

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE PESQUISA E PLANEJAMENTO URBANO E REGIONAL
PROGRAMA DE GRADUAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA PARA O
DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL

CAROLINE RIBEIRO DE SOUZA

FEMINIZAÇÃO DA AIDS NO BRASIL:
um estudo crítico

Rio de Janeiro

2021

CAROLINE RIBEIRO DE SOUZA

FEMINIZAÇÃO DA AIDS NO BRASIL:
um estudo crítico

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Graduação em Gestão Pública para o Desenvolvimento Econômico e Social do Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Bacharel.

Orientador(a): Prof^a. Dr^a. Maria Aparecida Azevedo Abreu

Rio de Janeiro

2021

CIP - Catalogação na Publicação

S729f Souza, Caroline Ribeiro de
Feminização da AIDS no Brasil: um estudo crítico /
Caroline Ribeiro de Souza. -- Rio de Janeiro, 2021.
53 f.

Orientador: Maria Aparecida Azevedo Abreu.
Trabalho de conclusão de curso (graduação) -
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade
de Administração e Ciências Contábeis, Faculdade
Nacional de Direito, Instituto de Economia,
Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e
Regional, Bacharel em Gestão Pública
Desenvolvimento Econômico e Social, 2021.

1. HIV/AIDS. 2. Feminização da epidemia. 3.
Desigualdade de gênero. 4. Políticas públicas. I.
Abreu, Maria Aparecida Azevedo, orient. II. Título.

CAROLINE RIBEIRO DE SOUZA

**FEMINIZAÇÃO DA AIDS NO BRASIL:
um estudo crítico**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Graduação em Gestão Pública para o Desenvolvimento Econômico e Social do Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Bacharel.

Aprovado em: 04 de março de 2021.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Maria Aparecida Azevedo Abreu
Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional – UFRJ



Prof. Dra. Maria Walkiria de Faro Coelho Guedes Cabral
Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional – UFRJ



Prof. Dr. Paulo Ricardo da Costa Reis
Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional – UFRJ

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, à minha família, por ter me possibilitado todos os meios para chegar ao fim desta graduação, em especial aos meus pais, minha madrasta e meus irmãos.

Um agradecimento especial também a minha avó Cecília, que infelizmente não se encontra aqui para vivenciar esse momento. Hoje, torno público e falo abertamente que o tema escolhido para este trabalho foi cortado diretamente pela sua trajetória de mulher soropositiva. Trajetória esta que por muito tempo tentamos esconder, por receio dos julgamentos que você sofreria. Hoje, não possuo receios em dizer que você foi e ainda é inspiração para mim, em muitos aspectos, mas principalmente pela força que você teve em seguir vivendo e lutando não só contra o vírus, mas sempre contra todos aqueles que tentaram te limitar aos papéis de gênero dessa sociedade. Me orgulho em dizer que você foi a primeira feminista que conheci, ainda que você nem tenha tido ideia disso. Te amo, para sempre.

Agradeço também a todos os professores que em minha vida passaram, tão fundamentais para que eu pudesse chegar a este momento.

Aos funcionários do IPPUR, em especial a Ana Cristina, pelo imenso carinho e acolhimento de sempre. Certamente, você foi um dos encontros especiais que a vida me deu o privilégio de ter tido.

Aos amigos que conquistei durante esta graduação, em especial, a Jaqueline Rosa. Obrigada por todos os cafés e momentos em que pudemos compartilhar alegrias e angústias.

À Lorena, por ter acompanhado comigo todo esse percurso, sofrendo minhas angústias e me incentivando.

Por fim, mas com elevado grau de importância, à minha orientadora Maria Aparecida, pela paciência, pelas conversas e pela leveza com que pudemos levar esse processo.

RESUMO

Através da propagação acentuada que os discursos que abordam o empoderamento feminino vêm apresentando nos últimos tempos, pode soar corriqueira a abordagem de temáticas afeitas à liberdade sexual feminina. Ainda assim, é de suma importância abordar de que forma o debate acerca da construção e reprodução dos discursos de submissão da mulher cisgênero e heterossexual, fosse por questões religiosas ou culturais - tendo a sua sexualidade quase exclusivamente atrelada à maternidade, à fidelidade e ao casamento heterossexual – estrutura e, em muitos casos, leva o imaginário social a julgar o comportamento feminino. Este cenário, quando inserido no contexto brasileiro de aumento de discursos conservadores e de consequente resistência à abordagem de educação sexual, torna o perigo deste julgamento sobre as mulheres ainda mais acentuado. Levando em conta tais fatores, bem como a mudança do perfil epidemiológico de incidência do vírus HIV/AIDS ao longo de sua trajetória, o presente estudo analisa alguns contextos de desigualdade de gênero que vulnerabilizam de forma particular as mulheres. Ademais, abordou-se também aspectos relacionados ao financiamento do Sistema Único de Saúde, principal instrumento através do qual as políticas de saúde pública são instituídas no Brasil. Por último, analisou-se o grau de alcance das metas estabelecidas no Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização do Vírus HIV/AIDS, instituído pelo Governo Federal. Em síntese, o que o estudo buscou avaliar é se a vulnerabilidade ao HIV/AIDS entre mulheres é abordada adequadamente na atuação do poder público, em seu papel de formulador de políticas de prevenção ao HIV/AIDS.

Palavras-Chave: Sexualidade. Desigualdade de gênero. Feminização do HIV/AIDS. Políticas Públicas. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Through the increasing propagation that discourses that address female empowerment have been presenting recently, it may seem common to approach themes related to female sexual freedom. Even so, it is extremely important to address how the debate about the construction and reproduction of the discourse regarding submission of cisgender and heterosexual women, whether for religious or cultural reasons - with their sexuality almost exclusively linked to motherhood, fidelity and heterosexual marriage - structures and, in many cases, leads the social imaginary to judge female behavior. This scenario, when inserted in the Brazilian context of increasingly conservative discourses and consequent resistance to any sexual education approach, makes the danger of this judgment on women even more pronounced. Taking into account these factors, as well as the change in the epidemiological profile of the incidence of the HIV/AIDS virus along its trajectory, the present study analyzes some contexts of gender inequality that make women particularly vulnerable. In addition, aspects related to the financing of the Sistema Unico de Saude (Unified Health System) were also addressed, the main instrument through which public health politics are instituted in Brazil. Finally, the degree of achievement of the goals established in the Integrated Plan to Combat the Feminization of the HIV/AIDS Virus, established by the Federal Government, was analyzed. In summary, what the study sought to assess is whether vulnerability to HIV/AIDS among women is adequately addressed in the role of the public authorities, in their role as formulators of HIV/AIDS prevention policies.

Keywords: Sexuality. Gender Inequality. Feminization of HIV/AIDS. Public Policy. Unified Health System.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Total de casos de AIDS notificados no SINAN, por sexo e ano de diagnóstico (1980 – 2019)	35
Gráfico 2 - Total de casos de AIDS notificados em menores de 5 anos.....	37
Gráfico 3 - Total de casos notificados de Sífilis Congênita por ano de diagnóstico, 1988-2019	38
Gráfico 4 - Dados de Lesão Corporal Dolosa – Violência Doméstica em 2018 e 2019	40
Gráfico 5 - Casos de AIDS em Jovens de 13 a 19 anos, por sexo e ano de diagnóstico	43
Gráfico 6 - Distribuição de preservativos internos, por ano e tipo de material	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ASPS: Ações e Serviços Públicos em Saúde

BM: Banco Mundial

CDC: Centro de Controle de Doenças

DSTs: Doenças Sexualmente Transmissíveis

GRID: Gay-Related Immune Deficiency

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ISTs: Infecções Sexualmente Transmissíveis

MMWR: Morbidity and Mortality Weekly Report

NRF: Novo Regime Fiscal

OMS: Organização Mundial da Saúde

PCAP: Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira

PIB: Produto Interno Bruto

PVHA: Pessoas vivendo com HIV/AIDS

SINAN: Sistema Nacional de Agravos de Notificação

UHC: Universal Health Coverage

UNAIDS: United Nations Programme on HIV/AIDS

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 DEFININDO A PERSPECTIVA DE GÊNERO	17
2.1 Sexualidade feminina	23
2.2 Interseccionalidade	27
3 ACESSO UNIVERSAL E SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	30
4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE HIV/AIDS NO CONTEXTO NACIONAL.....	34
4.1 Criação do Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização do HIV/AIDS	35
4.2 Análise das metas	36
4.2.1 Meta 1	37
4.2.2 Meta 2	38
4.2.3 Metas 3, 4 e 5	39
4.2.4 Meta 6	41
4.2.5 Metas 7 e 8	41
3.2.6 Meta 9	42
3.2.7 Metas 10 e 11	44
3.2.8 Meta 12	45
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS.....	51

1 INTRODUÇÃO

Traçar a trajetória de uma epidemia, suas curvas de crescimento e de queda, e, para além disso, tentar definir os grupos com maior potencial de acometimento por um determinado vírus é fundamental para a análise e a criação de estratégias que possam vir a ser de fato capazes de enfrentar o vírus em seu cerne. Através da identificação de grupos, zonas e elementos que porventura facilitem ou dificultem o contágio, torna-se possível instruir adequadamente a população acerca dos cuidados necessários e riscos que determinado vírus oferece. Entretanto, além das diretrizes biomédicas, é de suma importância que os fatores sociais e culturais que, de maneira indireta, possam exercer influência sobre a forma como dada epidemia será enfrentada sejam identificados e recebam adequada atenção, tendo em vista que é através das relações sociais que ocorre a difusão de conhecimentos específicos que podem vir a desempenhar os mais variados papéis nas estratégias de enfrentamento a determinada epidemia. Nesse contexto, a epidemia do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), objeto desta pesquisa, apresenta características biológicas e sociais específicas, cujas especificidades costumeiramente são alvos de estigma considerável, e em muito são responsáveis pelo fato de ainda hoje nos encontrarmos em estágio epidêmico.

Para facilitar a compreensão quanto às terminologias distintas que serão continuamente utilizadas no decorrer do trabalho, cabe a explicação acerca das diferenças existentes entre os termos HIV e AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), bem como entre Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs). O contágio pelo HIV consiste na aquisição do vírus em si, tornando o indivíduo soropositivo (ou portador do vírus do HIV). Por sua vez, a AIDS consiste na etapa de adoecimento, que pode ou não ocorrer, de acordo com alguns fatores. Dentre esses fatores, destacam-se: período entre o contágio e a descoberta, uma vez que o diagnóstico precoce é fundamental para o início também precoce do tratamento, e a adesão correta e contínua ao tratamento, que possibilita a elevação dos linfócitos T-CD-4+ (células de defesa do sistema imunológico), bem como a diminuição da carga viral do HIV no organismo. Deste modo, um indivíduo soropositivo pode nunca vir a desenvolver sintomas e se tornar doente de AIDS, estágio onde as células de defesa estão consideravelmente fragilizadas e o organismo propenso a infecções oportunistas. Até por isto, em 2016

a utilização no Brasil do termo DST foi substituída pelo termo IST, seguindo a utilização feita pela OMS (Organização Mundial da Saúde). No presente trabalho, o termo DST será citado somente nos casos em que referenciar documentos em que assim ainda era disposto, enquanto IST será utilizado nas demais menções ao vírus, uma vez que se trata da terminologia mais adequada.

No que tange ao papel das relações e interações sociais na difusão do HIV/AIDS, e ao caráter altamente sensível que tais interações podem vir a ter no que concerne a desempenhar papéis positivos ou negativos no enfrentamento, Christovam Barcellos e Francisco Bastos discorrem:

Ao se entender a epidemia pelo HIV/AIDS como um fenômeno de difusão, é necessário entender simultaneamente as redes de interação específicas como redes de interação de risco e de difusão de medidas de autoproteção e como redes de influência sobre a mudança comportamental. Ou seja, as mesmas interações seletivas, responsáveis pela maior difusão da epidemia num dado segmento, podem funcionar e serem operacionalizadas no sentido inverso - o das ações preventivas. (BARCELLOS; BASTOS, 1996, p. 11)

Ao trazer as relações sociais como protagonistas no processo de surgimento dos casos à difusão do HIV/AIDS enquanto epidemia, torna-se pertinente a formulação de exposição acerca de como tal processo efetivamente ocorreu, em nível global. Assim, antes de expor o panorama atual, cabe traçar uma breve linha do tempo capaz de ressaltar as principais características sociais relacionadas à forma como o vírus foi abordado e disseminado, especialmente no que se refere ao imaginário social.

Em junho de 1981, o Centro de Controle de Doenças (CDC) dos Estados Unidos documentou o surgimento de casos de infecções oportunistas em pacientes aparentemente saudáveis anteriormente, o que foi considerado incomum pela comunidade médica. O motivo para isto pode ser explicado pelo fato de que os agentes causadores destas infecções frequentemente estão presentes no corpo humano, no entanto, não são capazes de produzir danos consideráveis em indivíduos com um sistema imunológico em adequado funcionamento. Tais infecções, de imediato, apresentaram como principais características o acometimento de indivíduos pertencentes a grupos específicos: homens, majoritariamente jovens, que apresentavam histórico de práticas sexuais com outros homens e/ou que eram usuários de drogas injetáveis. Já em seu surgimento, ainda

que envolta por um quase completo desconhecimento científico, a síndrome, que seria nomeada somente no ano seguinte, já apresentava uma de suas principais características: o alto grau de letalidade que possuía. Destes cinco primeiros casos de infecções oportunistas notificados, posteriormente atribuídos à AIDS, dois pacientes já haviam falecido na época da documentação pelo Relatório Semanal de Morbidade e Mortalidade (MMWR), produzido pelo Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos da América (MMWR, 1981, p. 250).

Com o passar do tempo e com o progressivo aumento do número de casos, os mesmos seguiram sendo continuamente atrelados a populações específicas. Não por acaso, antes da adoção oficial da terminologia AIDS, o primeiro termo utilizado pela literatura médica para se referir à doença foi GRID, sigla para “Gay Related Immune Deficiency” (Deficiência Imunológica Relacionada a Gays) (DANIEL; PARKER, 1991, p. 131). Os discursos que condenavam não só a homossexualidade, mas qualquer ato e indivíduo vistos como transgressores do ideal de moralidade ganhavam agora mais um aliado: um agente biológico que, em última instância, era utilizado como respaldo para o já existente desprezo e marginalização social ao qual estes indivíduos estavam submetidos.

Em 1982, ano de consideráveis avanços no tema, a síndrome foi renomeada para AIDS, além de terem sido delimitadas as três formas para a transmissão da síndrome, constituídas em transmissão sanguínea, transmissão vertical - ocorrida da mulher para o feto durante o período gestacional - e a transmissão sexual. É incomensurável a importância que a definição dos meios de transmissão existentes teve, pois foi somente após este conhecimento que o estabelecimento de métodos assertivos para a prevenção foi viabilizado.

Não obstante, é significativo que mesmo sendo reconhecidas oficialmente as maneiras de transmissão, que basicamente evidenciavam a vulnerabilidade de quaisquer indivíduos que entrassem em contato direto com sangue contaminado, bem como fossem sexualmente ativos - tanto para a transmissão vertical quanto para a sexual - o estigma continuou a recair sobre os grupos que tiveram a doença inicialmente vinculada a si. Grupos estes que, denominados “de risco”, eram compostos predominantemente por indivíduos do sexo masculino, bem como com comportamentos considerados transgressores de padrões heteronormativos.

Se, para um primeiro momento da epidemia, poderia haver um esforço para a justificativa do nexos causal que levou a atrelar a AIDS de forma tão profunda aos homens homossexuais ou usuários de drogas – de fato, foram as primeiras populações a apresentarem a incidência da doença – após a descoberta dos métodos de transmissão, o suposto respaldo para isto deveria ter se enfraquecido, o que nos chama a questão para o fato de que, embora de conhecida vulnerabilidade, a invisibilidade inicial da população feminina no trato com o vírus foi significativa. As consequências para este fato podem ser observadas ainda hoje, tendo em vista que, apesar dos avanços no tratamento da população atingida pelo vírus, parcela significativa deste pensamento ainda persiste. Se, por um lado, o passar do tempo contribuiu para o avanço científico relacionado ao desenvolvimento de tratamentos e métodos preventivos, por outro, o estigma de que a população feminina não necessita ser alvo de atenção específica perdura. Todavia, os níveis e as manifestações desse estigma variam mundo afora, sendo observadas em maior ou menor grau de acordo com as especificidades sociais e culturais de cada região. Neste sentido, Herbert Daniel e Richard Parker esclarecem:

Inegavelmente, a AIDS é uma epidemia mundial e em toda a parte é a mesma epidemia. Mas, ainda mais inegável, em cada parte a AIDS tem uma especificidade ligada a determinações culturais que fazem com que em cada país a AIDS tenha a cara do meio onde cresce. (DANIEL; PARKER, 1991, p. 38)

E, talvez por isso, pode-se dizer que o estigma é um dos propulsores e responsáveis por ainda nos encontrarmos em estágio epidêmico em nível global, mesmo após suceder-se aproximadamente 40 anos dos primeiros casos relatados pela medicina, tendo atualmente cerca de 38 milhões de pessoas infectadas pelo HIV, segundo as estatísticas mais recentes do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS, 2019). As maneiras pelas quais esses tabus e estigmas que envolvem o vírus são reproduzidos, mesmo nos casos em que são expressos de formas mais veladas, reforçam barreiras de acesso e permanência aos serviços de saúde, o que, em última instância, elevam os riscos de transmissão do vírus.

Outrossim, se considerarmos que parte desses tabus envolvem questões morais, perpassadas pela noção de que o HIV/AIDS está supostamente atrelado à promiscuidade, o medo de que terceiros tomem ciência da sorologia positiva pode

atuar enquanto um impeditivo de busca ao tratamento. Levando isto em consideração, o relatório “Índice de estigma em relação às pessoas vivendo com HIV no Brasil”, produzido em 2019 pela UNAIDS, em uma iniciativa conjunta com redes e movimentos sociais com pautas voltadas ao HIV/AIDS, traz resultados que apontam para as distintas nuances que podem afastar as pessoas de um possível diagnóstico precoce (UNAIDS, 2019).

A partir disto, foram realizadas algumas perguntas específicas sobre os motivos que levaram os entrevistados pela pesquisa a evitar, demorar ou as impediram de aderir aos cuidados relativos ao HIV, com os seguintes resultados: 41,1% dos respondentes alegaram “não estar preparado para lidar com o fato de que é soropositivo para o HIV”; 31,3% afirmaram “estar preocupado que outras pessoas (que não amigos ou familiares) descobrissem a sorologia positiva para o HIV”; 26,5% alegaram “medo de que profissionais de saúde os tratasse mal ou revelassem a sorologia positiva sem consentimento”; 26,5% responderam “estar preocupado que o(a) parceiro(a), família ou amigos descobrissem a sorologia positiva” e 20% alegaram “ter tido uma experiência ruim com profissionais de saúde no passado”¹ (UNAIDS, 2019, p. 56). Pode-se concluir que, muito embora existam preocupações restritas à saúde que circundam o diagnóstico positivo para o HIV, uma parcela muito mais considerável de angústia e receio do diagnóstico está situada no escopo das relações sociais e das discriminações que estas podem trazer.

Quando analisados os dados atuais de infecções separados por gênero, que é o que nos interessa mais de perto no presente estudo, torna-se relevante a abordagem do tema da denominada feminização do vírus HIV, que, em síntese, constitui o aumento do número de infecções em mulheres ao longo dos anos. Segundo os dados globais de 2019 reportados pela UNAIDS, há aproximadamente 5.000 casos de novas infecções diárias ao redor do mundo. Destes, 47% situam-se entre mulheres, dentre os quais 20% ocorrem entre as mulheres mais jovens, de 15 a 24 anos (UNAIDS, 2019, p.17). Estima-se que, globalmente, cerca de 6.000 adolescentes e jovens mulheres são infectadas semanalmente (UNAIDS, 2019, p.3).

¹ No questionário, havia a possibilidade de escolher mais de uma alternativa. Por isso, a soma do percentual das respostas resulta em um valor superior a 100%.

No que se refere especificamente ao contexto brasileiro, a análise dos dados do boletim epidemiológico de 2019, divulgado pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, também denota mudança no perfil dos infectados, ressaltando importantes variações na incidência de AIDS entre homens e mulheres ao longo da série histórica. Em 2008, por exemplo, observou-se predominância feminina na taxa de detecção de casos de AIDS na faixa etária de 5 a 19 anos. Cabe salientar que a predominância dos casos em meninas na faixa de 13 a 19 anos ocorria desde 1998. Nos dados de 2018 o número de infecções na população feminina apresentou queda em todas as faixas etárias, entretanto manteve-se superior em relação à população masculina na faixa entre 10 e 14 anos, sendo de 0,6 a cada 100.000 habitantes frente a 0,3. (BRASIL, 2019, p. 22)

Se, por um lado, socialmente ocorreu a já mencionada invisibilidade das mulheres enquanto população que merece atenção e políticas voltadas a si no que tange ao HIV/AIDS, os dados de contágio evidenciam a participação crescente que tal grupo possui na epidemia de um vírus inicialmente quase totalmente atrelado à população masculina, representando mais de um terço do total de contaminados entre 1980 e 2019, ainda segundo o Boletim Epidemiológico de 2019 do Ministério da Saúde.

Todavia, analisar os dados sem levar em conta o fato de que, no Brasil, infelizmente é latente a desigualdade de gênero, expressa na desigualdade de acesso à educação, serviços, renda, e, principalmente, na liberdade sexual quando se comparam homens e mulheres, acarretaria, no mínimo, numa análise pouco cuidadosa. A relevância do presente trabalho se intensifica em um contexto de potencial crescimento de discursos conservadores, os quais tratam questões como saúde sexual e reprodutiva através de uma ótica de moralidade, estigma, tabus e repressão da expressão da liberdade sexual feminina. Ao passo que, no contexto brasileiro, vem sendo institucionalmente retirado o foco da importância de abordar pautas referentes à educação sexual desde a infância, atribuindo a exclusiva responsabilidade de seu ensino aos pais e familiares. Este desenho de (não) política pública pelo Estado não leva em consideração que dentro do próprio ambiente familiar ocorrem parcelas significativas de violações sexuais ou que os próprios pais e/ou responsáveis possam não ter conhecimento adequado sobre a pauta, deixando

em segundo plano a importância que a adequada educação sexual tem em questões de prevenção e saúde.

Nesse contexto, o poder público demonstra papel fundamental em questões atinentes à infecção por HIV/AIDS. Tendo em vista os fatos elencados acima, a pergunta de partida que a pesquisa visa responder é “de que modo as políticas públicas de prevenção e tratamento ao HIV adotadas no Brasil dialogam com o problema da feminização do vírus?”

A metodologia escolhida para o desenvolvimento do trabalho partiu, em um primeiro momento, da revisão de literatura para a contextualização das expressões da desigualdade de gênero. Foram realizadas também pesquisas na legislação nacional e análises de dados oficiais, com base em levantamentos epidemiológicos de contágio e adoecimento por HIV/AIDS no Brasil, através da base de dados TABNET/DATASUS, buscando identificar o nível de êxito do poder público com as iniciativas de combate à feminização do HIV/AIDS, especificamente no que se refere às metas do Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização do HIV/AIDS.

A primeira linha de abordagem cogitada para subsidiar a presente pesquisa foi através do levantamento de políticas públicas no âmbito do HIV/AIDS, a serem selecionadas de maneira regionalizada, especialmente no que se refere a atenção da saúde da mulher. No entanto, diante das dificuldades encontradas frente à escassez de informações, por um lado, e por outro, a ausência de disponibilização de dados e indicadores passíveis de mensuração objetiva com o referido recorte, optou-se por uma alteração da abordagem para uma que restasse mais ampla, através de pesquisa bibliográfica, levantamento de dados epidemiológicos através, e análise do Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Epidemia de HIV/AIDS, conforme exposto. O objetivo é analisar, em nível federal, a abordagem adotada pelo poder público no que se refere ao plano mencionado, bem como as engrenagens de funcionamento e financiamento do SUS e a participação deste enquanto importante ferramenta de democratização do acesso universal à saúde.

2 DEFININDO A PERSPECTIVA DE GÊNERO

Através do recorte que o presente trabalho apresenta, com a pretensão de analisar as especificidades que tornam a mulher vulnerável, a seu próprio modo, à infecção pelo HIV/AIDS e às consequências dela decorrentes, há a necessidade de compreender os discursos que direcionam e, de certa maneira, normatizam socialmente as formas pelas quais a expressão sexual de mulheres cisgênero e heterossexuais deve ser fundada². A escolha pela abordagem específica enfocando a sexualidade em si torna-se importante ao passo em que constitui a principal via de infecção para essa população: de acordo com o Boletim Epidemiológico divulgado pelo Ministério da Saúde em 2019, para a população com faixa etária acima de 13 anos a exposição heterossexual consistiu como fonte da maioria dos casos de infecção por HIV notificados, sendo de 86,5% através de relações heterossexuais, entre o período de 2017 a 2019 (BRASIL, 2019, p. 40).

Inicialmente, cabe salientar que, aqui, o termo “gênero” será utilizado enquanto categoria “fundamentalmente social das distinções baseadas no sexo” (SCOTT, 1995, p.72). Ou seja, nesta linha, ainda que sejam mencionadas algumas características biológicas inerentes a homens e mulheres cis, interessa mais entender a forma como o gênero se constitui dentro das relações sociais. Para abordar, no campo social, as especificidades que direcionam os papéis a serem desempenhados pelas figuras masculina e feminina, há a necessidade de focar o gênero de maneira relacional, tanto como categoria de análise quanto como processo social, de forma a ser possível notar as relações sociais envoltas por estes, bem como as alterações por eles sofridas ao longo das transformações históricas (SAFFIOTI, 1992, p. 187).

De acordo com Karen Giffin (2002), o exercício deste enfoque relacional resultaria na importância de não considerar o gênero enquanto condição que, encerrada em si própria, configuraria espécie de determinante de vulnerabilidade. Deste modo, torna-se imperativa a observação da expressão dele de forma transversal e relacional, dialogando diretamente com classe social, comportamentos e discursos intergeracionais, raça/etnia e todas as outras estruturas constituintes do

² O sentido de “norma”, aqui, não é restrito ao significado jurídico. No contexto mencionado, sua utilização aborda os regramentos sociais produzidos e impostos a parte da população.

plano social, visto que as relações instituídas e impostas ao indivíduo não se dão motivadas exclusivamente pelo gênero de forma completamente apartada destas características.

Entretanto, a necessidade de consideração relacional dos distintos elementos que constroem e solidificam as relações e expressões de gênero não significa ignorar características biológicas específicas dos sexos que os diferenciam entre si. Exemplo disto seria a capacidade reprodutiva das mulheres cisgênero, que, não podendo ser diferente, constitui tema recorrente nas análises que discorrem sobre a construção e manutenção das diferenças de gênero e relações de poder no que se refere a isto, tendo em vista que sua apropriação produz efeitos absolutamente distintos sobre as figuras masculina e feminina atribuídas a homens e mulheres cisgênero.

No sentido de entender as formas como as relações sociais estão intimamente atreladas ao conceito de gênero, cabe, em função de sua importância, trazer o conceito desenvolvido por Joan Scott (1995), sendo que sua definição constitui-se, essencialmente, por duas proposições interligadas entre si, mas que devem ser diferenciadas para fins de análise. A primeira de suas proposições traz ao gênero a característica de ser um dos fatores constituintes das relações sociais, através da constatação das diferenças verificadas entre os sexos. Ou seja, tais diferenças seriam espécies de balizadoras de como as relações sociais se fundariam. A segunda, por sua vez, atribui ao gênero o papel de ser a primeira das formas de representação das relações de poder.

As duas proposições de Scott implicam, ainda, na existência de outros quatro elementos derivados do gênero enquanto fundador das relações sociais, através da percepção de distinções entre os sexos. Ou seja, para dada característica atrelada a um dos sexos, as formas de se relacionar seriam moldadas de maneiras distintas. O primeiro dos elementos seria a representação realizada dos símbolos culturais, tendo, no cristianismo ocidental, o exemplo contraditório de Eva e Maria. Ambos os símbolos representam, em um primeiro momento, a figura feminina; entretanto, a Eva atrela-se o desvio e escuridão, enquanto a Maria – virgem, virtuosa, esposa submissa – o papel atribuído configura-se positivamente, em função destas mesmas características citadas.

O segundo dos elementos, ainda segundo Scott, refere-se à normatização derivada das interpretações destes símbolos. Tais interpretações se dariam de forma tão profunda que passariam a ser expressas em ordenamentos – sejam eles religiosos, jurídicos, políticos, educativos, entre outros -, cujo viés é altamente limitador: todo e qualquer desvio a esses ordenamentos ou concepções é rigorosamente combatido, consolidando o que Scott chama de “oposição binária fixa, que afirma de maneira categórica e inequívoca o significado do homem e da mulher, do masculino e feminino” (SCOTT, 1995, p.86). Através da repressão de existências opostas ao pré-estabelecido nestas significações, há a prevalência do discurso hegemônico, tão profundamente fundado que transmite a ideia de parcimônia e consenso social. Deste modo, a limitação do dissenso a tais interpretações nada mais visa do que, fundamentalmente, legitimá-las através do suposto consenso que há em órbita das mesmas.

De certo modo, ainda que possa ser considerado fácil, em um primeiro olhar, a identificação das consequências destas bases de papéis pré-estabelecidos, fundados e transferidos por entre os séculos, através da observação ainda hoje de muitas destas imposições à figura feminina, seu desmonte, por sua vez, ainda encontra resistência expressa de diversas formas. Para fins de organização da exposição de ideias, e sem nenhuma pretensão de ousar abordar todas as esferas onde a desigualdade de gênero pode moldar as relações e estruturar os comportamentos a serem desempenhados por ambos os gêneros, abordar-se-ão as que, para o desenvolvimento deste estudo, foram consideradas com potencial de incidência mais direta em modelar as formas de expressão da sexualidade feminina e, conseqüentemente, pode expô-las de uma maneira específica à infecção pelo HIV/AIDS.

Partindo da ideia formulada por Scott, de que foi estabelecida uma oposição binária rígida em que os papéis masculino e feminino são claramente delimitados e, para além disso, essencialmente opostos, os espaços – inclusive físicos – a serem ocupados por ambos também foram, de certo modo, definidos. Neste sentido, há a diferenciação entre os espaços público e doméstico, bem como quem são os indivíduos aptos a ocupá-los. Todavia, conforme Okin (2008), à análise do espaço doméstico não foi destinada a mesma atenção, por parte da discussão dos teóricos políticos, que o espaço público - intimamente atrelado ao espaço político. A partir

disso, houve deliberada negligência na análise do quanto estes espaços são interdependentes entre si – o espaço doméstico e familiar é o responsável por formar e criar os indivíduos, que se tornariam adultos e que passariam a ocupar o espaço público e que, por sua vez, seriam o principal foco dos estudos – e do quanto as relações de poder estabelecidas em um deles poderiam ser espelhadas, por assim dizer, ao outro espaço.

É a partir da influência das práticas patriarcais e da divisão sexual do trabalho que o gênero entra de forma especialmente sensível na formação desta dicotomia entre o público e doméstico. O homem, enquanto designado responsável pela vida política e econômica, seria o ocupante natural da esfera pública. Deste modo, sua responsabilidade é com o externo, público, político. A mulher, tida como inadequada à vida pública, e com suposta atribuição natural para não apenas exercer a reprodução, como efetuar a manutenção da família – estrutura, a princípio, considerada não política – teria sua existência reduzida à esfera familiar e domiciliar. Quando se considera que ambos os espaços são absolutamente distintos e apartados, se ignora as estruturas existentes entre elas que não somente relacionam-se entre si, como também atuam para a perpetuação destes espaços: a estrutura de poder, que o confere exclusivamente ao masculino enquanto exclusivo ocupante da esfera pública, e o poderio econômico obtido por ele em decorrência disto (OKIN, 2008, p.308).

Havendo a clara definição da separação das esferas que cada um ocupará, transpô-las torna-se consideravelmente mais complicado. Primeiro, porque numa dimensão normativa social, ultrapassar os limites atribuídos a si significa ir contra o “natural e adequado”, retornando à ideia de Scott de que a interpretação dos símbolos é responsável por criar convenções, que obtêm um caráter quase dogmático, por assim dizer, onde as expressões de contrariedade a estes são tão massivamente refutadas que geram, em última instância, a ideia de que há um consenso generalizado em torno destes.

Segundo porque, numa dimensão prática, a subordinação da mulher ao homem também perpassa pela dependência econômica e divisão sexual do trabalho. Ainda que longe de atribuir a dominação exclusivamente à dependência financeira, não há muito como refutar que, ainda que existam movimentos mais recentes de ultrapassagem feminina aos limites da esfera doméstica e

adentramento à vida pública e política, de forma geral são ofertadas possibilidades distintas em termos de acesso a ofícios mais prestigiados e melhor remunerados. Neste sentido, o nexos causal que limita a mulher à esfera privada e familiar encontra subsídio no fato de que é relativamente mais fácil que ao homem sejam dadas mais oportunidades de obter ofícios com remunerações melhores. Ou seja, se em um primeiro momento a vida doméstica é atribuída à mulher como “natural”, em outro ela é mantida como irrevogavelmente necessária. Deste modo, ocorre a manutenção masculina enquanto provedor financeiro, e da figura feminina enquanto nutriz:

A divisão sexual do trabalho tem caráter estruturante, como também procurei mostrar. Ela não é a expressão das escolhas de mulheres e homens, mas constitui estruturas que são ativadas pela responsabilização desigual de umas e outros pelo trabalho doméstico, definindo condições favoráveis à sua reprodução. Essas estruturas constituem as possibilidades de ação, na medida em que constroem as alternativas, incitam julgamentos que são apresentados como baseados na natureza (em aptidões e tendências que seriam naturais a mulheres e homens) e fundamentam formas de organização da vida que, apresentando-se como naturais ou necessárias, alimentam essas mesmas estruturas, garantindo assim sua reprodução (BIROLI, 2016, p.739).

Há, no trabalho doméstico, a continuidade da atuação predominantemente feminina, mesmo em contextos em que as mulheres porventura tenham passado a ter maiores graus de instrução no que se refere ao ensino formal, comparativamente aos homens, por exemplo. Entretanto, através da distinção fundada entre o trabalho remunerado e não remunerado, tem-se a desvalorização daquele desempenhado majoritariamente pelas mulheres, que, ao fornecer gratuitamente sua força de trabalho na criação dos filhos e na manutenção da casa, deixa livres os homens para que atuem em seus ofícios remunerados e conseqüentemente mais valorizados, tanto em termos financeiros quanto em termos de prestígio social (BIROLI, 2016, p. 726).

Se tão somente a dependência financeira já se configuraria e potencializaria a submissão feminina, esta atua também no sentido de contribuir com a vulnerabilidade da mulher às demais violências. A partir do momento em que se naturaliza a possibilidade da existência de casos em que a escolha de se manter em determinada relação pode não ser unicamente motivada pela vontade exclusiva de mantê-la – quando ocorrem dúvidas, por exemplo, quanto a capacidade de manter a si e aos

seus na ausência da figura do provedor – favorece-se o desenvolvimento da chamada “codependência”. Para além do aspecto deste formato de codependência, que pode ou não ser fundamentada sob o viés financeiro, cabe ainda a discussão acerca de se são atribuídas possibilidades de escolhas verdadeiramente isentas de interferências – ativas ou não - em contextos em que há estruturas de poder assimétricas, ainda que não claramente desempenhadas por agentes específicos ou ainda que ocorram de forma altamente difusa.

É neste sentido que se torna relevante o questionamento acerca dos custos distintos que a suposta liberdade de exercer determinadas escolhas faz recair sobre homens e mulheres, anulando, por si só, a própria suposição de existência de uma liberdade. Uma vez que os recursos para a tomada de decisão estão à disposição dos indivíduos de forma desigual, e uma vez que o custo de uma decisão tomada por uma mulher, frente à mesma tomada por um homem, pode ser absolutamente distinto e desfavorável à primeira, admite-se a existência de uma dominação permanente, alimentada por distintos mecanismos, entre eles as convenções sociais e práticas sociais estabelecidas (ELIAS; ABREU, 2017, p. 11). Considerando especificamente a desigualdade de acesso à ofícios de maior prestígio entre homens e mulheres, a dependência econômica deve, necessariamente, ser considerada uma das esferas de dominação. Neste sentido, a vulnerabilidade ao HIV/AIDS também se torna presente, uma vez que a dependência econômica atua como uma das esferas de desigualdade de gênero - muito embora não seja a única - conforme Wilza Vieira Villela discorre:

Se, em algumas situações, a pobreza e a violência intrafamiliar criam configurações propícias à aquisição e disseminação do HIV, a própria situação de viver com HIV possibilita a ocorrência de diferentes expressões de violência; a adesão a papéis de gênero mais tradicionais pode atuar como proteção contra a violência, ao mesmo tempo em que pode aumentar a exposição à violência doméstica. Enfim, há um jogo ambíguo e contraditório entre gênero, AIDS e violência, que exige de cada mulher novos posicionamentos a cada instante para lidar com as tensões que atravessam seus relacionamentos, e com a sua própria vulnerabilidade. (VILLELA, 2008, p.112)

Se por um lado essa codependência não se funda exclusivamente pelo aspecto financeiro, ela é facilitada quando há, socialmente, a proliferação e manutenção de discursos que atribuem à mulher significado necessariamente a partir da figura masculina. Neste sentido, a mulher é esposa, mãe, e, se agora não o for,

sua formação deverá ser para que um dia seja. Se porventura não quiser, algo estará necessariamente errado. Ela até poderá participar da vida pública, quiçá em posições superiores, entretanto não vivenciará plena e completamente o “ser mulher” enquanto não for esposa e mãe. E, quando o for, espera-se que consiga desempenhar todos os papéis com maestria, principalmente o de nutriz. Não há a menor possibilidade de que a mesma negligencie, sob ausência de reprovação dos demais, seu destino designado em sua esfera designada, a doméstica. Os homens, ocupantes naturais da esfera pública, são frequentemente perdoados por eventuais negligências na esfera doméstica, pois estariam apenas exercendo seu papel. Sobre as mulheres em situação semelhante, todavia, recaem julgamentos morais mais rígidos, evidenciando que “ser mãe significa algo inteiramente diferente de ser pai” (OKIN, 2008, p.326).

Todavia, esta separação generificada entre esferas sofreu, ao longo do tempo, constantes mutações, em razão do próprio caráter dinâmico que possui. Esta dinamicidade deriva do fato de que gênero é interpretado, segundo Scott, enquanto elemento constitutivo das relações sociais, e, quanto a tais relações, não restam dúvidas que incidem cotidianamente diversas novas formas de lê-las e vivenciá-las. Neste sentido, ao passo em que os limites permitidos à mulher foram sendo expandidos e a mesma tenha adentrado parcialmente no mercado de trabalho, por exemplo, isto não significa sugerir que as opressões contra ela tenham sido superadas. Ao contrário, não somente encontraram diferentes maneiras de serem cometidas, quanto ainda cristalizaram a desigualdade existente: mesmo que elas tenham adentrado em maior número o mercado formal no Brasil, grande parte dos ofícios ainda estão no escopo da esfera doméstica. Segundo dados de 2019 coletados pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 94,1% dos trabalhadores domésticos são mulheres (IBGE, 2019, p.23). Há, ainda, o ponto de que a desigualdade de gênero se manifesta sob múltiplas facetas, e a entrada da mulher no espaço público, por sua vez, não necessariamente significa que o movimento de maior autonomia será espelhado nas demais áreas do cotidiano, inclusive em matérias familiares e de liberdade sexual.

2.1 Sexualidade feminina

Para atender a proposta deste estudo, é altamente pertinente a compreensão de como a sexualidade, bem como suas expressões, se insere de formas distintas a partir do meio no qual é fundada. Para tal, tomaremos por base uma perspectiva construtivista, entendendo que a construção da sexualidade é produto também das distintas interações do meio social e, principalmente, cultural, conforme sinaliza Richard Parker:

Essa visão da sexualidade e da atividade sexual tem, cada vez mais, focalizado a atenção da pesquisa sobre a natureza intersubjetiva dos significados sexuais — seu caráter compartilhado, coletivo, considerado não como propriedade de indivíduos isolados ou atomizados, mas de pessoas sociais integradas no contexto de culturas sexuais distintas e diversas. (PARKER, 1999, p.129)

Ainda que longe de cometer o erro de reduzir a sexualidade ao gênero do indivíduo, nos interessa mais de perto entender como essa formação da sexualidade se dá em homens e mulheres cisgênero em relações heterossexuais, sob o escopo de uma sociedade com latente desigualdade de gênero. Sendo assim, tomando por base o exposto até aqui, que remete à concepção, no imaginário popular, da atribuição natural da mulher para a esfera privada em função tanto de sua inaptidão à esfera pública quanto de sua natural capacidade reprodutiva, pode-se presumir que parcela significativa da noção de quais indivíduos controlam e exercem as relações de poder no âmbito sexual dialoga diretamente com as desigualdades entre os poderes dos mesmos em outros locais do cotidiano.

Ora, se para a esposa a esfera atribuída é a doméstica e familiar, e se esta, por sua vez, está sob tutela do marido, que detém autoridade fundada no poder de patriarca e de provedor de sua manutenção financeira (não reprodutiva), de que meios a mulher – aquela que deve exercer a submissão – disporia para ao menos ousar direcionar, contrariar, negar ou reafirmar qualquer aspecto relacionado à sexualidade do casal? Esta é, de algum modo, partícipe ativa da relação sexual, ou mero dispositivo por meio do qual o representante masculino ali situado obtém seu prazer? E se, além disso, não houver uma relação conjugal e a referida mulher for solteira, de que meios ela dispõe para vivenciar sua sexualidade de forma autônoma, plena, segura e, ao mesmo tempo, isenta dos julgamentos morais que recairiam sobre si somente motivados pelo seu gênero? Neste sentido, Pateman (1993) afirma que “a dominação dos homens sobre as mulheres e o direito masculino de acesso sexual regular a elas estão em questão na formulação do pacto original. O contrato

social é uma história de liberdade; o contrato sexual é uma história de sujeição”. (PATEMAN, 1993, p. 16)

Quanto a ser considerada partícipe ativa ou não, a partir da redução da sexualidade feminina ao aspecto reprodutivo, aumentam-se as chances de que a mulher seja enxergada não como sujeito, mas como tão somente agente reprodutor da espécie. Reduzindo a vivência sexual à um ato de essência laboral, retira-se o espaço de pensar e cogitar as mulheres enquanto seres que, mais do que merecerem os mesmos prazeres que os homens, são absolutamente capazes de obtê-los, ao menos sob o aspecto biológico. A própria concepção do ato sexual fundada ao longo do tempo, no entanto, favorece a noção da figura masculina enquanto sujeito ativo e da mulher enquanto inerentemente passiva, onde “um confronto entre opostos é a base da sexualidade: o homem vai fazer e à mulher será feita”. (GIFFIN, 1994, p.151)

É curioso, entretanto, observar a influência do judaico-cristianismo na mudança com que a sexualidade feminina foi sendo construída: se durante a Idade Média a figura feminina era causadora de um suposto “desejo infinito”, responsável por distrair e enfraquecer os guerreiros, ao fim do século XVII a ética cristã burguesa dissemina uma profunda alteração em tal imagem, em que “de fêmea insaciável, a mulher se converte em um ser quase assexuado, frígido, incapaz de prazer e de orgasmo, fisicamente constituído apenas para a procriação”. Deste modo, a sexualidade feminina, em função do medo que causava, é exorcizada e substituída pela noção de que é inexistente. (CHAUÍ, 1984, p. 30)

Se a única finalidade sexual do corpo feminino atualmente não é a reprodução em si – com o devido peso que os avanços das tecnologias de contracepção obtiveram no controle do sistema reprodutivo – sua objetificação pouco sofreu mutações no decorrer do tempo. Em termos de identidade sexual, denota-se a ausência de uma própria das mulheres, considerando que “as mulheres tendem a ser vistas e a se verem como receptáculos passivos das paixões sexuais dos homens. Mulheres sexualmente ativas estão em perigo constante de ter identidades negativas atribuídas a elas”. (HOLLAND et. al, 1990, p. 340)

Há, desta forma, ainda que indiretamente, o reforço da invisibilidade de uma sexualidade feminina por si própria, que não dependa da sexualidade masculina, isto é, que não seja constituída essencialmente enquanto o outro do sujeito (BEAUVOIR, 1980, p.10). Ao passo em que a sexualidade masculina é vista sob o aspecto de um

instinto, afastado da razão e dificilmente controlável, por assim dizer, são naturalizadas as expressões de controle, dominação e, em última instância, a violência, podendo estas serem mais ou menos sutis. Neste sentido, se não há uma identidade sexual própria das mulheres, e se o sexo é definido a partir dos impulsos e necessidades dos homens, mais do que aprisioná-las a seguir determinado *script*, estes as expõem de forma absolutamente desigual, muitas vezes traduzidas em formato de violência física e/ou psicológica, a posições das quais se torna demasiadamente difícil exercer qualquer autonomia sexual.

No que se refere à autonomia sexual em si, principalmente quando trazido à tona o risco de Infecções Sexualmente Transmissíveis, existe ainda um outro fator preponderante com potencial de aumentar a vulnerabilidade experienciada pela mulher: os poderes distintos de negociação com o parceiro pelo uso do preservativo. Se, de um lado, a mulher passou a ter maior controle no que se refere à reprodução, materializada na maior possibilidade de se prevenir quanto à gravidez indesejada fazendo uso, de forma individual, de contraceptivos hormonais, a garantia de sua plena saúde e de proteção às ISTs ainda depende de anuência do parceiro quanto ao uso do preservativo, por exemplo:

[...] tem se tornado cada vez mais claro que os fatores que facilitam a exposição feminina ao risco de infecção pelo HIV não são, como no caso dos homens, exatamente comportamentos e práticas, de alguma forma, exercidas voluntariamente. As situações que colocam as mulheres em risco para o HIV muitas vezes estão fora de seu controle e de sua capacidade de decisão, como no caso do uso do preservativo. Muitas mulheres, inclusive, nunca tiveram controle de fato sobre suas vidas ou possibilidade de tomar suas próprias decisões. (VILLELA, 2008, p.111)

Tendo em vista a característica anteriormente exposta, de que a sexualidade da mulher heterossexual foi construída de forma derivada aos impulsos e satisfação sexual do homem, a negociação pelo uso do preservativo, para além da assimetria de poder na reivindicação, pode acarretar ainda em riscos diversos às mulheres. No contexto da mulher em relacionamento estável, por exemplo, há o receio de que o pedido pelo preservativo soe como espécie de desconfiança, tanto do comportamento do parceiro quanto do seu próprio – a este último, soma-se o receio de qualquer atribuição de promiscuidade sobre si - acarretando no risco constante de desencadeamento de respostas violentas por parte dos parceiros (HEISE et. al, 1994, p.42)

Ademais, esta hierarquia de gênero, incidente e reproduzida nos espaços públicos e privados, merece especial atenção quando observada em termos de violência doméstica e intrafamiliar no cenário brasileiro. Numa das representações extremas da violência sexual, materializada no ato do estupro, os dados de 2019 do Fórum Nacional de Segurança Pública, divulgados em 2020, corroboram a já conhecida vulnerabilidade feminina a violências de ordem sexual, com as mulheres sendo as principais vítimas em 85,7% dos casos denunciados. Do total de casos de estupro, abarcando ambos os sexos, 84,1% foram cometidos por pessoas conhecidas, o que chama a atenção para o contexto de violência intrafamiliar. (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2020, p.136).

Tais dados reforçam que, se por um lado, vivenciamos uma transição de gênero nos aspectos relacionados à divisão sexual do trabalho, por exemplo, e se, por outro, há a maior proliferação de discursos que tentam atribuir algum caráter de sujeito à mulher, há a vontade masculina em encontrar meios de resistir a esse movimento, frente ao medo de superação da ordem patriarcal. Parte dessa “resistência” manifesta-se, inclusive, através da violência sexual.

2.2 Interseccionalidade

Ademais, a necessidade de focar o gênero de modo transversal torna-se imperativa quando determinadas estruturas exercem influência na desigualdade observada entre homens e mulheres. Alguns destes fatores seriam, *a priori*, raça e classe social, tendo em vista que estes também produzem normativos sociais. Assim, deverão ser observados esses três fatores em conjunto – gênero, classe e raça - tendo em vista que cada um destes possuem seus próprios potenciais desiguais, e, quando combinados, diferenciam a análise. Deste modo, configuraria em uma análise demasiada incorreta, no mínimo, partir do pressuposto de que as experiências de todas as mulheres em dada cultura e sociedade sejam idênticas, ignorando as distinções existentes entre as mesmas. Ainda que similares em alguns aspectos, são continuamente perpassadas por estruturas outras que podem tornar seu existir consideravelmente dissimétrico, mesmo naquilo em que supostamente seriam iguais: o gênero.

O conceito de interseccionalidade aqui utilizado se fundamenta a partir da noção de que é necessário analisar, para além do gênero, as múltiplas experiências vivenciadas pelo indivíduo, uma vez que as fronteiras tradicionais de gênero ou raça, se analisadas separadamente, não são capazes de denotar adequadamente os aspectos estruturais acarretados pelo cruzamento destas esferas (CRENSHAW, 1991, p. 1244). Estas, entretanto, passam longe de serem estáticas. Por serem fruto de relações que, por natureza, se baseiam na dinamicidade, estão em constante mudança. Além disso, a análise destas interseccionalidades deve se dar de forma historicizada, isto é, respeitando os devidos contextos nas quais se desenvolvem. Deste modo, cabe tentar entender, ainda que de forma breve, as características que distinguem não só a existência de homens e mulheres, como também destes em função de suas raças e de suas classes.

Primeiro, partiremos do ponto de que a imaginária limitação da figura da mulher à esfera privada/doméstica incide tanto sobre mulheres brancas quanto negras. Todavia, já nesta afirmação torna-se necessário entender as formas como tais estão historicamente embutidas, via de regra, em classes sociais distintas. Saffioti (2011) traça uma analogia que se fundamenta na existência de um nó entre três esferas principais – gênero, classe, raça – que, por si só, é norteadada por uma lógica contraditória quanto analisadas juntas. Este nó, entretanto, teria pouca firmeza, justamente para possibilitar a movimentação de cada uma destas esferas que, se não atuam isoladamente, ao menos conferem ao conjunto um novo significado quando analisado juntamente. A base deste nó, então, seria a contradição e a motilidade em razão das circunstâncias históricas, responsáveis por conferir novos relevos à esta estrutura. (SAFFIOTI, 2004, p.125)

Um dos fatores que merece atenção no que se refere à maior exposição à ISTs em geral, quando observada sob a ótica da desigualdade de gênero, é a maneira com a qual a desigualdade de raça também pode atuar em conjunto, expondo e vulnerabilizando de forma particular as mulheres negras. Em termos de vulnerabilidade ao HIV/AIDS, os dados epidemiológicos recentes reforçam a maior suscetibilidade ao desenvolvimento da AIDS entre pessoas negras. Na notificação de óbitos por AIDS no ano de 2018, separados por raça/cor, observou-se que 59,8% ocorreram entre pessoas negras, enquanto para a população branca o percentual foi de 39,5%. Quando analisados também por gênero, a proporção de óbitos em

mulheres negras foi de 61,5%, superior mesmo em relação aos homens negros, com 59,0%. Há em curso, entre os anos de 2008 a 2018, tendências opostas de crescimento dos óbitos: observou-se queda de 22,2% na proporção de óbitos em pessoas brancas, e aumento de 22,5% de mortes em pessoas negras (BRASIL, 2019, p. 31). Se considerado que o uso de preservativos é a principal maneira de prevenção ao contágio pelas ISTs, e que a utilização deste é perpassada também pelo poder de negociação, infere-se que, em razão dos cenários de desigualdade incidentes sobre mulheres negras, este poder é menor, expondo-as mais sensivelmente ao contágio.

No que se refere à relação entre HIV/AIDS e nível de escolaridade, também se observa uma correlação entre menores graus de instrução e maior exposição ao vírus. Isto pode ser explicado tanto em razão do precário acesso à educação e informações de prevenção adequadas, bem como pelas desigualdades de trabalho e renda, uma vez que, de modo geral, detentores de menor grau de escolaridade ocupam ofícios mais subvalorizados, com maior carga horária e menor remuneração. Nos casos de AIDS entre a população feminina notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de 1980 a 2019, aproximadamente 52% foi notificado em mulheres que cursaram somente até o ensino fundamental completo. Para os níveis de instrução acima, os casos notificados vão sendo drasticamente reduzidos, passando de 10,6% no ensino médio incompleto para 0,9% no ensino superior incompleto, voltando a apresentar aumento somente nas que obtiveram o ensino superior completo, sendo de 3,7%, ainda segundo o Boletim Epidemiológico HIV/AIDS divulgado em 2019 (BRASIL, 2019, p.58).

Em termos de renda de forma geral, a população preta ou parda segue em ampla desvantagem, segundo a Síntese dos Indicadores Sociais produzidos pelo IBGE com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) Contínua 2012-2018. O rendimento mensal domiciliar *per capita* médio demonstrou, nesse período, que pretos ou pardos recebem cerca de somente 50% da remuneração obtida pelos brancos (IBGE, 2019, p.56).

Em relação à infecção e ao tratamento em si, ainda que a distribuição dos antirretrovirais, medicamentos utilizados no tratamento do vírus HIV, seja garantida gratuitamente pelo SUS a partir da Lei nº 9.313/1996, os níveis de adesão ao tratamento variam também conforme os contextos socioeconômicos (BRASIL, 1996).

Neste aspecto, e principalmente no que se refere à pauta racial, a adequada adesão deverá perpassar, necessariamente, pelo adequado atendimento e esclarecimento médico. Todavia, no que se refere ao atendimento adequado, dados divulgados na Pesquisa Nacional de Saúde realizada pelo IBGE em 2013 denotam que a qualidade do atendimento médico varia de acordo com a raça e sexo do paciente. Para os indivíduos acima de 18 anos, é mais presente o sentimento de discriminação no acesso aos serviços de saúde efetuados para a população preta e parda (IBGE, 2013, p.54).

Isto indica que as consequências do racismo institucional nos ambientes de promoção da saúde podem ser consideravelmente agravadas quando sujeitas ao afastamento dos cidadãos no cuidado à própria saúde, principalmente referentes a agravos já estigmatizados em outras esferas, como é o caso do vírus HIV, para o qual o diagnóstico precoce é fundamental para evitar o desenvolvimento da AIDS. Em síntese, os contextos socioeconômicos atuam, de forma conjunta, para oferecer maior ou menor grau de vulnerabilidade ao HIV/AIDS. Se o vírus em si não é passível de predileção, sua disseminação produz graus de complicação distintos dependendo do indivíduo sobre o qual incide, conjugado também ao contexto. É neste aspecto que os níveis alarmantes de superioridade da incidência de AIDS na população negra – principalmente nas mulheres - dialogam diretamente com as outras esferas de opressão aos quais estão submetidos, e deve ter especial atenção no âmbito do Sistema Único de Saúde.

3 ACESSO UNIVERSAL E SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Não há como realizar a abordagem de um tema correlato à saúde pública brasileira sem trazer ao centro do debate, ainda que minimamente, as engrenagens de funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído através da Lei nº 8.080, de 1990 (BRASIL, 1990). Para que isto seja realizado de modo adequado, é vital a compreensão das complexidades de um sistema que, não à toa, é reconhecido mundialmente pelos avanços e caráter social que possui.

Por força de determinação constitucional, o direito à saúde preconiza-se como direito fundamental do cidadão, conforme art.196 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988). Para a consecução e gozo de tal direito, atribuiu-se ao Estado

a responsabilidade de garantir, social e economicamente, políticas que adotassem como objetivo a redução do risco ao adoecimento e, principalmente, o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. O advento da chamada “Lei do SUS” reforçou tal direito, bem como instituiu e sistematizou os mecanismos para alcançá-lo. Pela própria importância que a previsão da universalidade tem no Sistema, sendo parte constituinte de toda a lógica que norteia o SUS, será dado um foco especial a este ponto.

Destaca-se, no capítulo II da Lei 8.080/1990, destinado a “Princípios e Diretrizes”, a previsão da universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, não permitindo quaisquer tipos de distinção social ou econômica como condicionantes para o acesso ao SUS (BRASIL, 1990). Ao contrário, é justamente o conceito de efetivo acesso universal e indistinto o que torna o Brasil reconhecido internacionalmente como um dos poucos países que ofertam gratuitamente os serviços de saúde pública neste formato.

Para atingir o objetivo da universalidade, a descentralização político-administrativa assumiu o papel de principal balizadora, pois possibilita que as políticas e programas de saúde sejam realizados de modo a respeitar as especificidades de cada região. Deste modo, instituiu-se que a responsabilidade pelo financiamento das Ações e Serviços Públicos em Saúde (ASPS) ocorra de modo tripartite, ficando a cargo da União, Estados e Municípios. Isto fez com que a participação dos estados e principalmente dos municípios como promotores de ações de saúde fosse posto cada vez mais em papel de destaque. Em relação aos municípios, essa descentralização fez com que a aplicação de recursos financeiros aumentasse exponencialmente, passando de 12% para 31% entre 1991 e 2017. Em relação à esfera estadual, também foi observado aumento de 11%, passando de 15% para 26% no período. Já no que se refere ao gasto federal, por sua vez, a participação caiu cerca de 30%, passando de 73% para 43% no mesmo período, o que cristaliza o problema do subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (FUNCIA, 2019, p. 4407). Se, por um lado, pode-se atribuir a queda da participação da União à descentralização orçamentário-financeira aos demais entes no que se refere à saúde, bem como à divisão de responsabilidade na promoção de ações em saúde com estes, por outro, deve-se observar as limitações da capacidade de expansão que os entes subnacionais possuem no que se refere aos gastos em

saúde com seus recursos próprios. Uma vez que possuem capacidade arrecadatória menor quando comparados à União, bem como as previsões de alocações de recursos em todas as outras áreas de governo – assistência social, educação, cultura, entre outros – o potencial para aumento do custeio e investimento em saúde com recursos municipais e estaduais próprios é restrito, tornando, assim, a política de saúde excessivamente dependente das transferências federais.

Outro ponto sensível à questão da universalização diz respeito ao dispêndio do governo federal com a saúde pública, em relação ao Produto Interno Bruto (PIB), que historicamente não ultrapassa cerca de 4%. O que se observa é que o grau de representação no PIB brasileiro com os gastos privados em saúde é superior quando comparado ao gasto público, tendo sido, em 2015, de 5,1% e 3,8%, respectivamente. Cabe salientar que essa característica caminha na contramão não só da própria essência do SUS, mas na contramão mundial, quando comparados tais níveis de investimentos com os de países que possuem modelos de atenção à saúde similares no que tange ao acesso universal e gratuito em saúde (VIEIRA et al, 2019, p. 33). Tendo isso em vista, quando falamos em saúde pública é importante a análise ampla, que envolva também o dispêndio com o setor privado de saúde, principalmente em função dos incentivos fiscais continuamente concedidos aos gastos com seguros privados de saúde (FIGUEIREDO et. al, 2018, p. 44).

No que se refere especificamente aos incentivos fiscais concedidos tanto às pessoas físicas quanto às pessoas jurídicas, incidindo na forma de renúncia tributária para os gastos privados em saúde, a análise torna-se especialmente relevante quando observada sua existência concomitante ao perfil de tributação vigente no país, responsável por financiar o SUS. Nesse contexto, a concepção de um Sistema de Saúde Pública preconizado pela universalidade de acesso poderia consistir em um forte motor para redução da concentração de renda, desde que as principais fontes de arrecadação tributária fossem oriundas de tributos progressivos. No entanto, na prática, as principais fontes de arrecadação tributária no país se solidificam através de tributos regressivos e indiretos, uma vez que incidem, principalmente, sobre bens e serviços, fazendo com que o ônus do financiamento do Estado recaia sobre as camadas com menores rendas, caminhando inclusive na contramão de países semelhantemente desenvolvidos, segundo estudo

desenvolvido pelo Sindicato Nacional dos Auditores-Fiscais da Receita Federal no Brasil:

A estrutura tributária brasileira está constituída de forma invertida àquela de outros países desenvolvidos ou de grau de desenvolvimento semelhante ao brasileiro. Sistemas tributários mais desenvolvidos e modernos gravam mais a renda e a propriedade do que o consumo e são capazes de oferecer bens e serviços públicos de boa qualidade e de forma proporcional ao gravame tributário. Em nosso caso, o peso maior dos tributos recai sobre o consumo e a carga tributária é tão maior quanto pior é a distribuição de renda. O brasileiro médio sofre um gravame tributário muito maior do que a qualidade dos bens e serviços públicos que lhe são ofertados (SINDIFISCO, 2014, p. 22).

Somados aos problemas inerentes de financiamento do sistema, há de se salientar, também, o momento político-institucional vivenciado pelo país. Sob o discurso de necessidade de adoção de políticas de austeridade fiscal, elaborou-se a Emenda Constitucional nº 95/2016, foco de críticas contundentes por parte dos movimentos sociais mais afeitos à questão da saúde pública (BRASIL, 2016). Em síntese, a referida emenda estabeleceu o Novo Regime Fiscal (NRF), e instituiu, em seu artigo 110, que as aplicações mínimas nas Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) passassem a equivaler, a partir de 2016 e pelos próximos 20 anos, aos valores aplicados no ano anterior, corrigido somente pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Ao definir tal teto, foi amplamente desconsiderado que o investimento em saúde já é atualmente subfinanciado e possui problemas de atendimento ao princípio do acesso universal, principalmente quando leva-se em conta a tendência de aumento dos custos em ritmo superior ao aumento do IPCA, especialmente nos gastos com Média e Alta Complexidade, contexto em que apresenta potencial capacidade de agravamento do subfinanciamento do Sistema. (TESOURO NACIONAL, 2018, p. 7)

No que tange especificamente ao momento político, há de se fazer a correlação do enfoque dado à saúde pública e o aumento de discursos conservadores observados mundialmente, tendo em vista que os mesmos representam perigos aos avanços obtidos em matérias atinentes à saúde pública. Para além das limitações orçamentárias, que, em tese, atingiriam a abordagem e tratamento de diferentes agravos em saúde por parte do poder público, há, também, discursos claros que promovem e reforçam ataques simbólicos a questões que envolvam liberdade sexual, principalmente a feminina.

Um dos pontos que mais representou temor aos movimentos sociais defensores da saúde pública, principalmente na pauta de Infecções Sexualmente Transmissíveis, foi a reestruturação institucional ocorrida no Ministério da Saúde em 2019. Tal reestruturação se deu através da mudança da nomenclatura do antigo “Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais”, para “Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis”. Agora, o departamento que havia sido criado em 1986, ainda na primeira década da epidemia, e tornou-se referência em nível mundial pela eficiência no tratamento do HIV/AIDS, também será responsável por cuidar de outros agravos em saúde, o que, segundo membros de movimentos sociais, pode representar uma espécie de apagamento social da epidemia de AIDS (ABIA, 2020, p.49).

4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE HIV/AIDS NO CONTEXTO NACIONAL

Em termos de políticas públicas, foi criada em 1999 a Política Nacional de DST/AIDS, responsável por definir princípios, diretrizes e estratégias de enfrentamento à epidemia (BRASIL, 1999). Neste período, a epidemia de HIV/AIDS adentrava o início do século XXI já com as importantes mudanças que apresentava: a alteração no perfil dos infectados e, por conseguinte, a noção de que era necessário abordá-la sob um enfoque mais amplo. Denominada como “terceira fase da epidemia”, este enfoque passou a ser feito sobre a noção de suscetibilidade, afastando o conceito anteriormente utilizado de “grupo de risco”, atrelado ao estigma dos principais grupos primeiramente infectados pelo vírus. Esta superação de noções limitadas a grupos de risco se deu em razão da maior disseminação do vírus entre as pessoas heterossexuais, com destaque para as mulheres (BRASIL, 1999, pg.11).

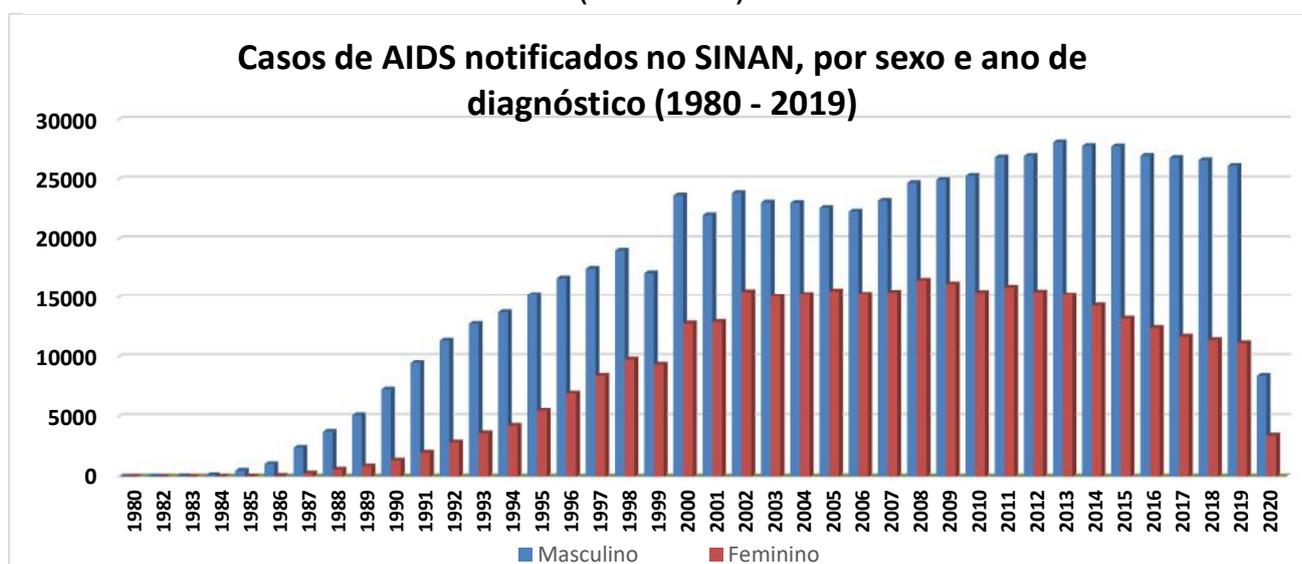
No âmbito da atenção específica à saúde da mulher, ao menos em termos de produção de políticas em âmbito federal, buscou-se, a partir da década de 1980, a formulação de planos que visaram abarcar a saúde desta população de acordo com algumas especificidades que as constituem. Neste sentido, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado ainda no início da década,

no ano de 1983, foi um claro exemplo das conquistas de reivindicações feitas pelos movimentos de mulheres para a área de saúde. Sua formulação se deu em paralelo aos processos de conceituação do que viria posteriormente a ser o Sistema Único de Saúde, fortemente delineado pelas demandas do movimento de reforma sanitária no país (OSIS, 1998, p.30).

4.1 Criação do Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização do HIV/AIDS

No que se refere especificamente à criação de políticas visando abordar a vulnerabilidade feminina ao HIV/AIDS, o governo federal elaborou, no ano de 2007, o “Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização do HIV/AIDS”, instituído a partir de um enfoque intersetorial, visando fornecer “a construção de uma resposta integrada para a redução dos contextos de vulnerabilidade, que deixam as mulheres mais suscetíveis à infecção pelo HIV e a outras doenças sexualmente transmissíveis” (BRASIL, 2007). A mera elaboração deste plano, com amplo embasamento a partir de estudos de gênero, abordou de forma direta os fatores atrelados à desigualdade de gênero que tornam as mulheres mais suscetíveis, a seu próprio modo, à contaminação pelas IST/AIDS. Cabe ressaltar, ainda, que a criação do plano se deu no período mais crítico em termos de quantidade de casos de AIDS notificados na população feminina, representando cerca de 41% do total de casos em 2007.

Gráfico 1 - Total de casos de AIDS notificados no SINAN, por sexo e ano de diagnóstico (1980 – 2019)



Fonte: Ministério da Saúde. Extração de dados do TABNET/DATASUS. Gráfico de elaboração própria.

Para além da alta dos casos de HIV/AIDS observados entre mulheres, que foi um dos propulsores da referida política, cabe salientar também as iniciativas de distintos movimentos sociais ao redor do país em prol da defesa dos direitos sexuais e reprodutivos, que tomaram força ao longo do tempo. Além disso, o próprio contexto internacional também atuou enquanto um propulsor para a formulação de uma política específica no tema, uma vez que foram sendo constatados cada vez mais casos de HIV em mulheres globalmente: no período de formulação do plano, estas representavam 50% das infecções em todo o mundo, segundo o próprio Plano Integrado. (BRASIL, 2007, p. 7)

Ainda que tanto a Política Nacional de DST/AIDS como o próprio PAISM citassem a questão do HIV/AIDS e sua incidência nas mulheres, o Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização do Vírus foi o principal responsável por fornecer um olhar mais centrado na pauta não só de gênero, mas nos demais determinantes que, conjugados a este, realizam a manutenção de um cenário desfavorável às mulheres no tema. O referido plano elencou os principais desafios, de diversas ordens, que recairiam para dificultar a superação dos contextos de vulnerabilidade observados, separados entre: relações desiguais de gênero; racismo e desigualdades étnico-raciais; pobreza; violência sexual e doméstica; estigma e violação de direitos humanos; pouco reconhecimento dos direitos dos adolescentes e dos jovens; as doenças sexualmente transmissíveis e, por último, o uso de drogas.

Pela própria abrangência discursiva do plano, e por considerar que ele estabelece metas suficientemente sensíveis no tocante às especificidades das vulnerabilidades aqui mencionadas, é relevante a verificação do quanto destas foram de fato alcançáveis ao longo do tempo. Segundo a apresentação do próprio plano, ele possui como objetivo o norteamento das ações de saúde sexual e reprodutiva, orientando as diretrizes para elaboração e implementação destas nos níveis federal, estadual e municipal. Deste modo, para que se possa tentar avaliá-lo, deve-se levar em consideração se o inicialmente proposto foi alcançado, de modo a tentar verificar o nível de adesão das ações nele propostas em relação a atuação dos entes subnacionais.

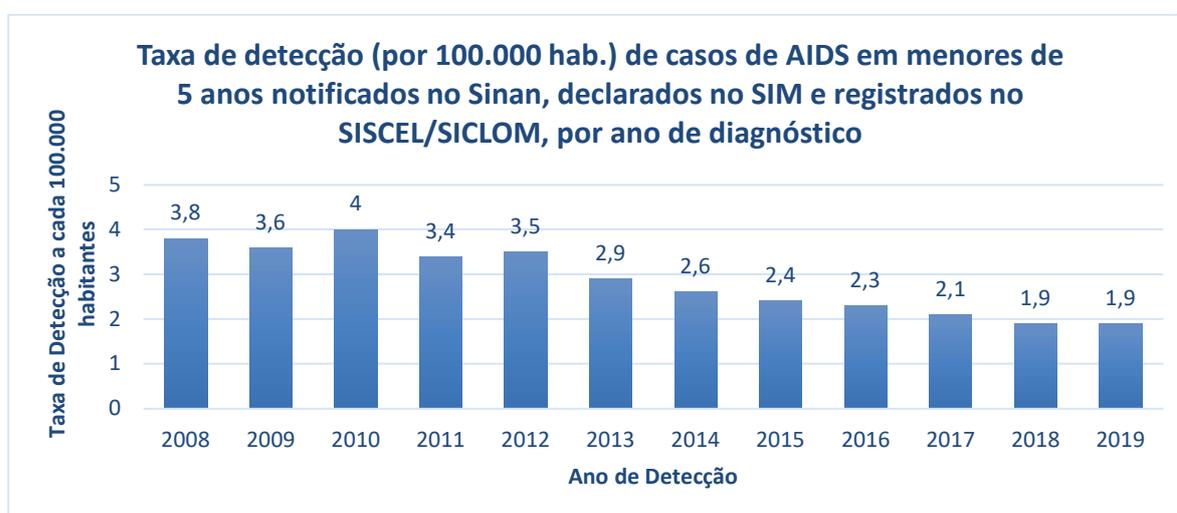
4.2 Análise das metas

O prazo para alcance de algumas metas instituídas no plano foi o ano de 2008. Entretanto, tendo em vista que as metas nele propostas estão aqui sendo utilizadas somente para verificação do grau de sensibilidade e adesão do Estado à implementação prática de ações voltadas à mitigação dos cenários que vulnerabilizam desigualmente as mulheres, e também a importância de que as metas que porventura tenham sido atingidas até 2008 tenham se mantido, tendo em vista que as diretrizes de enfrentamento ao HIV/AIDS devem ser contínuas, serão utilizados os dados mais recentes encontrados para cada meta a seguir.

4.2.1 Meta 1

A primeira meta do plano era a de redução, até o ano de 2008, da taxa de transmissão vertical do HIV, de 4% para menos de 1%. A taxa de detecção na faixa etária inferior a 5 anos é utilizada como indicador *proxy* da transmissão vertical – a que ocorre da mãe para o filho durante o período gestacional - tendo em vista ser a causadora mais provável das infecções nos indivíduos desta idade. Segundo o boletim epidemiológico divulgado pelo Ministério da Saúde em 2019, a taxa de detecção de AIDS nesta população sofreu variações ao longo dos anos, tendo inclusive apresentado aumento de 2008 a 2010, passando de 3,8 para 4 casos a cada 100.000 habitantes. Apesar da redução visualizada nos anos posteriores, a taxa apresentou estabilidade nos anos de 2018 e 2019, permanecendo em 1,9 casos a cada 100.000 habitantes, conforme o gráfico a seguir evidencia:

Gráfico 2 - Total de casos de AIDS notificados em menores de 5 anos



Fonte: Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS 2019. Gráfico de elaboração própria.

Considerando a diferença que há entre a transmissão do HIV e o desenvolvimento da AIDS em si, - sendo a primeira apenas a transmissão do vírus, e o segundo o estágio onde a doença AIDS já se desenvolveu - e considerando que os dados disponibilizados se referem à detecção da AIDS, os casos em que ocorreu somente a transmissão vertical do HIV podem ser inclusive maiores, o que indica que mesmo com as tecnologias de tratamento durante o pré-natal ainda podem ocorrer defasagens de acesso a estas.

4.2.2 Meta 2

A segunda meta do plano se refere à eliminação completa da sífilis congênita. O acompanhamento dos níveis de detecção da sífilis congênita representa um dos indicadores epidemiológicos para o monitoramento do HIV/AIDS, sendo a sífilis também um agravo de notificação compulsória. De acordo com os dados extraídos do banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS), apesar deste agravo ter apresentado tendência de queda entre 1998 e 2009, do ano de 2010 a 2018 observou-se progressivo aumento do número de notificações. No ano de 2019, apresentou mínima queda no número de casos notificados, passando de 26.531 para 24.253 casos, representando uma queda aproximada de 8,59%.

Gráfico 3 - Total de casos notificados de Sífilis Congênita por ano de diagnóstico, 1988-2019

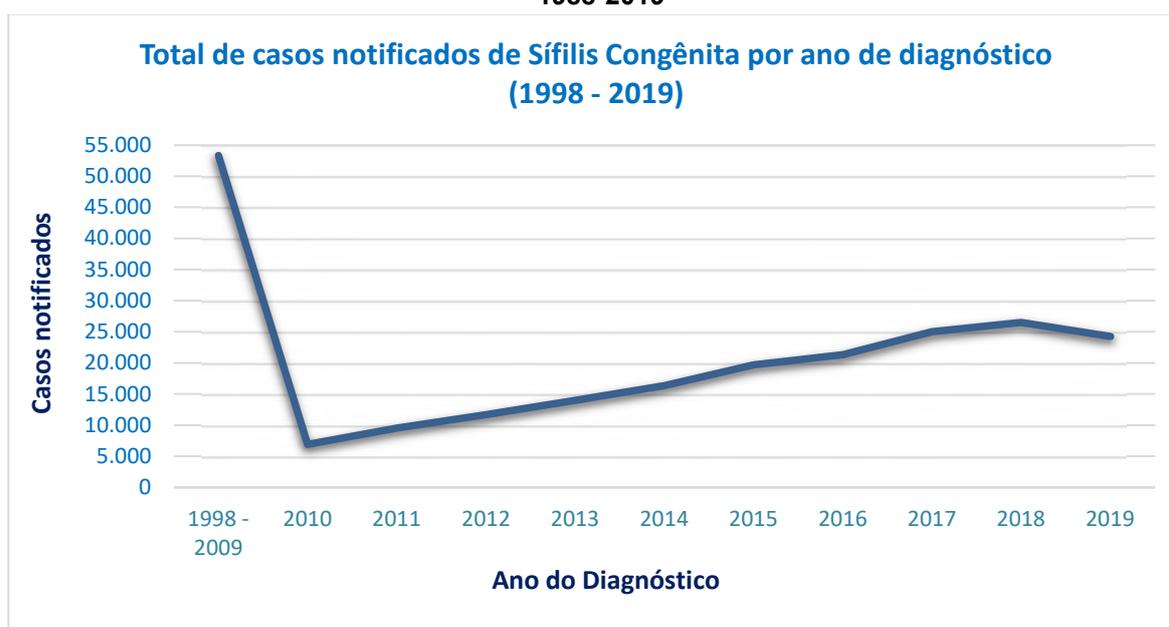


Gráfico 3 - FONTE: Ministério da Saúde. Extração de dados do TABNET/DATASUS. Gráfico de elaboração própria.

4.2.3 Metas 3, 4 e 5

A terceira, a quarta e a quinta meta do plano possuem objetivos correlatos, sendo relacionados à redução da violência doméstica e sexual contra a mulher. A terceira meta teve por objetivo a integração, em 100%, da rede básica de atenção integral para mulheres em situação de violência doméstica e sexual. A definição estabelecida para o funcionamento desta rede foi a de pactuação para a ação articulada entre instituições governamentais e não governamentais, de modo a ampliar e aprimorar a qualidade das ações de prevenção e do atendimento oferecido aos casos de violência, bem como a criação de estratégias para o alinhamento das ações.

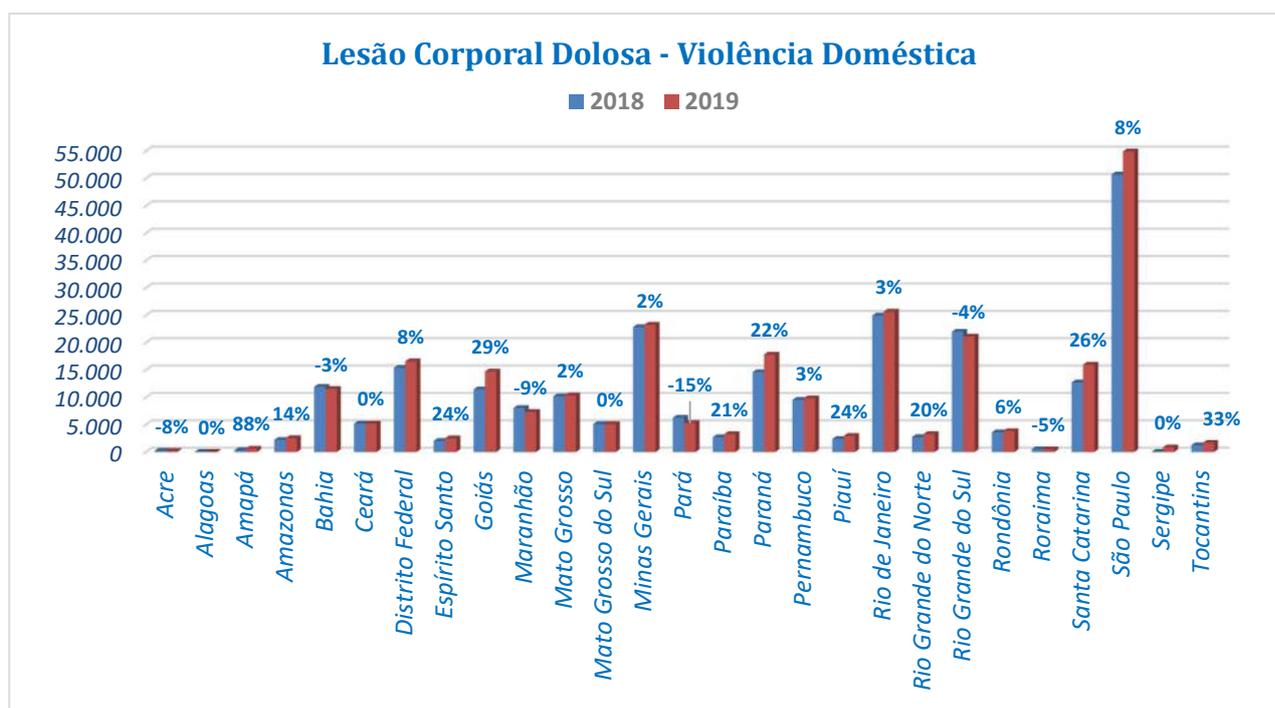
Por sua vez, a quarta meta estabelece a intenção de implementação de ações de enfrentamento da violência sexual e doméstica em 100% dos municípios que possuem a política de incentivo no âmbito dos programas de Saúde da Mulher e IST/AIDS. Ficou à cargo da quinta meta dispor sobre a ampliação das redes de atenção em 100% dos municípios prioritários. Não fica claro, porém, quais são os critérios utilizados para a definição destes municípios.³

Considerando que a criação de tais metas, interrelacionadas entre si – integração das redes de atenção, implementação de ações de enfrentamento e ampliação destas redes – visavam, em síntese, reduzir os índices de violência por meio da adequada abordagem e do estabelecimento de ações preventivas efetivas, infere-se que o objetivo maior não foi totalmente alcançado, uma vez que os dados de violência doméstica e sexual seguem em alta no país. Ademais, para além dos registros oficiais de casos, ainda deve-se levar em consideração o elevado potencial de subnotificação destes crimes. Segundo dados do Anuário Nacional de Segurança Pública de 2020, entre 2018 e 2019 o Brasil observou um aumento de 7,2% do total de casos de lesão corporal dolosa contra vítimas do sexo feminino, passando de 248.439 casos em 2018 para 266.310 em 2019 (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2020, p. 124). Comparativamente à projeção de população total no Brasil no ano de 2019 segundo dados do IBGE, que foi de 210.147.125 habitantes, os dados de lesão corporal representaram 0,13% da população total (IBGE, 2020).

³ Para a pesquisa, foram realizadas tentativas de municipalizar a análise das metas, entretanto, não foram encontrados dados suficientes para tal.

As distribuições estaduais das notificações trazem destaque para a região sudeste, com São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais sendo responsáveis por 103.781 casos, cerca de 39% do total notificado em 2019 no Brasil. São Paulo apresentou 54.910 casos, enquanto o Rio de Janeiro teve 25.630 casos e Minas Gerais teve 23.241. Comparados a suas populações, os percentuais de notificação foram de 0,12%, 0,15% e 0,11% respectivamente. De todos os 27 estados, somente 7 apresentaram queda nas notificações, sendo eles o Acre, Bahia, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Pará, Rio Grande do Sul e Roraima, conforme o gráfico abaixo evidencia. Para o estado de Alagoas, não foram atribuídos dados em nenhum dos dois anos, e, no Sergipe, não foram atribuídos dados para o ano de 2018 no Anuário Nacional de Segurança Pública.

Gráfico 4 - Dados de Lesão Corporal Dolosa – Violência Doméstica em 2018 e 2019



FONTE: Anuário Nacional de Segurança Pública 2020, p.124, Tabela 38. Gráfico de elaboração própria.

No que concerne especificamente à violência sexual propriamente dita, as vítimas do gênero feminino representaram aproximadamente 84% do total de casos notificados em 2018 e 2019, tendo sido de 55.811 e 55.499, respectivamente. Apesar da ligeira queda de 0,56% observada entre esses dois anos, estima-se que, infelizmente, casos de estupro ocorram a cada 8 minutos no país. (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2020, p. 132). Destes casos, as relações entre vítima e autor

do crime sugerem que o ato ocorre majoritariamente no contexto intrafamiliar, tendo em vista que em 84,1% das vezes o autor é conhecido da vítima.

4.2.4 Meta 6

A sexta meta ambicionou o aumento de 90,2% para 95% da proporção de mulheres que atribuíram espontaneamente a relação sexual como forma de contágio. Pode-se inferir que um dos objetivos desta meta perpassa diretamente pela compreensão do grau de conhecimento feminino acerca das situações de exposição ao vírus. O percentual de 90,2% foi divulgado nos resultados da Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira (PCAP) do ano de 2004, sob o tópico “Percentual (%) de indivíduos entre 15 e 54 anos que, espontaneamente, cita as formas de transmissão do HIV, segundo sexo”, que apontava para 91,3% homens frente à 90,2% mulheres (PCAP, 2004, p.37). No último PCAP realizado, do ano de 2013 e divulgado em 2016, o percentual de mulheres que responderam que o preservativo é a melhor forma de evitar que o vírus do HIV seja transmitido durante a relação sexual aumentou para 94,7% (PCAP, 2013, p.28). Deste modo, entende-se que, apesar do aumento observado, a taxa de 95% não havia sido alcançada, ao menos até o ano de 2013.

4.2.5 Metas 7 e 8

A sétima e oitava meta estabelecidas também são interrelacionadas, uma vez que versam sobre a importância da realização de testagem para o HIV e exames ginecológicos periódicos. Ambas foram pautadas a partir do PCAP 2004, com a sétima meta objetivando dobrar o percentual de mulheres que relatam já terem sido testadas para o HIV, de 35% naquele ano para 70%, sem definir o ano almejado para alcance. Na PCAP 2013, o percentual observado foi de 44,8% de mulheres entre 15 e 64 anos que relataram já terem sido testadas para o HIV ao menos uma vez na vida (PCAP, 2013, p.62). Depreende-se, portanto, que a ambição de dobrar o percentual de mulheres testadas para o HIV, a partir do qual as possibilidades de diagnóstico precoce são aumentadas e, por sua vez, reduzidas as chances do desenvolvimento da AIDS não só não foi atingida, como permaneceu bem aquém do

esperado, tendo obtido um aumento de apenas 9,8% em 6 anos. No que se refere à oitava meta, que objetivou o aumento de 70,3% para 90% na proporção de mulheres que declaram ter realizado exames ginecológicos com preventivos nos últimos 3 anos, ela não só também não foi atingida, como representou irrisórios 0,6% de aumento, passando a ser de 70,9% na PCAP 2013 (PCAP, 2013, p. 50).

3.2.6 Meta 9

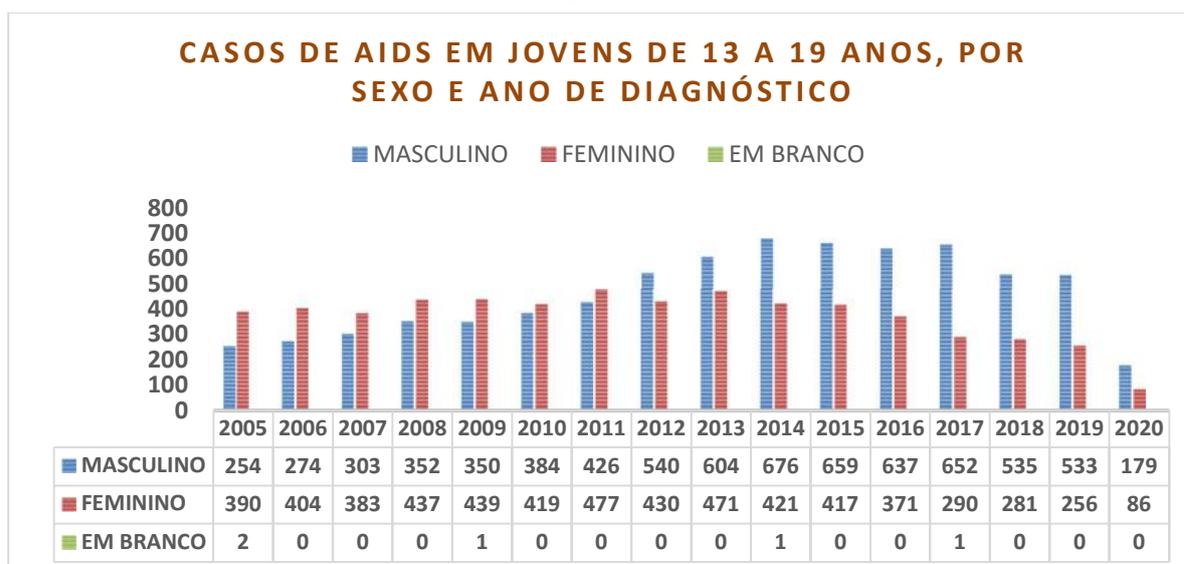
Ficou a cargo da nona meta dispor mais especificamente sobre ações de conscientização da população mais jovem, a partir do objetivo de aumentar de 17%, a partir dos dados do Censo Escolar do ano de 2005, para 50% o número de escolas de ensino médio da rede pública com ações de disponibilização e distribuição de preservativos. A iniciativa responsável pela distribuição de preservativos na rede pública de ensino foi instituída no projeto “Saúde e Prevenção nas Escolas”, criado pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação, e lançado oficialmente no ano de 2003. Dentre seus principais objetivos, consta a maior integração dos setores saúde-escola, nas três esferas governamentais, de modo a visar a redução dos agravos à saúde da população jovem (BRASIL, 2006, p.16).

A importância do projeto se torna altamente relevante quando analisado a partir dos aspectos sociais envolvidos nos riscos de contágio pelas IST/AIDS, especialmente no que se refere às relações de gênero. Isto, inclusive, foi um dos norteadores do referido projeto, uma vez que levou em consideração a ocorrência do aumento do número de mulheres infectadas, bem como as especificidades do início da vida sexual para mulheres jovens, conforme exposto nas Diretrizes para Implementação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas, elaborado pelo Ministério da Saúde:

Os dados mais recentes mostram um aumento desigual da epidemia entre mulheres e, particularmente, entre jovens do sexo feminino, o que pode ser parcialmente explicado pelo fato de a iniciação sexual ocorrer, frequentemente, com homens que já tiveram experiências sexuais anteriores e, portanto, maior possibilidade de exposição às doenças sexualmente transmissíveis. Na maioria dos casos, os homens mais velhos, temendo gravidez, mas sem se preocupar com a transmissão das DST e da AIDS, estimulam a jovem a usar anticoncepcional hormonal. (BRASIL, 2006, p. 13)

Em decorrência da ausência que passou a existir, na realização dos Censos Escolares posteriores, de questionário específico acerca da distribuição de preservativos para os alunos do ensino médio da rede pública de ensino, e, uma vez que entende-se que um dos objetivos da distribuição dos mesmos, estabelecido no próprio Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas, seria a diminuição dos índices de contágio por HIV/AIDS entre a população jovem, optamos por mensurar a variação observada entre os anos no que se refere à contaminação, para aferição do grau de sucesso obtido. Deste modo, de acordo com dados extraídos da plataforma TABNET-DATASUS, selecionado por ano de diagnóstico de AIDS notificado ao SINAN, para a faixa etária de 13 a 19 anos em um período de 15 anos – de 2005 a 2020 – infere-se a inobservância da utilização de métodos de proteção durante o ato sexual na maior parte da série analisada, uma vez que foi observado aumento do quantitativo total em todos os anos até 2014. No que se refere especificamente a jovens do gênero feminino, elas foram as principais vitimadas até o ano de 2011, representando aproximadamente 56% dos casos no período. Com a posterior inversão do quadro e acentuado aumento dos casos em jovens do gênero masculino, as meninas passaram a representar 45% do total de casos em todo o período, conforme o gráfico abaixo evidencia:

Gráfico 5 - Casos de AIDS em Jovens de 13 a 19 anos, por sexo e ano de diagnóstico



FONTE: Ministério da Saúde. Extração de dados do TABNET/DATASUS. Gráfico de elaboração própria.

3.2.7 Metas 10 e 11

No que se refere às metas 10 e 11, também foram formuladas de modo a abordar a necessidade de melhor difusão de informações de qualidade sobre o tema. A meta 10 firmou o objetivo de estabelecer linha de base para diagnóstico e ampliação do conhecimento sobre sexualidade e reprodução em mulheres vivendo com HIV/AIDS, enquanto a meta 11 dispôs sobre a ampliação do conhecimento relacionado à prevalência de ISTs em mulheres. A relevância de tais metas caminha em consonância ao firmado na Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da AIDS, criado em 1989 por membros da sociedade civil, profissionais da saúde e sob o apoio do Ministério da Saúde. Tal declaração estabeleceu 11 direitos fundamentais, sendo o primeiro deles o de receber informação clara e exata sobre a AIDS, enquanto o último dispôs sobre o direito que toda pessoa com HIV/AIDS tem de continuação de sua vida civil, profissional, sexual e afetiva, bem como de que nenhuma ação poderia restringir seus direitos completos à cidadania (BRASIL, 1989).

A difusão do conhecimento sobre sexualidade e direitos reprodutivos para a mulher infectada pelo HIV perpassa, em grande parte, pelo enfrentamento dos estigmas aos quais estas estão particularmente submetidas na sociedade, em função das relações de gênero. Neste sentido, para além da utilização da terapia antirretroviral, bem como de toda a abordagem estritamente medicamentosa, o que se traz ao cerne da questão é o quanto de seus direitos reprodutivos lhes são plenamente permitidos, com informações de qualidade e não discriminatórias. É, acima de tudo, enxergar a mulher soropositiva a partir de seu potencial reprodutivo, tal como o da mulher soronegativa, e não de um olhar que a reduza a potencialmente transmissora de um vírus a outro ser.

No que compete ao estabelecimento da linha de base para tratar sobre o tema, uma das atividades sugeridas no Plano Integrado envolvia a estruturação de uma agenda, no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, que efetivasse o planejamento reprodutivo em casais que convivem com o HIV. Essa política nacional, instituída em março de 2005 pela Portaria GM/MS nº 426, teve a regulamentação de suas ações através da Portaria SAS nº 388, de julho do mesmo ano. Foi determinada a adoção conjunta, por parte

das secretarias de saúde estaduais, do Distrito Federal e dos municípios, de uma organização para implantação de redes estaduais e municipais de atenção para reprodução humana assistida, abarcando a provisão de recursos humanos adequados ao atendimento de diversos grupos de pessoas, entre eles os portadores de doenças infecto contagiosas, principalmente HIV e hepatites virais. Considerando que ambas as portarias são de 2005, anterior ao ano de publicação do Plano Integrado, infere-se que a intenção de especificar como atividade necessária ao alcance da meta a criação de uma agenda para efetivação do planejamento reprodutivo estritamente no tocante ao HIV/AIDS buscava ofertar um atendimento mais direcionado.

Neste sentido, pode ser citada a importância da elaboração, em 2010, por parte do à época “Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais”, no escopo da Secretaria Federal de Vigilância em Saúde, do documento “Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes” (BRASIL, 2010). Nele, foi descrita a importância de abordar os direitos reprodutivos das Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHA) levando em consideração as transformações negativas que o diagnóstico do vírus pode acarretar na vida do indivíduo, de modo a desmistificar e combater os estigmas associados. Uma das formas de considerar tais aspectos seria a transmissão de informações em linguagem acessível e clara para soropositivas em idade reprodutiva, concedendo, deste modo, a possibilidade de optar ou não por uma futura gestação. Para além disso, determinou, também, as diretrizes para o aconselhamento pré-concepcional ofertados às mulheres soropositivas, visando a gestação segura:

No aconselhamento das mulheres soropositivas para o HIV que pretendem engravidar, é importante investigar as suas condições imunológicas, a presença de comorbidades (incluindo as DST, a tuberculose, o vírus da hepatite B e o vírus da hepatite C), a dependência de drogas, fumo e álcool, as condições psicossociais, bem como o uso de antirretrovirais (ARV) e outros medicamentos. (BRASIL, 2010, p.15)

3.2.8 Meta 12

Por fim, a última meta do plano dispôs sobre o objetivo de aquisição de 10 milhões de preservativos femininos. Entretanto, não especificou a data limite para esta aquisição. Ressalta-se que, no presente trabalho, o termo utilizado para

designar tais insumos será “Preservativo Interno (PI)”, uma vez que se trata de um termo mais inclusivo, tendo em vista que homens – cis e trans – também o utilizam em suas práticas sexuais. Posto isto, foi realizada a coleta de dados referentes à distribuição destes preservativos no *site* do setor responsável no âmbito do Ministério da Saúde, o “Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis”. Cabe ressaltar, todavia, que tais dados possuem um lapso temporal do período entre 2005 a 2010, sem informações a respeito dos quantitativos distribuídos. Deste modo, restou possível somente considerar a evolução dos dados disponíveis entre 2011 a 2020, de acordo com o quantitativo total distribuído e o material de confecção do produto, conforme o gráfico abaixo:

Gráfico 6 - Distribuição de preservativos internos, por ano e tipo de material



FONTE: Ministério da Saúde. Extração de dados do portal aids.gov.br. Gráfico de elaboração própria.

De acordo com os dados disponibilizados, durante o ano de 2011 não houve distribuição do insumo em nenhuma região do país. A seriedade deste fato pode ser analisada a partir de distintas óticas. A primeira delas, possivelmente sendo a dimensão mais direta, refere-se à evidente negligência que ocorreu, por parte do Ministério da Saúde, ao não distribuir o insumo aos estados e municípios, reduzindo, deste modo, as chances de prevenção, o que consequentemente poderia acarretar o aumento de casos de ISTs e gravidez indesejadas.

Por sua vez, a outra análise que pode ser empregada diz respeito ao cerceamento da autonomia sexual feminina, que, em razão das relações de gênero,

já é por si só consideravelmente inferior à masculina. Pelo próprio formato e método de uso deste tipo de preservativo, aumenta-se o potencial de negociação feminina no que se refere à prevenção de ISTs, uma vez que a escolha pela utilização deste não depende exclusivamente da completa anuência do parceiro. Somado a isto, tem-se a pouca popularização do preservativo interno, comparado aos outros formatos de preservativos. Este fato também pode ser avaliado a partir da perspectiva de invisibilidade da sexualidade feminina, limitando-a a depender de um método de prevenção que, inerentemente, permanece majoritariamente sob o escopo da vontade e do desejo masculinos nas relações heterossexuais.

No que se refere especificamente aos quantitativos distribuídos no período analisado, não houve aumento ou queda linear na distribuição. Ao contrário, os dados demonstram drásticas variações em termos de quantidade distribuída aos estados e municípios. No ano de 2012, por exemplo, atingiu-se a marca de 11.609.500 PIs distribuídos, uma importante evolução frente a nenhum insumo do ano de 2011. Por sua vez, em 2013 foi observada uma redução de aproximadamente 46%, tendo sido de 6.313.500 no total anual. Em 2014, o valor distribuído foi ainda menor, limitando-se a 2.144.000 preservativos internos distribuídos. Entretanto, no ano seguinte obteve-se um crescimento de 941%, atingindo a marca de 22.310.800, a maior observada no período. Essa irregularidade, entre outros aspectos, contribui para a baixa adesão à utilização de um insumo já pouco conhecido até pelo seu público-alvo, independente dos esforços de agentes sensíveis à temática:

Durante todos esses anos, houve um enorme empenho, principalmente, da sociedade civil para firmar o PI na vida cotidiana das pessoas. Houve vários momentos impulsionadores ao longo da história, contudo, a política do PI teve pouca consistência. Na maioria das vezes, o insumo foi colocado em segundo plano com desabastecimentos enormes, passando por silenciamentos constrangedores por parte do governo federal, o que resultava na impossibilidade de qualquer tipo de sistematização ou fortalecimento de estratégias para a oferta, o acesso e o uso. (ABIA, 2020, p.148)

Somado ao já exposto, há, ainda, outro ponto de atenção que merece destaque. Desde o ano de 2000, os preservativos internos distribuídos no país eram exclusivamente fabricados com borracha nitrílica, considerado um material menos alergênico que o látex. Todavia, apesar da resistência realizada entre alguns movimentos de mulheres e de articulações com o Ministério da Saúde para a manutenção da compra de preservativos feitos de borracha nitrílica, a partir dos

anos de 2019 e 2020, o Ministério realizou a compra de preservativos internos à base de látex. Estes foram, inclusive, em quantidades muito superiores aos de borracha nitrílica distribuídos nestes mesmos anos: em 2019, distribuiu-se 8.770.550 de látex, frente à 1.934.925 de borracha nitrílica. Em 2020, o número observado foi de 11.323.000 de preservativos à base de látex frente à 4.214.500 de borracha nitrílica. Isto denota mais um ponto desfavorável em relação à propagação de um método de prevenção já negligenciado, e que poderia vir a ser um importante motor para a maior apropriação da liberdade sexual feminina.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do presente trabalho procurou indicar o quanto a pauta do HIV/AIDS é demasiadamente complexa em diversos níveis, uma vez que é continuamente perpassada por diferentes concepções, visões, estigmas e tabus. Ainda que parte do apelo social, temor e sensacionalismo acerca do tema possam ter estado envoltos na periculosidade que o vírus teve em seu surgimento, bem como através dos desafios imputados à ciência para o desenvolvimento de tratamentos que reduzissem o seu elevado grau de letalidade, pode-se afirmar que parcela considerável da epidemia se deu no âmbito das relações sociais, através da disseminação de concepções utilizadas de modo a estigmatizar uns e invisibilizar outros.

Conforme apontado, estas relações atuaram de modo a colocar em evidência potenciais culpados, reproduzindo uma leitura social que convenientemente alinhava-se à moralização do comportamento social e sexual. Soa no mínimo curioso que a utilização de um agravo a saúde quase como uma espécie de castigo divino a comportamentos considerados transgressores ainda não seja um recurso absolutamente superado, uma vez que a propagação do vírus foi obtendo aumentos consideráveis ao longo do tempo em indivíduos completamente fora do estigma atribuído, tal como as mulheres heterossexuais, por exemplo.

Neste sentido, a análise do crescimento da infecção pelo HIV/AIDS em mulheres heterossexuais trouxe consigo o desafio de compreensão acerca das esferas em que estas estariam em posição mais vulnerável ao contágio. Se, por um lado, a sexualidade feminina ao longo do tempo foi tratada através do absoluto

desprezo, sendo sumariamente desconsiderada, por outro, ajudou a tornar mais complexo o trabalho de estabelecer uma justificativa para o fato de que estas mesmas mulheres invisibilizadas estavam expondo-se de maneira cada vez mais crescente ao vírus, ainda que estas fugissem ao “perfil adequado” de julgamento moral da epidemia.

A partir disto, se evidenciou a existência de estruturas de desigualdade de gênero que atuam de modo a torná-las mais vulneráveis, para além do estigmatizado grupo das trabalhadoras sexuais. Neste contexto, tão somente a possibilidade de análise que identificasse que o “reduto de segurança” imputado ao redor das estruturas familiares tradicionais, composta pelas figuras do marido e esposa, pode não ser tão segura assim, uma vez que o vírus se fez presente de forma cada vez mais crescente nesta estrutura, foi o necessário para a identificação da produção da dupla vulnerabilidade à qual expõe-se parcela das mulheres.

Cria-se, portanto, um tipo de paradoxo: se ambientes mais sujeitos a uma das expressões de desigualdade de gênero – a violência doméstica - são mais propensos a difundir o HIV, a própria contaminação torna o risco de violência doméstica ainda superior. Deste modo, aprisiona-se a mulher a partir de um novo contexto. Somado a isto, há a problemática dos papéis de gênero rigidamente definidos e altamente restritivos em termos da sexualidade feminina, atuando de modo a conduzir e limitar as possibilidades de descoberta e desenvolvimento de sua autonomia sexual.

Outra indicação se deu em termos da compreensão de como a ascensão dos discursos conservadores, observada de forma mais acentuada recentemente, pode vir a ser aliada dos mecanismos reprodutores de papéis de gênero movidos à base da desigualdade. Desde a deliberada resistência de abordagem da educação sexual nas escolas, espaços de formação e compreensão de temas que, muitas vezes, não são tratados no ambiente doméstico, até os movimentos mais sutis de alterações institucionais em departamentos responsáveis pelo tema HIV/AIDS podem ser interpretados como movimentos inadequados para fornecer proteção e correta abordagem ao vírus, uma vez que moralizam e estigmatizam o debate tão necessário para a difusão de conhecimento.

Ainda que o Brasil seja, merecidamente, referência no tratamento ofertado pelo Sistema Único de Saúde ao HIV/AIDS, através da distribuição gratuita de antirretrovirais e inclusão de protocolos e diretrizes para o cuidado e prevenção ao

vírus, o próprio SUS pode observar a redução da qualidade do tratamento frente às políticas de austeridade fiscal adotadas no Brasil. Neste sentido, é vital que a sociedade civil permaneça em alerta no que se refere à medidas como o Novo Regime Fiscal, que, por si só, representa retrocesso significativo ao financiamento do SUS.

No que se refere ao Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização do HIV/AIDS, por mais que algumas políticas públicas desenvolvidas possam vir a abordar de forma magistral determinadas problemáticas no campo discursivo, há a urgência de colocá-las em prática de forma efetiva. É neste sentido que a análise do alcance das metas do Plano Integrado foi um pouco desanimadora, pelas principais razões a seguir: falta de objetividade na definição dos responsáveis pela execução de cada meta, bem como de prazos de alcance; descolamento de uma análise mais real e aproximada da sociedade brasileira, que pode ter influenciado para a baixa adesão e nenhum alcance das metas verificadas no Plano; ausência de definição de indicadores e mecanismos de aferimento da execução das atividades propostas.

Ressalta-se, ainda, o caráter sensível que o Plano Integrado possui, uma vez que aborda aspectos voltados à desigualdade de gênero especificamente no tocante ao HIV/AIDS. Deve-se levar em conta que a adesão de ações voltadas ao tema em planos de governos de entes subnacionais provavelmente seria dificultada por inúmeras razões, dentre as quais as principais podem vir a ser o montante de recursos disponíveis para aplicação em ações e serviços públicos em saúde, bem como a baixa popularidade que estabelecer ações voltadas ao tema poderia ter, quando considerados os aspectos políticos e ideológicos que possam estar por trás da abordagem adequada, principalmente no atual contexto conservador. Deste modo, entende-se que a melhor maneira de conduzir uma política deste porte seja a nível federal, uma vez que deixá-la sujeita à discricionariedade dos gestores locais provavelmente traria resultados consideravelmente distintos quando levadas em consideração as peculiaridades de cada município ou estado.

Conclui-se que, por melhor embasado que o Plano seja e por mais que a importância de produções do tipo tenham aspectos positivos, há de se observar o contexto geral, que direcione os cuidados para a proteção daquele que é o responsável pela aplicabilidade das ações e serviços públicos em saúde, e precisa resistir ao atual contexto nacional: o Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

- BARCELLOS, Christovam; BASTOS, Francisco. Redes sociais e difusão da AIDS no Brasil. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, v. 121, n. 1, p. 11-24, jul. 1996. Disponível em:
https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/779/3/BASTOS_BARCELLOS_Redets%20Sociais%20e%20Difusao%20da%20AIDS_1996.pdf. Acesso em: 03 set. 2020.
- BEAUVOIR, Simone. **O segundo sexo: fatos e mitos**. Tradução de Sérgio Milliet. 4º ed. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1970. p. 07-309.
- BIROLI, Flávia. Divisão sexual do trabalho e democracia. **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 719-754, 2016. Disponível em:
https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582016000300719. Acesso em: 12 nov. 2020.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: 1988.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília, DF, 1990.
- BRASIL. Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996. **Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS**. Brasília, DF, 1996.
- BRASIL. Emenda Constitucional nº 95 de 2016. **Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências**. Brasília, DF, 2016.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira em 2004**. Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde. p. 01-176, 2005.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira em 2013**. Série G. Estatística e informação em saúde. Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde. p. 05-165, 2016.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Epidemia de Aids e outras DST**. Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde. 2ª ed., 2007. Disponível em:
http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_feminizacao_epidemia_aids_dst.pdf. Acesso em: 01 nov. 2020.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Recomendações para profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes**. Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde. Série Manuais, n. 46, 2010.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes para Implementação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas**. Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde. Série Manuais, n. 77, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS. Informações de Saúde (TABNET)**. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2019**, Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde, 1 dez. 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hivaids-2019>. Acesso em: 04 abr. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de DST/AIDS**, Brasília, DF: Secretaria de Políticas de Saúde, 1999. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_17.pdf. Acesso em: 02 fev. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 426/GM, 22-03-2005**. Institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_426_ac.htm. Acesso em: 02 fev. 2021.

BRASIL. **Portaria SAS nº 388, 06-07-2005**. Determina que as Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal adotem em conjunto com os municípios, as providências necessárias para organizar e implantar as redes estaduais, municipais e do Distrito Federal de Atenção em Reprodução Humana Assistida. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=192801>. Acesso em: 02 fev. 2021.

CHAUÍ, Marilena. **Participando do debate sobre mulher e violência**. In: CARDOSO, Ruth et. al (org.). *Perspectivas antropológicas da mulher*. Rio de Janeiro: Zahar editores, v. 4, 1985, p. 23-63.

CRENSHAW, Kimberlé. **Mapping the margins: intersectionality, identity politics and violence against women of color**. *Stanford Law Review*, v. 43, p. 1241-1299, 1991.

DANIEL, Herbert; PARKER, Richard. **AIDS: A terceira epidemia, ensaios e tentativas**. 2ª edição, Rio de Janeiro: ABIA, 2018. P. 01-144.

ELIAS, Maria; ABREU, Maria. Republicanismo, feminismo e desigualdade: ampliando o conceito de liberdade como não dominação. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 32, n.94, p. 1-19, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-69092017000200510&script=sci_abstract&tIng=pt. Acesso em: 12 fev. 2021.

FIGUEIREDO et al. Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 37-47, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-11042018000600037&lng=es&nrm=iso&tIng=pt. Acesso em: 10 nov. 2020.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2020**. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/anuario-brasileiro-seguranca-publica/>. Acesso em: 10 nov. 2020.

FUNCIA, Francisco. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4405-4415, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001204405&lng=en&nrm=iso. Acesso em 04 out. 2020.

GIFFIN, Karen. Violência de gênero, sexualidade e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10(Suplemento), p. 146-155, 1994. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000500010. Acesso em: 12 nov. 2020.

GIFFIN, Karen. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18(Suplemento), p. 103-112, 2002. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2002000700011&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 12 nov. 2020.

HEISE, Lori et al. **Violence against Women: the hidden health burden**. World Bank discussions papers, Washington D.C, n. 255, 1994.

HOLLAND et. al. Sex, gender and power: young women's sexuality in the shadow of Aids. **Sociology of Health & Illness**, v. 12, n. 3, 1990.

IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101678.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2020.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências**. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/junho/09/PNS-2013-1.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2020.

IBGE. **Projeções da população do Brasil e unidades da federação por sexo e idade: 2010-2060**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>. Acesso em: 20 fev. 2021.

OKIN, Susan. Gênero, o público e o privado. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 16, n.2, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2008000200002. Acesso em: 12 nov. 2020.

OSIS, Maria. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14 (Supl. 1), p. 25-32, 1998. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v14s1/1337.pdf. Acesso em: 15 jan. 2020.

PARKER, Richard. Cultura, economia política e construção social da sexualidade. *In*: LOURO, Guacira (org.). **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2000, p. 125-150.

PERISSÉ, Camile; LOSCHI, Marília. Mulher e trabalho: papéis sociais em questão. **Retratos: A revista do IBGE**. Rio de Janeiro: n. 17, p. 01-28, 2019. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/b06abac34a360666981b4b86621776f2.pdf. Acesso em: 05 nov. 2020.

PATEMAN, Carole. **O contrato sexual**. Tradução de Marta Avancini. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1993.

Pneumocystis Pneumonia --- Los Angeles. **MMWR**. v. 30, n. 21, 5 de junho de 1981. Disponível online: https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/june_5.htm. Acesso em 03 jun. 2020.

SAFFIOTI, Heleieth. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004. p.09-151.

SAFFIOTI, Heleieth. Rearticulando gênero e classe social. In: COSTA; BRUSCHINI (org.). **Uma Questão de Gênero**. Rio de Janeiro: Fundação Carlos Chagas/Rosa dos Tempos, 1992, p. 183-215.

SEMINÁRIOS DE CAPACITAÇÃO EM HIV/AIDS. Respostas à AIDS no Brasil: Aprimorando o Debate, 3, 2020, Rio de Janeiro: ABIA, 2020. **Anais**. Disponível em: <http://abi aids.org.br/respostas-a-aids-no-brasil-aprimorado-o-debate-iii-anais/34071>. Acesso em: 10 ago. 2020.

SINDIFISCO; ANFIP. Sistema tributário e Seguridade Social: contribuições para o Brasil. **Sistema tributário: diagnóstico e elementos para mudança**, 2ª edição. Brasília: 2014, p. 06-109.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Revista Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, jul./dez. 1995.

TESOURO NACIONAL. **Aspectos fiscais da saúde no Brasil**. Secretaria do Tesouro Nacional. Brasília, 2018. Disponível em <<http://cnsaude.org.br/wp-content/uploads/2018/11/AspectosFiscaisSau%CC%81de2018.pdf>> Acesso em: 10 ago. 2020.

UNAIDS. Relatório Informativo, Dia Mundial contra a AIDS 2019. **Estatísticas Globais sobre HIV**, p. 1-6, 1 nov. 2019. Disponível em: https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2019/07/2019_UNAIDS_GR2019_FactSheet_pt_final.pdf. Acesso em: 10 jun. 2020.

UNAIDS. **Índice de estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil**. 2019. Disponível em: <https://unaids.org.br/indice-estigma/>. Acesso em: 10 jun. 2020.

UNAIDS. **UNAIDS DATA**, 4 dez. 2019. Disponível em: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2019/2019-UNAIDS-data>. Acesso em: 5 abr. 2020.

UNAIDS. **Power to the people**, 2019. Disponível em: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/power-to-the-people_en.pdf. Acesso em: 5 abr. 2020.

VIEIRA et. al. **Vinculação orçamentária do gasto em saúde no Brasil**: resultado e argumentos a seu favor. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Texto para Discussão. Brasília, DF, 2019. Disponível em <https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/10/td_2516.pdf> Acesso em 29 set. 2020.

VILLELA, W. Mulher, violência e AIDS: explorando interfaces. In: NILO, Alessandra (org.). **Mulher, violência e AIDS**. Recife: GESTOS – Soropositividade, Comunicação & Gênero; 2008, p. 02-187.