dec. 2009. Acesso em: 06 July 2011. doi: 10.1590/S0104-12902009000400021. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902009000400021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000400021&lng=en&nrm=iso)>.

BECK, U. Risk society: towards a new modernity. (trad. Mark Ritter) London: Sage, 1992. p.260.

BOASAÚDE. Linha do tempo da AIDS: Do primeiro caso aos dias atuais. Disponível em: <http://www.boasaude.com> acessado em 19 de Maio de 2010

BOUDON, R. “Introdução” e “Ação”. In: R. Boudon (org.). *Tratado de Sociologia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995, p 11-63.

BOURDIEU, P.(1983) A “juventude” é apenas uma palavra! Questões de sociologia. Rio de Janeiro: Marco Zero. p. 112-121.

BRASIL, Decreto n. 591, de 6 de julho de 1992. Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 jul. 1992. BRASIL. Senado Federal. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, 1988.

BRASIL – Governo Federal. Pobreza, Desigualdade e Políticas Públicas. Comunicado da presidência n. 38, Brasília, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Epidemia de Aids cai nas grandes cidades, mas aumenta no interior do país. Boletim Epidemiológico AIDS/DST. Brasil, 2009

BRASIL, Ministério da Saúde . Briefing – Boletim Epidemiológico. Brasília 2009

BRASIL, Ministério da Saúde. Aids Boletim Epidemiológico. Distrito Federal, junho a setembro de 2001. Disponível em <<http://www.aids.gov.br>>. Acessado em 03/06/2010.

BRASIL. Ministério de Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGB. Brasília, 2008.

BRASIL. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990.

BRASIL, Ministério de Saúde. Manual do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Brasília. 2005

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). Políticas e diretrizes de prevenção das DST/AIDS entre mulheres. Brasília; 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Aids Boletim Epidemiológico. Distrito Federal, jun-sete. 2001. Disponível em <http://www.aids.gov.br>. Acesso em 03/06/2010.

BRASIL, Ministério da Saúde - *Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais/MS*. AIDS NO BRASIL- Epidemia estabilizada e concentrada em populações de maior vulnerabilidade. Disponível em

[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50652/resumo\\_anal\\_tico\\_dos\\_dados\\_do\\_boletim\\_epidemiol\\_\\_92824.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50652/resumo_anal_tico_dos_dados_do_boletim_epidemiol__92824.pdf) . Acessado em 05/01/2012

BRASIL, Ministério da Saúde - *Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais/MS*. Boletim Epidemiológico Aids/DST (versão preliminar). Ano VIII - nº 01 26ª a 52ª semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2010 e 01ª a 26ª semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2011, Brasília, 2011. Disponível em [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50652/vers\\_o\\_preliminar\\_69324.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50652/vers_o_preliminar_69324.pdf). Acessado em 05/01/2012

BRASIL, Ministério da Saúde - *Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais/MS*. AIDS NO BRASI. Brasília, 2012. Disponível em <http://www.aids.gov.br/pagina/aids-no-brasil>. Acessado em 16/01/2012

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual de preenchimento da autorização de internação hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.

BRASIL. Senado Federal. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, 1988.

BRITO AM, CASTILHO EA, SZWARCOWALD, CL. Regional patterns of the temporal evolution of the AIDS epidemic in Brazil following the introduction of antiretroviral therapy. *Braz J Infect Dis*. 2005;9(1):9-19.

BUSS, P M. Assistência hospitalar no Brasil (1984-1991): uma análise preliminar baseada no Sistema de Informação Hospitalar do SUS. *Informe epidemiológico do SUS*. 1993; II(2):5-42.

BUTTLER, J. Cuerpos que importan: sobre os limites materiais y discursivos Del “sexo”. Buenos Aires: Paidós, 2005.

BUVINIC, M; GUPTA, G. R. Female-headed households and female-maintained families: are they worth targeting to reduce poverty in developing countries? *Economic Development and Cultural Change*, v.45, n.2. 1997. p.259-280.

BUVINIC, M; GUPTA, G. R. Targeting poor woman-headed households and woman-maintained families in developing countries: views on a policy dilemma. Washington, 1994 DC:ICRW.

- CAMARA, C. Articulações entre Governo e Sociedade Civil: um diferencial na resposta brasileira à AIDS. *Impulso Revista de Ciências Sociais e Humanas*, Piracicaba, v. 13, n. 32, 2002.
- CARVALHO, D. M. Grandes Sistemas Nacionais de Informação em Saúde: Revisão e Discussão da Situação Atual. *Informe Epidemiológico do SUS*, VI(4):7-46. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde/Centro Nacional de Epidemiologia, 1997.
- CARVALHO, D M. Sistemas de informação e alocação de recursos: um estudo sobre as possibilidades de uso das grandes bases de dados nacionais para uma alocação orientada de recursos [dissertação]. Rio de Janeiro. Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1998.
- CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C.L. Mais uma pedra no meio do caminho dos jovens brasileiros: a AIDS. In: *JOVENS acontecendo na trilha das políticas públicas*. Brasília: CNPD, 1998. v.2, p.197-207.
- CHAUVIN, B., HERMAND, D., & MULLET, E. Risk perception and personality facets. *Risk Analysis*, 27, 2007. p. 171-185.
- CHAVES Jr.,E. O. Políticas de juventude: Evolução histórica e definição Gênese das teorizações sobre a juventude. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Cadernos, *juventude saúde e desenvolvimento*. v.1. Brasília, DF, agosto, 1999.
- CONDE, M C F. O movimento homossexual brasileiro, sua trajetória e seu papel na ampliação do exercício da cidadania [dissertação]. Goiânia: Faculdade de Ciência Humanas e Filosofia, Universidade Federal de Goiás; 2004. Disponível em: <<http://www.fchf.ufg.br/pos-sociologia/dissert/Michele.pdf>>Acessado em 27 de outubro de 2008.
- COHN, A. Considerações Acerca da Dimensão Social da Epidemia de HIV/AIDS no Brasil. In: *SIMPÓSIO satélite. a epidemia da AIDS no Brasil: situação e tendências*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997, p. 45-53.
- COHN, A. O SUS e o Direito à Saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde. In: LIMA, Nísia Trindade et al (Orgs.). *Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- CONH, Amélia et al. *A saúde como um direito e como um serviço*. São Paulo: Cortez, 2006.
- CONCEIÇÃO, G. M. S.; SALDIVA, P H. N.; SINGER, J. M. Modelos MLG e MAG para análise da associação entre poluição atmosférica e marcadores de morbi-mortalidade: uma introdução baseada em dados da cidade de São Paulo. *Revista Brasileira de epidemiologia*. 2001, v. 4, n. 3, p. 206-219.
- COOPER, M. L., AGOCHA, V. B., & SHELDON, M. S. A motivational perspective on risky behaviors: The role of personality and affect regulatory processes. *Journal of Personality*, 68, 2000. p. 1059-1088.
- DANIEL, H. Vida antes da morte. 20a ed. Rio de Janeiro: ABIA, 1994.

DANIEL, H. e PARKER, R. Aids: Aterceira Epidemia – Ensaio e Tentativas. São Paulo, Iglu, 1991.

DOUGLAS, Mary. Purity and danger: an analysis of concepts of pollution and taboo. London: Routledge & Kegan Paul, 1966. p. 188. [Traduzido e publicado como: Pureza e perigo. São Paulo: Perspectiva, 1976. p. 232.]

\_\_\_\_\_. Risk, acceptability according to the social sciences. New York: Russell Sage Foundation, 1985. p.115.

\_\_\_\_\_. Risk and blame: essays in cultural theory. London: Routledge, 1992. p.323.

DOUGLAS, Mary & WILDAVSKY, Aaron. Risk and culture: an essay on the selection of technological and environmental dangers. Berkeley: University of California, 1982. p. 221.

DOURADO, Inês; VERAS, M A de S M; BARREIRA, Dráurio; BRITO A M de. Tendência da epidemia de Aids no Brasil após a terapia antirretroviral. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40(supl). p. 9-17

EDMUNDO, K. A resposta das comunidades populares do Rio de Janeiro ao HI V/AIDS: ação local na perspectiva dos direitos humanos e da promoção da saúde. In: MS-SVS-PN/DST/AIDS. Direitos Humanos e HIV/AIDS: Avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil. Série B. *Textos Básicos de Saúde Série Parcerias e Mobilização Social*; n. 6. Brasília, 2008, p.129-139

ESCOREL, S. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.

FABRE, F. La Prévention Du Sida auprès des jeunes”paradoxes et contradictions. Aix-em-Provence: LEST (*Laboratoire d’Économie et de Sociologie Du Travail*), 1991.

FACCHINI, R. Sopa de letrinhas?: movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 1990 / Regina Facchini. – Rio de Janeiro: Garamond, 2005. Disponível em: <<http://www.garamond.com.br/arquivo/139.pdf>> acessado em 31/07/2011

FONSECA, A F. Políticas de HIV/AIDS no Sistema Único de Saúde: uma busca pela integralidade da atenção. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p.183-205.

FONSECA, M. G., FRANCISCO, I. B., Derrico, M., Andrade, C. L. T., Travassos, C., & Szwarcwald, C. L. AIDS e grau de escolaridade no Brasil: Evolução temporal de 1986 a 1996. *Cadernos de Saúde Pública*, 16, 2000. p. 77-87.

FOUCAULT, M. História da Sexualidade. A vontade de saber. Rio de Janeiro, Graal. 1988.

FRANCO F.G. & FIGUEIREDO M.A.C. AIDS, Drogas e “Ser Mulher”: Relatos de mulheres soropositivas para o HIV (vol.37). *Medicina*, Ribeirão Preto. 2004.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, Universidade de Brasília, Finatec. Sistema de informações. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1998. Série Gestão Operacional de Sistemas e Serviços de Saúde.



GAGNON, J. H. Uma interpretação do desejo: ensaios sobre o estudo da sexualidade. Rio de Janeiro, Garamond, 2006.

GALVÃO, J. 1980-2001: uma cronologia da epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no Mundo. Rio de Janeiro: ABIA (Coleção Políticas Públicas, v. 2); 2002.

GALVÃO, J. As respostas das organizações não governamentais brasileiras frente à epidemia de AIDS. Em: Parker R, ed. Políticas, instituições e AIDS — enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: Zahar/ABIA; 1997.

GALVÃO, J. AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia. Rio de Janeiro: Editora 34; 2000.

GAMSON J. “As sexualidades, a teoria *queer* e a pesquisa qualitativa”. In: DENZIN, N.K. & LINCOLN, Y.S. O Planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 345-362.

GIDDENS, A. Modernidade e identidade. (trad. Plínio Dentzien) Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002. p. 233.

GIDDENS, A. *As consequências da modernidade*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1991.

GIL, M.; MERESMAN, S. *Sinalizando a Saúde para Todos: HIV/AIDS e Pessoas com Deficiência*. São Paulo: Rede Saci, 2006. Disponível em: <<http://www.saci.org.br/index.php?modulo=akemi&parametro=17796>>. Acessado em 07/07/2011

GLYNN JR, C. M. et al. Why Do Young Women Have a Much Higher Prevalence of HIV than Young Men? A study in Kisumu, Kenya and Ndola, Zambia. *AIDS*, v. 15, n. 4, 2001, p. 51-60.

GRANER, B. Transexualidade: do presumível à re-significação, das vulnerabilidades ao exercício integral de direitos. In: MS-SVS-PN/DST/AIDS. Direitos Humanos e HIV/AIDS: Avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil. Série B. *Textos Básicos de Saúde Série Parcerias e Mobilização Social*; n. 6. Brasília, 2008, p.72-87

GROCE, N. *Disability and HIV/AIDS: at a glance*. [S.l.]: World Bank, 2004. Disponível em: <<http://www.worldbank.org/hnp>>. Acessado em 07/07/2011

GRANGEIRO, A; LAURINDO da SILVA, L; TEIXEIRA, PR. Resposta à AIDS no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;26(1), p.87-94.

GREGSON, S.; GARNETT, G.P. contrasting Gender Differentials in HIV-prevalence and Associated Mortality Increase in eastern and Southern Africa: artefact of data or natural course of epidemics. *AIDS*, v. 14, n. 3, 2000, p. 85-99.

GUERRA, M A. Política de controle da AIDS da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, no período de 1983–1992: a história contada por seus agentes [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina. 1993.

GUIVANT, J. S. A trajetória das análises de risco: da periferia ao centro da teoria social. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, [*Cadernos de pesquisa n. 14*]. 1998. p. 36.

GUPTA, S. *et al.* Networks of sexual contacts: implications for the pattern of spread of HIV. AIDS, v. 3, 1989, p. 807-817.

HANAN, Janete Luzia Leite. A Percepção Social da AIDS - Raízes do Preconceito e da Discriminação. Rio de Janeiro, Revinter, 1994.

HEILBORN, M. L. Experiência da sexualidade, reprodução e trajetórias biográficas juvenis In: M. L. Heilborn *et al.* (Orgs.). “*O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*”. Rio de Janeiro: Garamond e FIOCRUZ, 2006.

HUTZ, C., & KOLLER, S. Questões sobre o desenvolvimento de crianças em situação de rua. *Estudos de Psicologia*, 2, 1997. p. 175-197

IBGE – Tábuas Completas de Mortalidade. Disponível em [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br) em População/Tábuas Completas de Mortalidade, acessado em 08/03/2010.

JEOLÁS, L. S. O jovem e o imaginário da Aids. *O bricoleur* de suas práticas e representações. [Tese]. São Paulo. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo-PUC Ciências Sociais – Antropologia. 1999.

KERGOAT, D. Em Defesa de uma Sociologia das Relações Sociais de Sexo. In: Kartchevsky-Bulport, Andrée *et al.* (org). *Sexo do Trabalho Rio de Janeiro: Paz e Terra*. 1986

LAPIERRE, Dominique. Muito Além do Amor. Rio de Janeiro, Salamandra, 1991.

LEBRÃO, M L. Análise da fidedignidade dos dados estatísticos hospitalares disponíveis na Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo em 1974. *Revista de Saúde Pública* 1978; p. 12: 234-249.

LEITE, J. L. Aids, Cidadania e Direitos Humanos – Pontos de Partida e Horizontes de Espera. [Tese]. Rio de Janeiro. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 1999.

LESSA, F J D; MENDES, A C G; FARIAS, S F; AURÉLIO DE SÁ, D; DUARTE, P O; MELO FILHO, D A de. Novas metodologias para vigilância epidemiológica: uso do Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS. *Inf. Epidemiol. Sus* [online]. 2000, vol.9, suppl.1, p. 3-19. ISSN 0104-1673.

LEVCOVITZ, E; PEREIRA, T R C. SIH/SUS (Sistema AIH): uma análise do sistema público de remuneração de internações hospitalares no Brasil. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1993. Série Estudos em Saúde Coletiva nº 57.

LEVCOVITZ, E., LIMA, L. D. e MACHADO, C. V. Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2001, vol.6, no. 2, p.269-291. ISSN 1413-8123.

LIEBER, Renato. & ROMANO-LIEBER, Nicolina. O conceito de risco: Janus reinventado. In: MINAYO, Maria C. de S. & MIRANDA, Ary C. de. (orgs.) *Saúde e ambiente: estreitando nós*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p.69-111.

LIMA, M. L. Viver com o risco: abordagens da psicologia social ambiental. *Inforgeo*, 1995. p.39-54.

LINDNER, L. Ed. ENONG — Encontro Nacional de ONG/AIDS: construção de sonhos e lutas. Curitiba: Grupo Dignidade; 2005.

LYRA, T. M., MENDES, A. C. G. *et al.* Sistema de Informações Hospitalares: fonte complementar na vigilância e monitoramento de doenças de notificação imunopreveníveis. *Informe Epidemiológico do SUS* 2000. 9 (2): p. 87-110.

LOURO, G.L. “Teoria *queer*: uma política pós-identitária para a educação”. In: *Revista Estudos Feministas*, 2001. 9(2):541-553.

LUCCHESI, P. Introdução: Políticas Públicas em Saúde.[internet], 2004. Disponível em: <<http://www.ppge.ufrgs.br/ats/disciplinas/11/lucchese-2004.pdf>> acessado em 31/07/2011

MACPHAIL, C.; WILLIAMS, B.; CAMPBELL, C. Relative Risk of HIV Infection among Young Men and Women in a South African Township. *International Journal of STD and AIDS*, n. 13, 2002, p.331-42.

MAC REA, E. A construção da igualdade: identidade sexual e política no Brasil da abertura. Campinas: Editora da Unicamp; 1990.

MANN, J; GRUSKIN, S; GRODIN, M A; ANNAS, G J. Health and human rights: a reader. New York: Routledge; 1999. p. 5-20.

MANN, J. *et al.* “A Aids no mundo: Prefácio à edição original”. In: MANN, J., TARANTOLA, D. J. M. (Org.) A Aids no mundo. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ABIA/IMS/UERJ. 1993.p. xvii, xviii.

MANN, J. *et al.* (orgs.) Aids no Mundo.Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ABIA/IMS-UERJ, 1992.

MANN J, TARANTOLA DJM, NETTER T. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. In: Parker R. A AIDS no mundo. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1993. p. 276-300.

MARANDOLA JÚNIOR, E & HOGAN, D J. **O risco em perspectiva: tendências e abordagens**. Geosul, Florianópolis, v. 19, n. 38, p 25-58, jul./dez. 2004. Disponível em <http://journal.ufsc.br/index.php/geosul/article/view/13431/12328> acessado em 11/01/2012

MARIANO, Silvana Aparecida; CARLOTO, Cássia Maria. Gênero e combate à pobreza: programa bolsa família. *Rev. Estud. Fem.*, Florianópolis, v. 17, n. 3, Dec. 2009 . Available

from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-026X2009000300018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2009000300018&lng=en&nrm=iso)>. access on 05 Jan. 2012.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2009000300018>.

MARQUES, M C C. Saúde e poder: a emergência política da AIDS/HIV no Brasil. *História, Ciênc Saúde* 2002; 9(Supl), p.41-65.

MIRANDA, A A. AIDS e cidadania: avanços e desafios na efetivação do direito à saúde de soropositivos. In: MS-SVS-PN/DST/AIDS. *Direitos Humanos e HIV/AIDS: Avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil. Série B. Textos Básicos de Saúde Série Parcerias e Mobilização Social*; n. 6. Brasília, 2008, p.9-24

MASGRAU, R. Campanha de Prevenção à AIDS foca mulheres acima de 50 anos. *JusBrasil Política*, 2009. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/politica/1611449/campanha-de-prevencao-aAIDS-foca-mulheres-acima-de-50-anos>>. Acessado em 09/07/2011

MATTOS, R. Sobre os limites e as possibilidades dos estudos acerca dos impactos das políticas públicas relativas à epidemia de HIV/AIDS: algumas reflexões metodológicas feitas a partir do caso brasileiro. In: PACKER, R. et al. (eds.). *Saúde, desenvolvimento e política: respostas frente à AIDS no Brasil*, São Paulo: Editora 34, 1999, p. 29-90.

MENDES, A. C. G., ALBUQUERQUE, P. C. *et al.* Sistema de Informações Hospitalares: fonte complementar na vigilância e monitoramento das doenças de transmissão vetorial. *Informe Epidemiológico do SUS* 2000. 9 (2). p.125-136.

MENDES, A. C. G., MEDEIROS K. R. *et al.* Sistema de Informações Hospitalares: fonte complementar na vigilância e monitoramento das doenças de veiculação hídrica. *Informe Epidemiológico do SUS* 2000. 9 (2). p.111-124.

MENDES, A C G *et al.* Avaliação do sistema de informações hospitalares - SIH/SUS como fonte complementar na vigilância e monitoramento de doenças de notificação compulsória. *Inf. Epidemiol. Sus*, Brasília, v. 9, n. 2, jun. 2000 disponível em <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-16732000000200002&lng=es&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16732000000200002&lng=es&nrm=iso)>. Acessado em 26/07/2011. doi: 10.5123/S0104-16732000000200002.

MORAES, I H S. *Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania*. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO; 1994.

MORAIS DE SÁ, C A e COSTA, T. *Corpo a Corpo contra a AIDS*. Rio de Janeiro, Revinter, 1994.

MOREIRA, M L. Sistema de Informação em Saúde: a Epidemiologia e a gestão de serviços. *Saúde e sociedade* 1995; 4(1/2), p. 43-46.

MOREIRA, N C; De ALMEIRA, A L T; FERREIRA, M A M; Da MATTA, I B. Programa de transferência de renda mínima e atividade complementar de renda: uma análise sobre o empoderamento das mulheres. *Revista de C. Humanas*, Vol. 10, Nº 1, p. 198-212, jan./jun. 2010. Disponível em <http://www.cch.ufv.br/revista/pdfs/vol10/artigo8evol10-1.pdf>. Acessado em 05/01/2012

MOSCOVICI, S. La Psychanalyse, son Image et son Public: étude sur la représentation sociale da psychanalyse. Paris, PUF, 1961, p. 649.

MUNOZ SANCHEZ, Alba Idaly; BERTOLOZZI, Maria Rita. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, Apr. 2007 . Available from <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000200007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200007&lng=en&nrm=iso)>. access on 11 Jan. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200007>.

\_\_\_\_\_. A Representação Social da Psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 1978, p. 291.

NEMES, M I B. Ações programáticas em saúde: recuperação histórica de uma política de programação. Em: Schaiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, orgs. Programação em saúde hoje. São Paulo: Hucitec; 1990. p. 65–116.

Novellino, M S F. e Belchior, J R. Feminização e transmissão intergeracional da pobreza no Brasil. Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais-ABEP, realizado em Caxambú- MG – Brasil, de 29 de setembro a 03 de outubro de 2008. Disponível em [http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008\\_1287.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008_1287.pdf). Acesso em 05/01/2012

OLIVEIRA, Rosa Maria Rodrigues de. Gênero, direitos humanos e impacto socioeconômico da AIDS no Brasil. Rev. Saúde Pública, São Paulo, 2011 . Available from <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102006000800011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000800011&lng=en&nrm=iso)>. access on 06 July 2011. doi: 10.1590/S0034-89102006000800011.

OLIVEIRA, R M R de. Gênero, direitos humanos e impacto socioeconômico da AIDS no Brasil. Rev Saúde Pública 2006;40(Supl), p.80-87

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS (OEA). *Protocolo adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais “Protocolo de San Salvador”*. San Salvador, 1988.

PAES-SOUSA, R & QUIROGA, J. Programas de transferência de renda e redução da pobreza e das desigualdades sociais no Brasil, no período de 2004 a 2011. In: Brasil, Ministério de Saúde- Secretaria de Vigilância em Saúde/MS. Saúde Brasil 2010: Uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cap\\_12\\_saude\\_brasil\\_2010.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cap_12_saude_brasil_2010.pdf). Acessado em 05/01/2012

PAIVA, M. S. Vivenciando a gravidez e experienciando a soropositividade para o HIV. 170 fs. (Tese de Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2000.

PAIVA, V. “Sexualidade e gênero num trabalho com adolescentes para prevenção do HIV/AIDS”. In: Parker, R. et al. (orgs.) A AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; ABIA; IMS/UERJ, 1994.

PARADA, A M M. A declaração da OMC sobre acordo TRIPS e saúde pública (Doha, 2001) — Um estudo de caso sobre a liderança brasileira em foros internacionais [dissertação]. Brasília: Universidade Nacional de Brasília; 2005.

PARKER, R. & CAMARGO Jr., K. R. “Aids em Tempos de Globalização”. In: ABIA. *Boletim da ABIA n.44*. Rio de Janeiro. Jan-Mar 2000.

PARKER, R. & CAMARGO JR, K.R. “Pobreza e HIV/AIDS: Aspectos antropológicos e sociológicos”. In: *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16(1), 2000, p.102.

PARKER, R. e GALVÃO, J. Quebrando o Silêncio: mulheres e Aids no Brasil. Rio de Janeiro. Relume-Dumará. ABIA. IMS/UERJ, 1996.

PARKER, R.; TERTO Jr., V; RAXACH, J.C. “Resposta ao HIV na América Latina”. Rio de Janeiro. In ABIA. *Boletim da ABIA n.44*. Jan-Mar 2000.

PARKER, R. Sexo entre homens: consciência da AIDS e comportamento sexual entre homens homossexuais e bissexuais no Brasil. In: PACKER, Richard. et al. (Orgs.). A AIDS no Brasil: 1982-1992. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994. p. 129-149.

PARKER, R.; CAMARGO JR., K.R. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cad. Saúde Pública*, v.16 supl.1. p. 89-102, 2000.

PARKER, R; AGLETON, P. Estigma, discriminação e AIDS. Rio de Janeiro: ABIA [*Coleção ABIA: Cidadania e Direitos, 1*]; 2001. p. 9-12.

PARKER, R. Ed. Solidariedade: a ABIA na virada do milênio. Rio de Janeiro: ABIA; 2001.

PETUCO, D R da S. De susto, de bala ou de vício? In: MS-SVS-PN/DST/AIDS. Direitos Humanos e HIV/AIDS: Avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil. Série B. *Textos Básicos de Saúde Série Parcerias e Mobilização Social*; n. 6. Brasília, 2008, p. 89-95

PIOVESAN, Flávia. Direitos humanos, acesso a medicamentos e propriedade intelectual: desafios e perspectivas. In: MS-SVS-PN/DST/AIDS. Direitos Humanos e HIV/AIDS: Avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil. Série B. *Textos Básicos de Saúde Série Parcerias e Mobilização Social*; n. 6. Brasília, 2008, p.33-42

REIS, A C; SANTO, E M dos; CRUZ, M M da. A mortalidade por AIDS no Brasil: um estudo exploratório de sua evolução temporal. *Epidemiol.Serv.Saúde*, Brasília, 16(3), p.195-205, jul-set, 2007

REIS, E. “Reflexões sobre o *homo sociologicus*.” In: *Processos e escolhas: estudos de sociologia política*. Rio de Janeiro: Contra capa, 1998, p .43-64.

REIS, F.W. “Identidade política e a teoria da escolha racional”. In: *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, nº. 6, vol. 3, fev. 1988.

REIS, T. Direitos humanos, HI V/AIDS e a população GLBT. In: MS-SVS-PN/DST/AIDS. Direitos Humanos e HIV/AIDS: Avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil. Série B. *Textos Básicos de Saúde Série Parcerias e Mobilização Social*; n. 6. Brasília, 2008, p.55-71

RIVERO, P. “Entre la libertad y la determinación: la responsabilidad de la decisión. Instrumentos para una interpretación contemporánea de las acciones sociales”. In: *Revista de Ciencias Sociales, Departamento de Sociología, Año XIX / N° 23* p. 100-118, Universidad de la Republica, Montevideo, Uruguay. Diciembre 2006

RODRIGUES Jr., A L e CASTILHO E A de. A epidemia de AIDS no Brasil, 1991 – 2000: descrição espaço-temporal. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 37 (4), p.312-317, jul-ago, 2004

SADER, E. *Quando novos personagens entram em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo, 1970-80*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

SALAZAR, A L; GROU, K B; SCHEFFER, M. A judicialização dos anti-retrovirais no Brasil. In: MS-SVS-PN/DST/AIDS. Direitos Humanos e HIV/AIDS: Avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil. Série B. *Textos Básicos de Saúde Série Parcerias e Mobilização Social*; n. 6. Brasília, 2008, p.43-52

SAMPAIO, J. & ARAUJO, J. R. J. L. Análise das políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em AIDS. *Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil*, 2006, p. 335-346.

SANTOS, A F de M; ASSIS, M de. Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de literatura. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2011; 14(1), p.147-157.

SANTOS, J. B. Redes sociais e fatores de risco e de proteção para o envolvimento com drogas na adolescência: avaliação e abordagem no contexto da escola. [Dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília. 2006

SCANDOLA, E M. Direitos humanos e HI V/AIDS: um campo de militância, negociações, contradições e vivências. In: MS-SVS-PN/DST/AIDS. Direitos Humanos e HIV/AIDS: Avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil. Série B. *Textos Básicos de Saúde Série Parcerias e Mobilização Social*; n. 6. Brasília, 2008, p.140-150

SCHMID, G P; WILLIAMS, B G; CALLEJA, J M G; MILLER, C; SEGAR, E; SOUTHWORTH, M; TONYAN, D; WACLOFF, J & SCOTT, J. The unexplored story of HIV and ageing. *Bulletin of the World Health Organization* 2009, 87(3): 161-244. Disponível em: < <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/3/09-064030/en/index.html>>. Acessado em 09/07/2011

SILVA, L L de. (Dalva Teodorescu). AIDS e homossexualidade em São Paulo [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1986.

SILVA JUNIOR, J. B., MENDES, A. C. G. *et al.* Sistema de Informações Hospitalares: fonte complementar na vigilância e monitoramento de doenças transmitidas entre pessoas. *Informe Epidemiológico do SUS* 2000. 9 (2). p.137-162.

SIMÕES-BARBOSA, R.H. AIDS e Gênero: As mulheres de uma comunidade favelada. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz. 1993

SOUSA, M C P de; ESPIRITO SANTO, A C G do; MOTTA, S K A. Gênero, vulnerabilidade das mulheres ao HIV/AIDS e ações de prevenção em bairro da periferia de Teresina, Piauí, Brasil. *Saude soc.*, São Paulo, v. 17, n. 2, June 2008 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902008000200007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200007&lng=en&nrm=iso)>. access on 06 July 2011. doi: 10.1590/S0104-12902008000200007.

SOUSA JUNIOR, J G de. Na rua a construção da cultura e cidadania. *Revista do Sindjus: Sindicato dos Trabalhadores do Poder Judiciário e do Ministério Público da União no DF*, Brasília, ano XV, n. 35, nov. 2006a.

SOUSA, V C de; SALDANHA, A A W; ARAÚJO L F. Viver com AIDS na Terceira Idade. In: Congresso Virtual. Anais do 7. Congresso Virtual HIV/AIDES 2006. Disponível em: <[http://www.AIDScongress.net/Modules/WebC\\_Docs/GetDocument.aspx?DocumentId=236](http://www.AIDScongress.net/Modules/WebC_Docs/GetDocument.aspx?DocumentId=236)> > Acessado em 09/07/2011

SOUSA, A. M. A Epidemia pelo HIV/Aids e suas repercussões sobre a saúde da população moçambicana (1986 a 2003). [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) – FIOCRUZ. 2007.

SPENCER, B. Contexte normatif du comportement sexuel et choix des stratégies de prévention. *Population*. V. XLVII, n.5, 1993. p.1411-1436.

SLOVIC, P. Trust, emotion, sex, politics, and science: Surveying the risk-assessment battlefield. *Risk Analysis*, 19, 1999. p. 689-701.

SZWARCWALD, C.L.; BASTOS, F.I.; ESTEVES, M.A.P.; ANDRADE, C.L.T. A disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. *Cad. Saúde Pública*, v.16 supl.1, 2000. p.7-19.

TANAKA, O. U; ESCOBAR, E M A; GIMENEZ A S M; CAMARGO, K G; LELLI, C L S; YOSHIDA, T M. Gerenciamento do setor saúde na década de 80, no Estado de São Paulo, Brasil. *Ver Saude Publica*. 1992; 26(3), p.185–94.

TEIXEIRA, P. R. Políticas públicas em AIDS. In: PARKER R, ed. Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA; 1997. p 143–68.

THIELEN, I. P., HARTMANN, R. C., & SOARES, D. P. Percepção de risco e excesso de velocidade. *Caderno Saúde Pública*, 24, 2008, p.131-139.

TRAVASSOS, C. O Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SIH-SUS. 1996. Mimeo.

TURNER, S. B. *Status*. Lisboa: Editorial Estampa, 1989, p. 11-26 e 99-116



UNAIDS – A ONU e a Resposta à Aids no Brasil. Brasil. 2008

UNAIDS/OMS – A tendência nos oito anos indica que as novas infecções pelo HIV diminuíram 17%: o maior avanço aconteceu na África Sub-saariana. Genebra/Xangai/Brasília [2009] 2010.

UNAIDS; WHO. *AIDS Epidemic Update, 2006*. Geneva: UNAIDS, 2006. Disponível em: [http://data.unaids.org/pub/epiReport/2006/2006\\_epiUpdate\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/epiReport/2006/2006_epiUpdate_en.pdf). Acesso em: 02 junho. 2010.

UNESCO. *EFA Global Monitoring Report 2007: strong foundations: early childhood care and education*. Paris: UNESCO, 2010. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001477/147794e.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2010

VALLE, C G. Identidades, doença e organização social: um estudo das pessoas vivendo com HIV e AIDS. *Horizontes Antropológicos*. 2002;8(17):179–210.

VIDAL; E C F; BRAGA, V A B; SILVA, M J DA; PINHEIRO, A K B. Políticas Públicas para pessoas com HIV: Discutindo Direitos Sexuais e Reprodutivos. *Rev. Rene*. Fortaleza, v. 10, n. 2, p. 166-174, abr./jun.2009

VILLELA, W. Oficinas de sexo mais seguro para mulheres: Abordagens metodológicas de avaliação. São Paulo: EPAIDS/USP, 1996.

VILLELA, W. V.; DINIZ, S. A epidemia da AIDS entre as mulheres: aprendendo a enfrentar o desafio. São Paulo: NEPAIDS/CFSS, 1998, p.60.

WHO; UNAIDS. *Progress in Scaling Up Access to HIV Treatment in Low and Middle-Income Countries, 2006: fact sheet*. Geneva: OMS, UNAIDS, 2006. Disponível em: [www.who.int/hiv/toronto2006/fs\\_Treatment\\_en.pdf](http://www.who.int/hiv/toronto2006/fs_Treatment_en.pdf). Acesso em: 02 jun. 2010

WYNNE, B. Risk and social learning: Reification to engagement. In S. Krimsky & D. Golding (Eds.), *Social theories of risk*. London: Praeger. 1992, p. 275-300.

WOLKMER, A C. Os movimentos sociais como fonte de produção de novos direitos. *Revista da AATR*, [S.l.], v. 3, 2005, p. 103-108.

WRITE, K L. The ecology of medical care. *Journal of Medicine* 1962; p 265: 885-892.

VERAS, C M T; MARTINS, M S. A confiabilidade dos dados nos formulários de autorização de internação hospitalar (AIH). *Cadernos de Saúde Pública* 1994; 10(3), p. 339-355.

ZORNITA, M. Os novos idosos com AIDS: sexualidade e desigualdade à luz da bioética. Rio de Janeiro. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - Fundação Oswaldo Cruz; 2008.

## ANEXO

Número de internações por sexo segundo faixa etária – Morbidade Hospitalar do SUS por local de internação – Brasil, 1998-2009.

Faixa etária	Norte			Nordeste				Sudeste				Sul			CentroOeste		
	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Ign	Total	Masc	Fem	Ign	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total
Menor 1 ano	222	152	374	346	190	0	536	1.019	923	0	1.942	603	547	1.150	138	84	222
1-4 anos	337	308	645	1.665	1.506	0	3.171	2.674	2.439	0	5.113	789	862	1.651	174	179	353
5-9 anos	451	349	800	1.643	1.980	0	3.623	3.228	3.256	0	6.484	953	813	1.766	168	214	382
10-14 anos	395	421	816	635	715	0	1.350	1.951	1.926	0	3.877	583	465	1.048	92	140	232
15-19 anos	431	650	1.081	536	827	0	1.363	1.412	1.795	0	3.207	564	800	1.364	88	136	224
20-24 anos	1.932	1.610	3.542	2.767	2.244	0	5.011	5.657	5.560	0	11.217	3.418	3.045	6.463	694	676	1.370
25-29 anos	4.544	3.092	7.636	6.504	3.844	0	10.348	17.475	11.741	0	29.216	8.273	5.847	14.120	1.945	1.303	3.248
30-34 anos	6.149	3.675	9.824	8.469	4.499	0	12.968	29.720	14.933	0	44.653	12.674	6.631	19.305	2.827	1.574	4.401
35-39 anos	6.708	3.343	10.051	8.387	3.462	0	11.849	31.734	14.716	0	46.450	12.340	5.906	18.246	2.920	1.405	4.325
40-44 anos	5.681	2.645	8.326	6.373	2.454	0	8.827	25.147	10.978	0	36.125	9.698	4.501	14.199	2.146	950	3.096
45-49 anos	3.690	1.855	5.545	3.734	1.416	0	5.150	14.950	7.093	0	22.043	6.047	3.120	9.167	1.313	554	1.867
50-54 anos	2.025	927	2.952	2.159	753	0	2.912	8.428	4.278	2	12.708	3.105	1.813	4.918	743	334	1.077
55-59 anos	1.035	606	1.641	1.097	429	0	1.526	4.303	2.363	0	6.666	1.539	1.076	2.615	358	163	521
60-64 anos	517	260	777	491	240	1	732	2.028	1.292	0	3.320	900	515	1.415	172	119	291
65-69 anos	239	150	389	252	122	0	374	1.102	676	0	1.778	397	251	648	122	87	209
70-74 anos	119	75	194	99	59	0	158	452	396	0	848	154	100	254	45	27	72
75-79 anos	87	24	111	48	25	0	73	190	127	0	317	91	32	123	43	23	66
80 +	41	20	61	60	53	0	113	195	100	0	295	40	27	67	27	9	36
Idade ignorada	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>34.603</b>	<b>20.162</b>	<b>54.765</b>	<b>45.265</b>	<b>24.819</b>	<b>1</b>	<b>70.085</b>	<b>151.666</b>	<b>84.593</b>	<b>2</b>	<b>236.261</b>	<b>62.168</b>	<b>36.351</b>	<b>98.519</b>	<b>14.015</b>	<b>7.977</b>	<b>21.992</b>
<b>TOTAL</b>	<b>481.622</b>																
<b>GERAL</b>																	

Fonte: Base de dados do Ministério de Saúde/DATASUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS.

Legenda: Masc – Masculino

Fem - Feminino