

Silenciosa conveniência: mulheres e Aids

*Quiet convenience:
women and AIDS*

Espelho das desigualdades: marcas de sexismo e racismo

A epidemia da Aids segue como um importante paradigma para analisarmos as desigualdades sociais, econômicas, de gênero, raça e a vivência da sexualidade. Expõe a exploração e a opressão, decorrentes das relações capitalistas e patriarcais; no tocante à vivência da sexualidade, tais determinações apontam limites para o enfrentamento da epidemia da Aids circunscrevendo as fronteiras das estratégias de prevenção e de promoção de vida saudável para as pessoas vivendo com HIV e Aids adotadas pelas políticas públicas.

Embora o Brasil tenha um dos melhores programas de prevenção e tratamento de HIV/Aids do mundo, “este nível de excelência — que, diga-se de passagem, foi em grande parte construído pelas organizações não governamentais — não tem sido suficiente para impedir a feminização da epidemia; e mais, a feminização negrófila, ou seja, sua chegada às mulheres negras” (Werneck, 2001).

De acordo com o último Boletim Epidemiológico, foram notificados 608.230 casos de Aids, acumulados de 1980 a junho de 2011, sendo 397.662

* É doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (Recife, PE). Pesquisadora do Núcleo de Estudos em Direitos Sociais e Políticas Sociais – NEPPS/UFPE. E-mail: msolgrocha@gmail.com.

** É professora da Pós Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco (Recife, PE) e Pesquisadora do Núcleo de Estudos em Direitos Sociais e Políticas Sociais – NEPPS/UFPE. E-mail: anac.vieira@uol.com.br

*** É professor do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco (Recife, PE) e líder do grupo de pesquisa Gênero e Masculinidades – Gema/UFPE. E-mail: jorglyra@gmail.com

(65,4%) no sexo masculino e 210.538 (34,6%) no sexo feminino. A razão de sexo vem diminuindo ao longo dos anos. Em 1985, para cada 26 casos entre homens, havia um caso entre mulher. Em 2010, essa relação é de 1,7 homens para cada caso em mulheres (Brasil, 2012).

A taxa de prevalência da infecção pelo HIV, na população de 15 a 49 anos, mantém-se estável em 0,6% desde 2004, sendo de 0,4% entre as mulheres e 0,8% entre os homens. A taxa de incidência se estabilizou com tendência à queda nos anos mais recentes, no país como um todo, em decorrência do arrefecimento da epidemia nas regiões Sudeste e Centro-Oeste. Entretanto, observa-se que nas demais regiões – Norte, Nordeste e Sul – houve uma tendência ao crescimento no período de 2003 a 2007 (Brito *et al.*, 2011). Em média, foram identificados em torno de 35 mil novos casos por ano. São cerca de 240.000 mulheres infectadas no país. Foram 11.965 mortes em 2010 (Brasil, 2012).

O coeficiente de mortalidade vem se mantendo estável no país, desde 2000, em torno de 6 óbitos por 100 mil habitantes. Desde 1995, com o uso de antirretrovirais, o número de óbitos apresentava diminuição. Nos últimos oito anos, as mortes por Aids em homens caem e em mulheres mantêm-se estáveis, particularmente no Nordeste brasileiro (Brito *et al.*, 2011).

Com a iniciação da vida sexual mais cedo, as adolescentes brasileiras estão expondo-se às infecções sexualmente transmissíveis e aos riscos do abortamento feito na clandestinidade. O uso irregular, ou o não uso, de métodos preventivos é percebido no crescimento dos casos de Aids entre jovens, sendo que, entre as meninas, a principal via de transmissão são as relações sexuais desprotegidas. Entre jovens de 13 a 19 anos, o número de casos de Aids é maior entre as meninas. A inversão ocorre desde 1998, com 8 casos em meninos para cada 10 casos em meninas (Brasil, 2008).

Desde o final dos anos 1990 os dados do Ministério da Saúde, bem como os de diferentes estudos, apontavam que mais da metade das mulheres portadoras do HIV tiveram, em média, de dois a três parceiros ao longo da vida. Essa tendência seguiu pelos anos seguintes, o que desfaz o mito da promiscuidade associada à infecção pelo HIV em mulheres.

Em relação à transmissão vertical, o Brasil reduziu em 41,7% a incidência de casos de Aids em crianças menores de cinco anos de idade. A queda na taxa de transmissão da mãe para o bebê é resultado dos cuidados no pré-natal e pós-parto. Propagam-se casos de Aids em municípios distantes

das principais áreas metropolitanas. Em 1985, a doença havia atingido dez municípios brasileiros e, em 1995, 950 municípios. Desde o início dos anos 2000, das dez cidades com maior taxa de incidência, apenas duas delas eram capitais de estados (Brasil, 2011).

Os dados epidemiológicos apontam para o que pesquisadores conceituaram como interiorização, feminização e pauperização da epidemia. Pode-se inferir pela trajetória da epidemia que a Aids avançou na última década em comunidades menos assistidas por serviços públicos ou assistidas por serviços incapazes de atender casos de uma doença de alta complexidade.

No contexto da Aids, a aguda situação de desigualdade social e econômica das mulheres aumenta sua vulnerabilidade. Pesquisa do Instituto Patrícia Galvão (2003) corrobora essa informação, desde no início dos anos 2000, quando descreve o perfil das mulheres entrevistadas que viviam com HIV/Aids: 68% não tinham parceiros fixos, 60% tinham renda mensal entre R\$ 100 e R\$ 200, e 65 % havia estudado apenas até o primeiro grau. Cerca de 70% tinha de um a três filhos.

Dados sobre desigualdades de gênero e raça, analisados em 2008 pela Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres (SPM), revelam que mulheres negras recebem cerca de metade do que ganham mulheres brancas e um terço do que ganham homens brancos. Em relação à taxa de desemprego da população de 16 anos ou mais de idade, segundo sexo e cor/raça, as mulheres negras são 12,2% das desempregadas, enquanto as mulheres brancas são 9,2%. Entre os homens 6,4 % são negros e 5,3% são brancos.

Apesar das mulheres formarem um contingente de 65% dos analfabetos no mundo, o Ministério da Saúde afirma que o grau de escolaridade, quando utilizado de forma isolada, não indica a situação socioeconômica da população, entretanto, esse indicador se constitui como referência internacional para medir o avanço da Aids. Segundo o Programa Nacional de DST/Aids (Brasil, 2007a), 52% dos casos em mulheres no Brasil ocorrem entre aquelas sem escolaridade e que não concluíram o primeiro grau de ensino fundamental.

O IBGE revela também que o número das residências chefiadas por mulheres cresceu 35% no período de 1995 a 2005. Sinteticamente, as mulheres têm menores salários, estão mais expostas ao desemprego, têm menor escolaridade e estão se tornando, sozinhas, responsáveis pelas famílias.

Numa perspectiva de gênero, o perfil epidemiológico e socioeconômico demonstra que a epidemia no Brasil é qualificada como uma doença social-

mente determinada (Barbosa, 2002). Mesmo o poder aquisitivo, a escolaridade e a independência financeira não tiram as mulheres da vulnerabilidade à infecção, por conta das desigualdades de gênero e porque as mulheres se consideram menos expostas ao risco, talvez pela entrada tardia na dinâmica da epidemia (Villela e Arilha, 2003; Bastos, 2001).

Numa análise de políticas de saúde, a epidemia exige serviços de referência e tecnologia para prevenção e tratamento. No entanto, a Aids no Brasil avança em um contexto de baixa implementação do SUS, como é o caso da maioria das cidades do interior do Nordeste. Isso nos leva a analisar os limites da descentralização e da integralidade que dificultam o acesso aos serviços de saúde e a consolidação da universalidade do SUS nos últimos 30 anos.

Vulnerabilidades, mulheres e Aids

A vulnerabilidade das mulheres à infecção do HIV, em que pesem determinações biológicas, agrava-se em situações de desigualdade de gênero, quando as negociações para a prevenção tornam-se mais difíceis (Spink, 1999). Além do sexo não consensual “as relações sexuais desprotegidas por falta de poder de negociação do preservativo e os comportamentos de risco adotados por seus parceiros, contribuem para aumentar a vulnerabilidade das mulheres ao HIV” (Villela e Sanematsu, 2003).

No contexto da Aids, o conceito de vulnerabilidade se aproxima do conceito de saúde presente nas políticas nacionais. Foi formulado em 1992, pelo cientista Jonathan Mann. Contrariamente às noções de grupos de risco: homossexuais, imigrantes haitianos nos Estados Unidos, usuários de drogas, principalmente heroína, hemofílicos ou “comportamento de risco”, concebidos pela epidemiologia, a ideia de vulnerabilidade buscava complexificar o entendimento sobre a epidemia da Aids (Ayres, 2002. Bastos, 2006).

A noção de vulnerabilidade, formulada no contexto da Aids, estabelece uma relação entre ética, política e direitos como campos fundamentais para coibir o crescimento da epidemia. Sua aplicação conecta três dimensões: social, referente às condições de vida, numa perspectiva de direitos humanos; programática, relativa à efetivação de políticas; e individual, relacionada a comportamentos individuais no meio social (Mann *et al.*, 1993).

A ideia formulada sobre vulnerabilidade orienta muitos programas mundiais, apesar de se considerarem internacionalmente “diversas epidemias”. Ao analisar os impactos da feminização da epidemia sob a ótica das relações de

gênero-classe-raça e sexualidade, observa-se que nessa combinação de fatores os impactos sobre as mulheres são semelhantes em várias partes do mundo.

Estudos sobre a Aids, tanto no mapeamento da epidemia como no significado da mortalidade, são permeados pelo enfoque ocidental, branco, de classe média, masculino, *gay* (Parker e Aggleton, 2002; Susser, 2009, 2010). Da mesma maneira, a perspectiva das políticas para controlar o avanço da epidemia entre mulheres é heteronormativa e focada na reprodução, o que pode explicar o distanciamento de pesquisas e ausência de respostas condizentes com as necessidades das mulheres e da população negra (Rocha, 2011a).

Também, é emblemático o silêncio nas políticas de saúde acerca da relação entre mulheres lésbicas e Aids. A transmissão do HIV/Aids é baixa entre lésbicas, contudo é sabido que sexo entre mulheres ainda é tratado com muito preconceito pela medicina e, portanto, esses dados podem estar relacionados a uma falta de conhecimento sobre as formas de risco e prevenção do HIV/Aids nesse segmento, e conseqüentemente o acesso dessas mulheres a uma assistência adequada é limitado (Melo, 2010).

Dessa forma, a política de enfrentamento da Aids, que está orientada pelo conceito de vulnerabilidade, avançou em relação à concepção original de risco associado a atitudes individuais e se manteve relacionada às causas sociais e culturais da infecção. Tal concepção aproxima-se da ideia de determinação social adotada na saúde, que se refere à ação humana como promotora de adoecimentos e de recuperação de saúde (Brasil, 2008). Entretanto, não assegura uma visão de totalidade de determinação social, que analisa os processos de saúde-doença inseridos nas relações capitalistas de produção, suas contradições e repercussões na construção das relações sociais.

Políticas públicas para o controle de HIV/Aids: prevenção e tratamento

O incremento da política brasileira de prevenção e tratamento das DSTs e do HIV/Aids se deu nos anos de 1992 e 1993, quando houve um esforço de articulação com outros programas de saúde. Em 1994, iniciativas apoiadas com os recursos dos SUS e de projetos junto ao Banco Mundial iniciaram uma nova fase para a consolidação do Programa Nacional de Combate às DST/ HIV/Aids.

Foi estabelecida uma rede nacional de suporte laboratorial e implantadas redes nacionais de Centros de Testagem e Aconselhamento e de alternativas

assistenciais¹, consolidando a rede nacional de direitos humanos em DST e Aids. Todas essas estratégias estavam articuladas em diferentes esferas do governo, com ampliação e consolidação de parcerias com organismos internacionais, ONGs, organizações comunitárias e setor privado.

As ações de prevenção visavam à mudança de comportamento por meio de diversas estratégias dirigidas para populações vulneráveis. Tais ações eram implementadas em grande medida pelas organizações não governamentais, através de seleção de projetos localizados em todo o território nacional.

Apesar de a epidemia de Aids ter atingido as mulheres desde o início dos anos 1980, com a primeira notificação em 1983, apenas em 1994 o Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de DST/Aids, organizou as primeiras ações para enfrentar o problema. Na segunda metade dos anos 1990 foram lançadas as primeiras campanhas dirigidas às mulheres, voltadas para a negociação do uso do preservativo com seus parceiros – posteriormente as mensagens estavam voltadas para o incentivo ao seu uso.

Observa-se, por um lado, a centralidade das políticas públicas no imperativo uso do preservativo; por outro, as instituições resistem de forma conservadora a tratar abertamente das práticas sexuais mais seguras no contexto das sexualidades. Tais resistências encontram raízes na história brasileira no âmbito da saúde pública. De acordo com Parker e Aggleton (2002), apesar do tempo que separa a epidemia do HIV/Aids e a antiga epidemia da sífilis, em ambas as situações a ação de ativistas para formular a política pública adotaram estratégias de combate ao conservadorismo das políticas higienistas, que resultaram em décadas de controle da sexualidade e encontraram resistências e limites para a sua implementação. São exemplos as políticas controlistas sobre os corpos femininos, que resultaram em marcas de esterilização, de desinformação e de associação do prazer com a reprodução biológica, o que traz repercussões para prevenção da epidemia da Aids.

A prevenção ainda está centrada no corpo dos homens, o que deixa as mulheres em desvantagem para realizar o uso da camisinha. Saliente-se que é difícil a negociação da prevenção em situações de desigualdades, expressas por meio de sexismo, racismo, diferenças geracionais e diferenças de classes

¹ Em 1997, no mesmo ano em que morre o sociólogo Herbert de Souza, o Betinho, que tinha hemofilia e foi contaminado por transfusão de sangue, foi implantada a Rede Nacional de Laboratórios para o monitoramento de pacientes com HIV em terapia com antirretroviral, com a realização de exames de carga viral e contagem de células CD4 (células que fazem parte do sistema de defesa do organismo ou sistema imunológico).

sociais. Essas situações combinadas podem gerar violência e impossibilitar a negociação.

Por outro lado, no campo da assistência, a Coordenação Nacional de DST/Aids concentrou a atenção na prevenção da transmissão vertical do HIV. Assim, tal problemática colocou no centro da atenção a necessidade de uma melhoria das políticas de assistência ao pré-natal, visando à prevenção da transmissão vertical e uma série de outros aspectos importantes associados à saúde reprodutiva.

No âmbito do tratamento, o surgimento, em 1996, do esquema de terapia antirretroviral (ARV) não só trouxe a esperança para pessoas viverem com HIV/Aids mas, principalmente, agiu no plano simbólico: a Aids não era mais sinônimo de morte. O tratamento com ARVs, popularmente conhecidos como “coquetel”, permite melhoria de qualidade de vida. Entretanto, viver com Aids usando o “coquetel” trouxe novos desafios, porque essa vivência também está permeada de desigualdades oriundas das determinações sociais. Vale salientar que

a qualidade de vida tem a ver com a precedência da igualdade sobre a liberdade, considerando que as necessidades sociais devem ser satisfeitas de acordo com um padrão moral e legal de justiça distributiva estabelecido previamente. [...] Assim, a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/Aids está estreitamente associada às políticas sociais e aos serviços públicos garantidos por cada nação, em resposta às lutas sociais, portanto, uma história situada e datada (Vieira, 2011, p. 2).

O Brasil tem editado leis, portarias e pareceres que asseguram os direitos das pessoas que vivem com HIV e Aids. Por causa do sucesso do uso combinado dos antirretrovirais para a melhoria da qualidade da saúde dos portadores do HIV, o governo brasileiro ampliou a distribuição de medicamentos para todos os pacientes com Aids, destoando das recomendações do Banco Mundial, que afirmava que “as terapias antirretrovirais seriam pouco eficazes em termos de custo, e um subsídio exagerado aos pacientes com Aids” (Mattos e Terto Jr., 2001, p. 126).

Entretanto, o acesso a medicamentos antiretrovirais e o desenvolvimento de vacinas ou microbicidas estão permeados de interesses econômicos nas dinâmicas do sistema capitalista que atingem o cotidiano da atenção à saúde e precarizam o acesso universal a um sistema de saúde, que é um preceito constitucional no Brasil.

A indústria farmacêutica, na produção de antirretrovirais, segue acordos comerciais que privatizam o direito universal à saúde. Grande parte dos centros de pesquisas está ligada a grandes laboratórios multinacionais (Barreira, 2005). Essa lógica também serve para observar o lento processo dos estudos sobre vacinas anti-HIV e métodos de proteção controláveis pelas mulheres, como os microbicidas anti-HIV. Sabe-se que o desenvolvimento de vacinas anti-HIV é complexo, encontra obstáculos na neutralização do vírus, na variabilidade do HIV 1 e nas questões éticas relacionadas a testes em humanos, todavia, ativistas perguntam nas conferências e mobilizações: por que a vacina ainda não é uma realidade? (Beloqui, 2005).

A mesma pergunta pode ser feita em relação aos microbicidas anti-HIV, substância aplicada no interior da vagina capaz de reduzir a transmissão do vírus. Persistem vários e difíceis desafios para se chegar a um produto pronto para ser usado pelas mulheres. As pessoas que vivem com Aids dependem de um atendimento de alta complexidade, centrado em procedimentos de alta tecnologia para diagnósticos e tratamentos. Como afirma Bastos, “a Aids segue em expansão, com marcadas assimetrias regionais e populacionais. Os padrões de disseminação da epidemia conformariam hoje uma espécie de espelho invertido das riquezas do mundo” (Bastos, 2006, p. 83).

A adesão ao tratamento também é analisada por ativistas como um espaço revelador dessas desigualdades. Manter o tratamento é um desafio, pois significa tomar uma quantidade significativa de comprimidos ao longo do dia. Algumas drogas devem ser tomadas com líquidos ou comidas específicas, ou ser preservadas em geladeiras, o que encontra limitações em situação de pobreza. Manter essa rotina muitas vezes requer privacidade. Isso se torna tanto mais difícil se, no local do trabalho – em empresas ou no trabalho doméstico –, não se sabe da condição do/a empregado/a.

Os efeitos colaterais dos medicamentos, quando associados às desigualdades de gênero em que vivem as mulheres, apontam para grandes desafios, entre eles, a vivência de mulheres HIV positivas [que além da sua condição de soropositividade] sofrem discriminação, abandono e violência. O mesmo acontece com mulheres cujos parceiros ficam doentes ou morrem devido a doenças oportunistas relacionadas à Aids. Elas perdem seus lares, herança, posses, meios de subsistência e mesmo suas crianças (Brasil, 2007a).

Além disso, os efeitos colaterais, como a lipodistrofia que altera a distribuição de gordura no corpo, afeta a autoestima e, particularmente, impacta

a autoimagem das mulheres, que são bombardeadas todos os dias pela ideia consumista do corpo esculpido dos modelos publicitários. Os medicamentos também trazem efeitos colaterais como aumento de colesterol, diabetes, osteoporose, distúrbios hormonais e vasculares – dramáticos para as mulheres com HIV/Aids. Esses vários fatores contribuem para que usuários/as abandonem o tratamento.

Contudo, ativistas utilizam-se da internacionalização da mobilização social, aportando uma agenda cidadã pelos direitos humanos contra a mercantilização e interesses econômicos que permeiam a epidemia (Barreira, 2005)².

Feministas na luta pela saúde

A construção da política de saúde no Brasil, particularmente o Sistema Único de Saúde (SUS), as políticas dirigidas à saúde das mulheres, assim como as políticas públicas de controle da Aids, acontecem no palco das décadas de 1980 e de 1990, época de democratização e de uma crescente mobilização da sociedade civil por ampliação de direitos.

A área da saúde esteve na “vanguarda” da mobilização dos movimentos sociais. Entretanto, a conjuntura internacional de globalização neoliberal impôs condicionalidades ao já complexo contexto nacional de contrastes e desigualdades sociais resultantes do modelo de crescimento e de desenvolvimento econômico e social adotado nas últimas décadas pelos governos no Brasil (Luz, 2001).

No Brasil a luta dos movimentos sociais para a ampliação de políticas sociais teve seu ápice na Constituição Federal de 1988, destacando-se a seguridade social – que articula as políticas de saúde, assistência social e previdência. O Movimento de Reforma Sanitária, articulado a outros movimentos sociais, dentre eles o movimento feminista, incidiu na formulação da proposta da saúde como direito humano, apoiada nos resultados da VIII Conferência Nacional de Saúde³, realizada em março de 1986.

² Barreira (2005) informa que boa parte dos custos de um medicamento está relacionada à publicidade e não ao desenvolvimento científico. Das 500 empresas mais ricas do mundo, as 10 primeiras são da indústria farmacêutica.

³ O marco do movimento foi o documento *Saúde e democracia*, que foi aprovado pelo Legislativo federal, no início dos anos 1980. Mas foi na VIII Conferência Nacional de Saúde (inclusive transformando-a de um processo burocrático em um processo político, participativo, com cotas de 50% do usuário) que o processo se consolidou e teve como resultado a emenda popular para a nova Constituição de 1988, a única dos movimentos sociais (Sergio Arouca, 2002).

Mais do que um arranjo institucional, o processo da Reforma Sanitária brasileira é um projeto civilizatório, ou seja, pretende produzir mudanças dos valores prevalentes na sociedade brasileira, tendo a saúde como eixo de transformação e a solidariedade como valor estruturante. Da mesma forma, o projeto do SUS é uma política de construção da democracia que visa à ampliação da esfera pública, à inclusão social e à redução das desigualdades (Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, 2006).

Isso significa, na prática, que a implantação do SUS está no campo de disputa de poder entre o discurso e a ordem médica higienista, medicamentosa, hospitalocêntrica, e o discurso de saúde como princípio democrático, que transforma “pacientes” em usuários/as cidadãos/ãs. No item seguinte, destacamos a legislação do SUS que pavimenta a implementação desse sistema de saúde.

O contraste entre o avanço da perspectiva de direitos universais com serviços públicos, adotados nos anos de 1990 pelo SUS, e a perspectiva de engajamento do Estado realizada pelas Instituições Financeiras Multilaterais (IFM) e outros acordos econômicos, pode explicar os limites da efetivação do SUS (Mattos e Terto Jr., 2001).

As políticas de ajuste estrutural iniciadas na década de 1980 impactaram os direitos sociais trazendo retrocessos à efetivação de políticas sociais. Na afirmação de Chossudovsky “incluindo a derrogação dos direitos das mulheres e as conseqüências ambientais nocivas da reforma econômica” (Chossudovsky, 1999, p. 27). O autor analisa que em todo mundo retornam doenças epidemiologicamente controladas, como a tuberculose e a cólera, e avançam epidemias como a Aids. Como afirma Elizabete Mota (1995), com o neoliberalismo não há direitos sociais garantidos, há mercado livre para cidadãos/ãs consumidores. Aos pobres, resta o assistencialismo focalizado em nome do equilíbrio fiscal promovido pelas Instituições Financeiras Multilaterais do sistema de Bretton Woods.

Marcado por contradições e disputas, o SUS é implantado considerando recomendações do projeto sanitário, particularmente enfocando a atenção básica, que é considerada a garantidora da integralidade. Entretanto, no modelo de gestão adotado nos anos 1990/2000, através das NOBS (Normas Operacionais Básicas) e NOAS (Normas Operacionais de Assistência à Saúde), a atenção básica passa a ser responsabilidade dos municípios por meio das agentes comunitárias de saúde (ACS) e do Programa Saúde da

Família (PSF), e se distancia dos preceitos fundamentais, passando a ser focalizada no mínimo do atendimento básico e não expressando a porta de entrada no sistema que garantiria a saúde em todos os níveis de atenção (Merhy e Franco, 1999).

É nesse emaranhado de conceitos e disputas políticas, enfrentando contradições e contextos diversos, que o feminismo brasileiro toma a saúde e a defesa da autonomia e integridade do corpo das mulheres como espaço de luta política. E elege o campo das políticas públicas como *locus* de atuação e reivindicação de direitos. Nesse âmbito emergem, nos anos 1980, políticas específicas para a saúde das mulheres, e esse processo acontece no mesmo período histórico de surgimento da epidemia da Aids no Brasil.

A elaboração do Programa de Atenção Integral de Saúde das Mulheres (PAISM), em 1984, fortalecia a estratégia de atuar nas proposições e controle social das políticas públicas de saúde, em uma iniciativa que se articulava com o SUS e a Constituição Brasileira de 1988. Apesar dos percalços de implementação de uma política integral e de direito universal, as feministas seguiram com o propósito de implementar o PNAISM até a segunda gestão do governo Lula.

Apesar dos esforços e avanços prático-conceituais relacionados ao PAISM, que traz a elaboração da saúde integral das mulheres, a avaliação do próprio movimento feminista informa que essa integralidade continua limitada aos aspectos da reprodução biológica, permeada por outras medidas de proteção à saúde das mulheres, mas que não concretiza o ideal de saúde integral.

Tal campo de luta está inserido no contexto de disputa do SUS, que também não efetivou os princípios fundamentais de integralidade, universalidade e equidade, conforme elaborado inicialmente. Em que pese sua limitada implementação, o SUS ainda é de grande importância para o sentido democrático das políticas sociais no Brasil.

Na perspectiva de autoras feministas – Costa (2004), Aquino *et al.* (1992), Souto (2008) –, o princípio de integralidade é uma base referencial para mudanças nas práticas médicas e na reorganização dos serviços. O movimento feminista enfatizou os direitos sexuais e direitos reprodutivos⁴,

⁴ Os direitos sexuais foram definidos como um campo do direito de viver a sexualidade com prazer e livre de qualquer tipo de opressão, preconceito e discriminação. Enquanto que os direitos reprodutivos dizem respeito aos direitos básicos de toda pessoa tomar decisões de forma livre e responsável sobre contracepção e reprodução e de ter informações e meios para tanto, usufruir o mais alto padrão de saúde sexual e reprodutiva. Desconstruindo assim, internacionalmente, o conceito de planejamento familiar, como política de saúde da mulher.

como campos de embate para a construção das mulheres como sujeitos de direito, sendo os anos 1980 e 1990 profícuos para a disputa por projetos políticos nesse campo.

O significativo peso histórico das disputas políticas relacionadas à questão populacional pode ser percebido nos quase trinta anos de luta por um novo paradigma de saúde das mulheres que rompesse com o binômio materno-infantil. A predominância do projeto nacional de desenvolvimento com ênfase na demografia marcou sobremaneira a orientação de políticas *natalistas* ou *controlistas*, focalizando a saúde das mulheres na reprodução. Dessa forma, também marca “o fazer” contra-hegemônico do movimento feminista na saúde.

Já no início dos anos 1990, momento de fundação da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos e Direitos Sexuais, as feministas apontavam pesquisas que revelavam que em São Paulo a Aids já estava entre as cinco principais causas de mortalidade de mulheres em idade reprodutiva. Tais análises, apoiadas em dados epidemiológicos, alertavam para uma tendência de agravamento dos problemas vividos pelas mulheres relacionados à epidemia do HIV/Aids (Rede Saúde, 1994).

Democracia, cidadania e direitos humanos foram campos de disputa que orientaram a ação feminista nessas últimas décadas. As décadas de 1970 a 1990 foram particularmente importantes para a ampliação de direitos sociais, com a formulação de políticas públicas inscritas na Constituição Brasileira em 1988. Sanitaristas e feministas nesse campo resistem à minimização do SUS idealizado. Entretanto, o poder econômico e as forças políticas neoliberais, com determinações de um modelo de Estado mínimo apoiado por agentes financeiros multilaterais, avançaram, descaracterizando princípios e práticas de uma saúde que deveria ser direitos para todos/as.

O feminismo, diante do campo de disputa e de ser movimento social na relação com o Estado, atua de modos diferentes: ora como força contra-hegemônica, que se expressa com agenda transgressora da ordem vigente defendendo o direito ao corpo, contra o sistema capitalista e patriarcal, ora contribuindo e pactuando com políticas públicas por dentro do sistema hegemônico, que respondam aos problemas da violência, aborto, divisão sexual do trabalho reprodutivo-productivo, dentre outros temas.

Feministas e mulheres organizadas para a melhoria da saúde das mulheres formularam nas últimas décadas um campo ético-conceitual e de práticas

políticas para enfrentar as opressões subjacentes à condição feminina. Nessa direção é veemente a luta contra a mercantilização e usurpação do corpo das mulheres. As estratégias no âmbito da saúde tiveram centralidade nas políticas de controle populacional e na morbi-mortalidade de mulheres. A prioridade ainda é superar o histórico controle patriarcal sobre os corpos das mulheres por meio das políticas de população.

A saúde é escolhida como espaço político-filosófico no qual as feministas nesse campo desenvolvem suas estratégias de lutas por direitos, justiça social e de gênero, contra o racismo e toda forma de discriminação. A saúde é tomada na Rede Feminista de Saúde por mulheres feministas ou não, liberais, radicais ou socialistas, como um campo de disputa de radicalização da democracia. O objetivo comum é realizar o pressuposto de que a saúde das mulheres é uma componente de efetivação dos direitos reprodutivos e direitos sexuais e que é parte dos direitos humanos.

As lutas de ativistas contra a Aids e do feminismo mostram-se de fundamental importância para o desenvolvimento da política brasileira de prevenção e controle das DSTs e HIV/Aids. Tomando as relações de poder que permeiam a epidemia da Aids, localizamos como exemplos (em relação não linear), de um lado, as políticas governamentais, gestores/as e cientistas; e, do outro, as pessoas que vivem com HIV/Aids. Na mediação estão ativistas e representantes de movimentos sociais portadores ou não do vírus.

Tanto na agenda internacional como na nacional, no âmbito do enfrentamento da epidemia da Aids o feminismo adotou a estratégia de inserir o debate sobre Aids e mulheres numa abordagem de gênero articulado com a agenda política dos direitos sexuais e direitos reprodutivos. Ressalta-se que, durante as décadas de 1980 e de 1990, nas quais foi marcante o crescimento da epidemia de Aids entre as mulheres, o movimento feminista estava com suas ações dirigidas à formulação conceitual e política dos direitos reprodutivos e direitos sexuais.

As dificuldades citadas podem estar associadas aos desafios apontados nos documentos de balanço Cairo +5 e Beijing +5 e na avaliação dos 20 anos do Programa de Atenção Integral de Saúde das Mulheres (PAISM). Os documentos analisam que as grandes dificuldades do período 1995-1998 seriam, portanto, a integração sistemática entre esse programa, o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), o Programa de Saúde da Família (PSF)

e, sobretudo, o estabelecimento de agendas de trabalho comuns com o Programa Nacional de DST/Aids (PN/DST/Aids), enfocando a incorporação das prioridades em sexualidade e saúde reprodutiva à nova lógica de gestão e assistência do SUS (Rede Saúde, 2005).

Pode-se aferir que as respostas institucionais para enfrentar a epidemia da Aids em mulheres priorizaram estratégias para prevenção e assistência seguindo dois rumos: primeiro, voltavam-se para prevenção/fornecimento de preservativo para mulheres consideradas como de comportamento de risco ou em maior vulnerabilidade social, o que também pode ser interpretado como grupos focalizados. Segundo, priorizaram a prevenção da transmissão vertical. Embora o tratamento fosse dirigido às mulheres, o objetivo era diminuir a infecção nas crianças, com efetivos resultados, pois em 2006 o Brasil já havia reduzido em mais de 40% o número de casos de transmissão vertical (Rocha, 2011a).

Por outro lado, o enfoque da política de saúde integral das mulheres é relevante na ampliação do pré-natal, no incremento de diagnósticos como iconografias, exames imunológicos e no crescimento do número de exames papanicolau. Nesse sentido, os indicadores relativos à prevenção e ao tratamento de DST/Aids não aparecem especificados com relação às desigualdades de gênero. Também não aparecem dados ou as iniciativas para avaliar a relação entre mortalidade materna e HIV/Aids (Rocha, 2011a).

Apesar dos constantes debates entre o movimento feminista e a Coordenação Nacional de DST/Aids (atualmente denominada Departamento, com o objetivo de desenvolver interfaces com a Área Técnica de Saúde da Mulher), só em meados da década de 1990 é que a Coordenação iniciou aproximação com essa área. No segundo convênio com o Banco Mundial, a população feminina entrou como campo de interesse explícito no que toca às ações preventivas (Rocha, 2011a).

Entretanto, quando observada a falta de interface entre as ações de planejamento familiar, de prevenção do câncer de colo do útero, da assistência ao aborto incompleto e da assistência às mulheres vítimas de violência, muito se tem perguntado sobre os avanços da política de prevenção à Aids em relação aos direitos reprodutivos e sexuais.

Estudos evidenciaram que mulheres sintomáticas infectadas pelo HIV apresentavam associação com a infecção pelo papiloma vírus humano/HPV. Observa-se que

ao se comparar as características clínicas do câncer invasivo de colo uterino entre as mulheres com infecção pelo HIV e aquelas sem, as mulheres soropositivas apresentam maior probabilidade de ter a doença clinicamente avançada quando do diagnóstico, uma taxa de recorrência mais alta depois da terapia primária e um prognóstico geral mais desfavorável; essas evidências fazem com que o câncer invasivo nas mulheres com HIV seja considerado uma doença que define Aids (Villela, 1999, p. 150).

Entretanto, a prevenção e o tratamento do câncer de colo uterino ainda é um desafio para as políticas de saúde das mulheres apesar da incidência desse tipo de câncer ser alta, e de ser ele um dos indicadores de qualidade dos serviços de saúde. O diagnóstico precoce do câncer de colo uterino passa a ser uma estratégia importante para a prevenção primária e secundária do vírus da Aids⁵, contudo há pouca integração entre as ações de prevenção desse câncer e as de prevenção contra o HIV Aids.

Outro exemplo, é a esterilização feminina, muito frequente no Brasil, dificulta a prevenção do HIV entre as mulheres. Sabe-se que as mulheres esterilizadas têm muito mais dificuldades de exigir o uso do preservativo em suas relações sexuais do que aquelas não esterilizadas. Entretanto, não há nenhuma orientação por parte do Ministério da Saúde no sentido de desenvolver ações educativas voltadas a esse público (Rocha e Dantas, 2003).

A violência de gênero, por sua vez, é um assunto que ainda não está suficientemente dimensionado no Brasil. Não se conhece suficientemente esse fenômeno nem sua relação com a infecção do HIV/Aids. A Rede Feminista de Saúde denuncia que os serviços de saúde ainda estão pouco preparados para identificar mulheres que sofrem violência doméstica. Mulheres vítimas de violência têm menos condições de exigir o uso de preservativos nas relações sexuais com seus parceiros (Rocha, 2011b).

Durante a década de 1990, a partir de intensas mobilizações do movimento de mulheres, foram implantados serviços de saúde para mulheres vítimas de violência sexual e, por determinação do Ministério da Saúde, foi adotado o uso de AZT como indicação profilática para as mulheres que recorrem a esses serviços (Rocha, 2011a).

Os movimentos feministas e de mulheres aprofundaram as discussões e proposições sobre a relação entre Aids e a condição das mulheres, culmi-

⁵ O câncer de colo uterino passou a definir casos de Aids pelo Consenso Brasileiro para Aids desde meados dos anos 2000.

nando em 2003 com uma publicação fruto do diálogo entre o Ministério da Saúde e os movimentos em defesa do direito das mulheres, sendo uma das primeiras propostas de política nacional com enfoque de gênero. Utilizou a categoria de vulnerabilidade para fundamentar a perspectiva de integração das políticas de saúde com as demais políticas para as mulheres (Brasil, 2003).

Todavia, tanto no Programa Nacional de DST/Aids como na Política Nacional para a Saúde das Mulheres, a aplicação da diretriz de gênero nas ações de prevenção seguia restritiva, como dito anteriormente, dirigida ao controle da transmissão vertical (TV) do HIV, enquanto as ações educativas estavam voltadas para o fornecimento de informação e preservativo sem avançar no enfoque dos direitos sexuais e direitos reprodutivos (Rocha, 2011a).

No que se refere à integração do PAISM com as dinâmicas do SUS, apenas em 2007, com a *publicização* de um documento específico sobre a temática, é que se consolidaram algumas estratégias comuns entre esses programas, tanto no nível ministerial, quanto nos níveis estaduais. Avaliações do PAISM referentes a esse período revelam que permanecia o binômio materno-infantil na atenção à saúde das mulheres (Brasil, 2007b; Costa, 2004).

O plano acima citado foi formulado com participação do movimento feminista, que se propunha a consolidar uma política intersetorial para reduzir os contextos de vulnerabilidade que deixam as mulheres suscetíveis à infecção pelo vírus do HIV (Brasil, 2007b). Entretanto, a proposta também seguiu focalizada na transmissão da infecção e abordava prioritariamente a prevenção da transmissão vertical e o uso de preservativos.

Tais proposições não avançaram substancialmente para enfrentar as desigualdades sociais relacionadas com o crescimento da epidemia, assim como não efetivaram a integralidade contida na proposição do Sistema Único de Saúde (SUS). Observa-se, como exemplo, que as iniciativas em relação à saúde da mulher negra avançaram em 2003 com a inclusão da notificação raça/cor. Entretanto, de acordo com feministas do movimento de mulheres negras, permanece o silêncio sobre o avanço “negrófilo” da epidemia de Aids (Werneck e Lopes, 2004).

Apesar dos avanços da elaboração da política e os limites de sua implementação em várias dimensões, com particular limitação relacionada às políticas para as mulheres, na área da prevenção a estratégia de focar o uso

do preservativo tornou-se prioridade do governo Lula, nas duas gestões. Contudo, nessa área, também há uma limitação, quando o assunto é o acesso a preservativos femininos.

Sanitaristas e feministas nesse campo resistem à minimização do SUS idealizado. Entretanto, o poder econômico e as forças políticas neoliberais, com determinações de um modelo de Estado mínimo apoiado por agentes financeiros multilaterais avançaram descaracterizando princípios e práticas de uma saúde que deveria ser direitos para todos(as). Nessa correlação de força, a saída possível para as mulheres engajadas na defesa do SUS também foi minimizar sua ação e fragmentar sua agenda, acompanhando a agenda governamental.

A epidemia da Aids é aqui analisada como um sistema relacional – um ponto, um alongamento ou cristalização da contradição do sistema capitalista e patriarcal. Nessa perspectiva, a Aids está relacionada ao modo como é reproduzida a realidade, o que nem sempre é percebido nas suas várias dimensões. A realidade se apresenta de tal forma que a totalidade não se realiza, cada parte apresenta-se com sua racionalidade, e esses são espaços de apropriação material e espiritual (Gramsci, 2004).

A Aids torna-se um exemplo de como essa racionalidade é disputada por família, igreja, governo, escolas, movimentos sociais. Nesse campo reproduz, à semelhança de outras dinâmicas da sociedade, a disputa por hegemonia relacionada com a opacidade da realidade.

A Aids é objetivada a depender dos interesses subjacentes ao campo político que está em disputa. Nessa direção, as relações de poder criam posições e estratégias para agir sobre uma realidade que não é concreta, nem real. Observam-se múltiplos sentidos da epidemia, ou múltiplas determinações que conferem a urgência de enfrentar a epidemia; confundem-se com a racionalidade dos projetos, programas e convênios, limitando as possibilidades de respostas institucionais ou de mobilizações sociais mais complexas.

Conclusão

A epidemia da Aids no Brasil avança desde os anos de 1980, como uma epidemia de alto cunho social, com importantes respostas institucionais e veemente mobilização social que frearam o crescimento inicial, apontando para um controle de casos novos de infecção por HIV, assim como para uma tendência de maior longevidade das pessoas com HIV/Aids. Contudo,

a epidemia segue a tendência de crescimento entre mulheres, em especial mulheres que sofrem com a desigualdade social, econômica, de gênero e racial.

Olhando a partir dessa perspectiva observamos distâncias, silêncios e lacunas para o enfrentamento da epidemia da Aids relacionados às estratégias entre mulheres. Por um lado podemos observar o pragmatismo das políticas nacionais, movidas pelos recursos ou pela escassez de estudos sobre o impacto da epidemia nas mulheres. Por outro, observamos o esforço de ativistas no espaço da mobilização feminista para resolver contradições que desafiam o projeto contra-hegemônico de transformação do lugar tradicionalmente destinado para as mulheres.

A epidemia da Aids no Brasil teve veemente mobilização social e importantes respostas institucionais que frearam o crescimento inicial, apontando para um controle de casos novos de infecção por HIV, assim como para uma tendência de maior longevidade das pessoas com HIV/Aids. Foram formuladas políticas de saúde que coibiram o crescimento exponencial da epidemia e favoreceram que as pessoas pudessem viver com HIV e Aids. Contudo, a epidemia segue com tendência de crescimento entre mulheres. Enfrentar a *feminização* da epidemia da Aids se apresenta como um desafio de grande complexidade.

Apesar de todos os limites, as ativistas no campo da saúde reconhecem os avanços nesse campo e nos direitos sociais. Contudo, o acesso à saúde segue limitado pelo silêncio das mulheres que estão no espaço de subalternidade e que na trajetória dos últimos anos tiveram suas vozes transformadas em murmúrios.

As expectativas das mulheres com HIV/Aids e das ativistas nesse campo clamam por respostas que vão além da retórica conceitual das desigualdades de gênero-classe-raça e do direito e da proposição de políticas públicas. As experiências feministas nas últimas décadas podem ajudar a olhar o desconhecido e ouvir os silêncios impregnados de desejos de rupturas: do conservadorismo sobre sexualidade; do heterossexismo que permeia o feminismo na saúde; do distanciamento entre os movimentos que lutam contra a Aids; da conveniente convivência no sistema capitalista, racista e patriarcal. Romper com tais determinações pode resignificar os sentidos da Aids na vida prático-cotidiana das mulheres e só assim refletir as transgressões mobilizadoras do projeto feminista de transformação da sociedade.

Referências

- AYRES, José Ricardo Carvalho Mesquita (2002). “Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais”. *Interface: Comunicação Saúde e Educação*, n. 11, p. 20 e 21.
- AQUINO, Estela; MENEZES, Greice & AMOEDO, Marúcia (1992). “Gênero e saúde no Brasil: considerações a partir da pesquisa nacional por amostra de domicílios”. *Revista de Saúde Pública*, v. 26, n. 3, p. 195-202.
- BARBOSA, Regina Maria (2002). “Um olhar de gênero sobre a epidemia da Aids”, em BERQUÓ, Elza (org.). *Sexo & vida: Programa de Saúde Reprodutiva*. Campinas: Editora da Unicamp.
- BARREIRA, Maurício (2005). “Ética em pesquisa de vacina anti-HIV”. *Boletim Vacinas Anti-HIV/Aids*, n. 14, p. 27.
- BASTOS, Francisco Inácio (2001). *A feminização da epidemia da Aids no Brasil: determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento*. Rio de Janeiro: ABIA
- _____ (2006). *Aids na terceira década*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- BELOQUI, Jorge (2005). “Plataforma para a ação no comitê de vacinas”. *Boletim Vacinas Anti-HIV/Aids*, n. 14, p. 13-14
- BRASIL (2003). *Políticas e diretrizes de prevenção das DST/AIDS entre mulheres*. Brasília: MS,
- _____ (2007a). *Boletim epidemiológico / PN DST Aids*. Brasília: Ministério da Saúde.
- _____ (2007b). *Plano Nacional de Saúde 2004-2007*. Brasília: Ministério da Saúde.
- _____ (2008). *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS)*. Brasília: Ministério da Saúde.
- _____ (2011). *Boletim epidemiológico / PN/DST/Aids*. Brasília: Ministério da Saúde.
- _____ (2012). *Boletim epidemiológico / PN DST/Aids*. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRITO, Ana; SANTOS, Artur B. & PEREIRA, Gerson F. M. (2011). “A situação atual da epidemia da Aids no Brasil e os desafios para o seu enfrentamento”, em ROCHA, Solange; VIEIRA, Ana Cristina & SOARES, Raquel (orgs.). *Desafios à vida: desigualdades e HIV/Aids no Brasil e na África do Sul*. Recife: Editora Universitária da UFPE.

- CHOSSUDOVSKY, Michel (1999). *A globalização da pobreza: impactos das reformas do FMI e do Banco Mundial*. São Paulo: Moderna.
- COSTA, Ana Maria (2004). *Atenção integral à saúde das mulheres: QUO VADIS? Uma avaliação da integralidade na Atenção à Saúde das Mulheres no Brasil*. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília.
- FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRO (2006). “O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade”. *Radis*, n. 49, p. 20-27. Disponível em: <www.ensp.fiocruz.br/radis>. Acessado em 23 mai. 2009
- GRAMSCI, Antônio (2004). *Cadernos do cárcere*, v. 1-6. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- LUZ, Madel (2001). “Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas de saúde no Brasil atual”, em PINHEIRO Roseni & MATTOS, Ruben (orgs.). *Os sentidos da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, ABRASCO.
- MANN, Jonathan; TARANTOLA, Daniel J. M. & NETTER, Thomas W. (orgs.) (1993). *A Aids no mundo*, v. 1. Rio de Janeiro: ABIA, Relume-Dumará, IMS-UERJ.
- MATTOS, Ruben Araújo de & TERTO Jr., Veriano (2001). “As estratégias do Banco Mundial e a resposta à AIDS no Brasil”, em PARKER, Richard (org.). *As estratégias dos Bancos Multilaterais para o Brasil*. Brasília: Rede Brasil.
- MELO, Ana Paula Lopes de (2010). *Mulher, mulher e outras mulheres: gênero e homossexualidade(s) no Programa de Saúde da Família*. Dissertação (mestrado em Saúde Coletiva). Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social. Universidade Estadual do Rio de Janeiro.
- MOTA, Elizabeth (1995). *Cultura da crise e seguridade social. Um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90*. São Paulo: Cortez.
- MERHY, Emerson & FRANCO, Tulio B. (1999). *PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial*. Campinas: Editora da Unicamp.
- PARKER, Richard & AGGLETON, Peter (2002). *Estigma, discriminação e Aids*. Rio de Janeiro: ABIA.
- REDE SAÚDE (1994). *Relatório do II Encontro Feminista*. Pernambuco: Rede Saúde.

- _____ (2005). “PAISM 20 anos depois” (dossiê). *Jornal da Rede Feminista de Saúde*, n. 27.
- ROCHA, Solange & DANTAS, Sílvia (2003). *Documento de tendências para subsidiar o Projeto: igualdade de gênero na promoção da segurança humana no Contexto do HIV/AIDS*. Belo Horizonte: UNIFEM, RFS.
- ROCHA, Solange (2011a). *Silenciosa conveniência entre transgressão e conservadorismo: trajetórias feministas frente à epidemia da Aids no Brasil*. Tese (doutorado em Serviço Social. Recife: Universidade Federal de Pernambuco.
- ROCHA, Solange (2011b). *Desafios à vida: desigualdades e HIV/Aids no Brasil e na África do Sul*. Recife: Editora Universitaria da UFPE.
- SERGIO AROUCA: O eterno guru da Reforma Sanitária (2002). *Radis*, n. 3, p. 18-21.
- SPINK, Mary Jane (1999). “Aspectos psicossociais e a vulnerabilidade feminina”. *Folha Médica*, v. 118, n. 1, p. 41-45.
- SOUTO, Kátia (2008). “A política de atenção integral à saúde da mulher: uma análise de integralidade e gênero”. *Revista Ser Social*, n. 22, p. 161-182.
- SUSSER, Ida (2009). *Aids, sex and culture*. Sussex: Wiley-Blackwell.
- _____ (2010). *The politics of gender and social movements around HIV/AIDS*. New York: City University of New York Press.
- VIEIRA, Ana Cristina (2011). “Determinantes sociais da saúde e Aids na realidade brasileira”, em ROCHA, Solange; VIEIRA, Ana Cristina & SOARES, Raquel (orgs.). *Desafios à vida: desigualdades e HIV/Aids no Brasil e na África do Sul*. Recife: Editora Universitária da UFPE.
- VILLELA, Wilza Vieira (1999). “Prevenção do HIV/Aids, Gênero e Sexualidade: um desafio para os serviços de saúde”, em BARBOSA, Regina (org.). *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidade e poder*. Rio de Janeiro: Editora 34..
- VILLELA, Wilza Vieira & SANEMATSU, Marisa (2003). “Mulheres com HIV/Aids, elementos para a construção de direitos e qualidade de vida”, em INSTITUTO PATRICIA GALVÃO (org.), *Dossiê Mulheres com HIV/AIDS*. São Paulo: Instituto Patrícia Galvão.
- VILLELA, Wilza Vieira & ARILHA, Margareth (2003). “Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos”, em *Sexo e Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas. Editora da Unicamp.

WERNECK, Jurema (2001). "Aids: a vulnerabilidade das mulheres negras". *Jornal da Rede Saúde*, n. 23, p. 53-58.

WERNECK, Jurema & LOPES, Fernanda (2004). *Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Especial de Igualdade Racial.

Resumo

O artigo é construído a partir de um olhar do campo de análise de políticas sociais, no âmbito do SUS; enfoca as políticas de saúde das mulheres e a política de controle da Aids para interpretar as vulnerabilidades das mulheres no contexto do HIV e Aids. Identifica os limites, estratégias de prevenção e assistência adotadas pelo SUS para combater o HIV/Aids, frente à adoção do ideário de Estado mínimo. A pesquisa documental realizada no Brasil é uma análise crítica e histórica, que abrange o período de 1992 a 2008. O estudo interpreta as escolhas estratégicas do sujeito feminista no âmbito da saúde das mulheres no Brasil frente à epidemia do HIV/Aids. Toma o princípio de integralidade contido no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e nas políticas de saúde da mulher e na política de controle da Aids para interpretar as escolhas estratégicas do movimento feminista na área da saúde. A perspectiva que orienta este artigo é a de que os significados da ação feminista frente à epidemia da Aids estão para além do campo da saúde. Expõem-se os avanços e limites dos feminismos para coibir o avanço da epidemia da Aids plasmado por dentro de uma lógica de Estado capitalista, de cunho neoliberal, com normas patriarcais.

Palavras-chave: HIV/Aids, feminismo, políticas de saúde, gênero-classe-raça, Estado e sociedade civil, movimento social.

Abstract

The article is built after an outlook from the field of analysis of social policies within Brazil's Unified Health System (SUS), focusing health policies for women and AIDS control policies in order to interpret women's vulnerabilities in the context of HIV and AIDS. It identifies the limits as well as prevention and care strategies adopted by SUS to fight HIV/AIDS, with the adoption of the ideology of the minimal state. The document research conducted in Brazil is a study on how the feminist movement, notably the Feminist Health Network, engaged with the AIDS epidemic through a revision and analysis of their position papers, minutes and other documents, including public policies. This was done from a historical and critical perspective, covering the period from 1992 to 2008. The study interprets the strategic choices of the feminist health movement from the women's health policy and the HIV/AIDS policy. This paper's perspective is that the meanings of feminist action

against the AIDS epidemic are beyond the health field. It exposed progress and limits of feminism against the AIDS epidemic inside a neoliberal capitalist state logic based on patriarchal norms.

Keywords: HIV AIDS, feminism, health policies, gender-class-race, state and civil society, social movement.

Recebido em 30 de maio de 2012.

Aprovado em 15 de março de 2013.