



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE**

**MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS EM TRATAMENTO NO
HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS - GOIÂNIA.**

Norma Esther Negrete Calpiñeiro

**Goiânia – Goiás
Fevereiro de 2007.**



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE**

**MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS EM TRATAMENTO NO
HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS - GOIÂNIA.**

Norma Esther Negrete Calpiñeiro

Orientadora: Profa. Dra. Eline Jonas

Co-Orientadora: Profa. Dra. Irmtraut Araci H. Pfrimer

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde, da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais e Saúde.

**Goiânia – Goiás
Fevereiro de 2007.**

C165m Calpiñeiro, Norma Esther Negrete.
Mulheres vivendo com HIV/AIDS em
tratamento no Hospital de Doenças Tropicais – Goiânia /
Norma Esther Negrete Calpiñeiro. – 2007.

101 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Católica
de Goiás, Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde,
2007.

“Orientadora: Profa. Dra. Eline Jonas”.

“Co-orientadora: Profa. Dra. Irmtraut Araci H.
Pfrimer”.

1. AIDS – mulher – Goiânia. 2. Mulher – saúde.
3. Sexualidade – mulher. I. Título.

CDU:

616.98:578.82HIV-055.2

DEDICATÓRIA

Às mulheres que lutam pela igualdade e pela abolição das iniquidades. Especialmente:

À Sofia exemplo perene e vivo na minha vida.

À Letícia Érica companheira fiel nas lutas diárias.

À Eline Jonas incansável lutadora irradiando conhecimentos e comprometida com as políticas que transformam a dura realidade das mulheres.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Eline Jonas pela generosidade na transmissão de conhecimentos e por ter me mostrado o “caminho das pedras”.

À Prof. Dra. Irmtraut Araci H. Pfrimer pelos conhecimentos e estímulos recebidos.

À Dra. Maria do Rosário da Conceição Rocha, Gestora do Grupo de Adesão do Hospital de Doenças Tropicais e à Assistente Social, Maria das Graças Viana Martins pela árdua luta junto às mulheres que vivem com HIV/Aids e por terem contribuído na realização deste estudo.

GUETOS, CORPOS E ESSÊNCIA.

*Cansa-me o fato de bordejar em mares bravios
E cais vazios.
Desanima-me escalar morros violentos
E muros cinzentos.
Entristece-me a solidão das calçadas
E o pão ganho aviltado.
Permaneço encarcerada em guetos invisíveis
Onde prossigo sem atingir meu destino.
Tenho lucidez, porém traçaram-me um viés.
Sou sagaz, com cor definida, porém tornam-me
transparente.
Para não ser intransigente.
Pertencço a uma etnia conhecida, porém me rotulam.
Para sentir-me exoticamente excluída
Querem além de meu corpo, minha alma.
No entanto prossigo para alcançar meu destino.
Tenho voz e quero ser ouvida,
Anseio enxergar a continuidade do caminho.
Pretendo que a luta secular não impeça,
A liberação da minha natureza.
E que a projeção de minha essência produza
transformações
Aniquilando elos, muralhas, abismos e preconceitos.*

Norma Esther Negrete Calpiñeiro

SUMÁRIO

RESUMO	12
ABSTRACT	13
APRESENTAÇÃO	14
1. EPIDEMIOLOGIA DO HIV/AIDS	17
1.1 Mulheres vivendo com HIV/AIDS	25
2. CONSIDERAÇÕES SOBRE A EVOLUÇÃO DA AIDS E O ATUAR DAS INSTÂNCIAS INTERNACIONAIS	38
2.1 HIV/AIDS formas de contágio e categorias de exposição	42
3. MATERIAIS E MÉTODOS	46
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	51
CONCLUSÕES	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80
ANEXOS	87
Anexo 1 – Autorização do Diretor do Hospital de Doenças Tropicais (HDT), Boaventura Braz Queiroz	88
Anexo 2 – Ficha Clínica da Mulher	90
Anexo 3 – Boletim Epidemiológico AIDS e DST – ano III – nº. 1 (Tabela I)	92
Anexo 4 – Boletim Epidemiológico AIDS e DST – ano III – nº. 1 (Tabela II)	94
Anexo 5 – Boletim Epidemiológico AIDS e DST – ano III – nº. 1 (Tabela III)	96
Anexo 6 – Boletim Epidemiológico AIDS e DST – ano III – nº. 1 (Tabela VIII)	98
Anexo 7 – Boletim Epidemiológico AIDS e DST – ano III – nº. 1 (Tabela IX)	100

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Porcentagem de adultos (15 anos ou mais) com HIV que são mulheres entre 1990 e 2006.	27
Figura 2- Proporções de infecção pelo HIV em diferentes grupos por região (Leste Europeu e Ásia Central), 2005.	44
Figura 3- Proporções de infecção pelo HIV em diferentes grupos por região (América Latina), 2005.	44
Figura 4- Proporções de infecção pelo HIV em diferentes grupos por região (Sudeste Asiático), 2005.	45
Figura 5 - Idade Segundo Raça / Cor em %	58
Figura 6 - Grau de Escolaridade Segundo Raça ou Cor em %	59
Figura 7 - Ocupação segundo Raça ou Cor em %	60
Figura 8 - Grau de Escolaridade Segundo a Idade em %	61
Figura 9 – Ocupação Segundo a Escolaridade em %	62
Figura 10 - Condição Civil e Ocupação em %	62
Figura 11 - Condição no Atendimento Segundo Raça ou Cor em %	64
Figura 12 - Condição no Atendimento Segundo Ocupação em %	65
Figura 13 - Uso de Preservativo Segundo a Raça ou Cor em %	66
Figura 14 - Uso de Preservativo Segundo Escolaridade em %	67
Figura 15 - Número de Filhos Segundo Raça / Cor em %	68
Figura 16 - Diagnóstico Gestantes/ HIV	69
Figura 17 - Gestantes/ HIV Teste Rápido	70
Figura 18 - Prevalência de DST Diagnosticadas pelas Citologias em %	72
Figura 19 - Prevalência de HPV em mulheres vivendo com HIV/AIDS - HDT	74

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Estatísticas e características regionais do HIV/Aids no Continente Africano, 2004-2006.	18
Tabela 2 - Estatísticas e características regionais do HIV/Aids no Continente Asiático, 2004-2006.	19
Tabela 3 - Estatísticas e características regionais do HIV/Aids no Continente Europeu, 2004-2006.	19
Tabela 4 - Estatísticas e características regionais do HIV/Aids no Continente Americano, 2004-2006.	20
Tabela 5 - Estatísticas e características regionais do HIV/Aids para as mulheres, 2003 e 2005.	26
Tabela 6 – Perfil Sócio-Demográfico das mulheres vivendo com HIV/Aids em tratamento no Hospital de Doenças Tropicais (HDT) - Goiânia – 2005.	52
Tabela 7 - Dados em Saúde Sexual e Reprodutiva das mulheres vivendo com HIV/Aids em tratamento no do Hospital de Doenças Tropicais (HDT) - Goiânia – 2005	56

LISTA DE SIGLAS

ACO- Anticoncepcional oral

AIDS- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AGUS- Alterações glandulares indeterminadas

ASCUS- Alterações celulares de origem indeterminado

CA *in situ*- *Cacinoma in situ*

CDC- Centro de Prevenção e Controle das Doenças dos Estados Unidos

CPS- Clientes dos Profissionais do sexo

DST- Doença Sexualmente Transmissível

FEBRASGO- Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

HIV- Síndrome da Imunodeficiência Humana

HSH- Homens que fazem Sexo com Homens

HPV- Papilomavirus Humano

HDT- Hospital de Doenças Tropicais

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LTB- Laqueadura Tubária Bilateral

MS- Ministério da Saúde

NIC I- Neoplasia Intraepitelial Cervical Grau 1

NIC II- Neoplasia Intraepitelial Cervical Grau 2

OMS- Organização Mundial de Saúde

ONU- Organização das Nações Unidas

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PS- Profissionais do sexo

PNUD- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

SAME - Serviço de Arquivos Médicos

SEPM- Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres

SEPRIR- Secretaria Especial de Políticas e Promoção de Igualdade Racial

SUS- Sistema Único de Saúde

UDI- Usuário de Drogas Injetáveis

UNAIDS- Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids

USP- Universidade de São Paulo

HSH- Homens que fazem Sexo com Homens

TV- Transmissão Vertical

RESUMO

O estudo traça o perfil de mulheres vivendo com HIV/Aids em tratamento no Hospital de Doenças Tropicais de Goiânia por meio de dados coletados dos prontuários e da Ficha da Mulher daquelas que realizaram a primeira consulta no Ambulatório de Ginecologia da Unidade e de gestantes que participaram dos cursos no Grupo de Adesão do Hospital. Os dados coletados evidenciaram que a maioria das mulheres encontra-se na idade reprodutiva, a maioria absoluta é parda ou negra, tem pouca escolaridade, considera-se do lar, declarou-se casada sendo que as outras afirmaram serem viúvas, solteiras ou terem parceiro fixo. A exposição sexual ao HIV prevaleceu em quase a totalidade das mulheres, tendo recebido o diagnóstico fora do ciclo gravídico-puerperal, a maioria tinha até quatro filhos, não usava preservativos nas relações sexuais e tinha realizado esterilização cirúrgica. Uma porcentagem significativa afirmou estar em abstinência sexual, sendo que majoritariamente as mulheres estavam na condição de doentes pela Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. A elevada prevalência de outras doenças de transmissão sexual, de lesões pré-malignas e malignas do colo uterino condiz com a realidade das pacientes no que se refere à abordagem integral e facilidade de acesso aos Serviços de Saúde. Os dados das gestantes com HIV/Aids revelam que a maioria tinha sido diagnosticada durante o pré-natal, destacando-se aquelas que receberam o diagnóstico após o parto sem a devida profilaxia para evitar a transmissão materno-fetal. A associação destas variáveis demonstra que as mulheres que vivem com HIV/Aids em tratamento no HDT encontram-se vulneráveis à tríplice discriminação argüida por alguns, pelo fato de serem negras pobres e por serem mulheres, este perfil coincide com a denominada feminização negrófila e com a pauperização do HIV/Aids. É necessária a abordagem multidisciplinar dessas mulheres para diminuir os agravos à saúde inerentes à situação e contribuir para a superação da exclusão no sentido amplo do termo.

Palavras-Chave: *HIV. AIDS. Saúde da Mulher. Vulnerabilidade. Saúde Sexual e Reprodutiva.*

ABSTRACT

The study with the women's profile living with HIV/Aids in treatment in the Hospital of Tropical Diseases of Goiânia through collected data of the handbooks and of the Woman's Record in those that accomplished the first consultation in the National health clinic of Gynecology of the Unit, the collection of data of pregnant woman that you/they participated of the courses in the Group of Adhesion of the Hospital. The collected data evidenced that most of the women meets in the reproductive age, most absolute it is brown or black, he/she has little studies, he/she is considered of the lard, he/she was declared married and the another affirmed they be widows, unmarried women or they have fixed partner. The sexual exhibition to HIV prevailed in almost the women's totality, having received the diagnosis out from the cycle pregnancy-puerperal, most had an offspring composed of up to 4 children, they didn't use preservatives in the sexual relationships, though most had accomplished surgical sterilization and a significant percentage affirmed to be in abstinence, send that bigger the women were in the condition of sick for the Syndrome of Acquired Immunodeficiency. The high prevalence of another disease of sexual transmission, of lesions per - malign and malign of the I glue uterine Condit with the patients' reality in what he/she refers to the integral bondage and access easiness to the Services of Health. Os data of the pregnant woman with HIV/Aids they reveal that: most had been diagnosed during the prenatal; standing out those that received the diagnosis after the childbirth without the due prophylaxis to avoid the maternal-fetal transmission. The association of these varied it demonstrates that the women that live with HIV/Aids in treatment in HDT meet vulnerable to triple discrimination accused by some, for the fact of they be black, poor and for they be women, this profile coincides with denominated her feminização negrófila and with the pauperização of HIV/Aids. Necessary the women's bondage multidisciplinary to decrease the graves to the inherent health to the situation and to eliminate the exclusion in the wide sense of the term.

keywords: HIV. AIDS. Health of the Woman. Vulnerability. Sexual and Reproductive Health.

APRESENTAÇÃO

A persistência do aumento de casos novos de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) na população geral, e na população feminina em particular, tem alertado aos setores que lidam com o Programa de Saúde da Mulher para a percepção de que a feminização desta pandemia é mais uma face da complexa e atribulada realidade do cotidiano das mulheres, no qual o enfoque de Gênero considera as desigualdades que tendem a perpetuar a exclusão socioeconômica, cultural e política. As mulheres que vivem com HIV/Aids no Estado de Goiás e que realizam tratamento em Goiânia, no Hospital de Doenças Tropicais - HDT (Hospital de Referência), não ficam fora dessa realidade.

O presente estudo surge da necessidade de conhecer melhor a realidade da população feminina vivendo com HIV/Aids e que recorre aos serviços do HDT, especificamente na área de Ginecologia, recentemente implantado como parte de minha atuação profissional, como médica ginecologista nessa instituição.

O estudo epidemiológico retrospectivo quantitativo foi realizado a partir das informações obtidas dos prontuários das pacientes que realizaram a primeira consulta no ambulatório de Ginecologia do HDT (primeiro semestre de 2005) e na ficha de cadastro das gestantes que participaram dos cursos oferecidos pelo

Grupo de Adesão e ministrados por meio de meu trabalho, enquanto médica Ginecologista Obstetra naquela Unidade de Saúde. Tais cursos têm como objetivo principal orientar as gestantes quanto aos cuidados necessários para se evitar a Transmissão Vertical (TV)¹.

A importância de estudar o perfil dessas mulheres está em conhecer as características inerentes à sua saúde sexual e reprodutiva (paridade, método contraceptivo, uso de preservativo, número de parceiros e categoria de exposição) e as condições socioeconômicas (idade, escolaridade, ocupação, raça/cor e condição civil), por meio de uma abordagem multidisciplinar, com o objetivo de contribuir para ações médicas quanto a percepção da realidade dessas mulheres no sentido de orientá-las tendo como referencia a situação de exclusão e amenizar sua vulnerabilidade a outras patologias e aos agravos à sua sexualidade. A importância reside também na postura perante a prevenção e conscientização sobre a dinâmica da doença e os riscos de infecção naquelas que são susceptíveis de serem expostas ao HIV.

Este tipo de estudo é recomendado pela Organização Pan-americana de Saúde, desde 2005, porque possibilita interagir, em contextos sensíveis, na abordagem e tomadas de decisões de questões importantes para a saúde da mulher, tais como, planejamento familiar, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, relações de gênero e outros temas relativos que auxiliam na identificação do sinergismo entre saúde e desenvolvimento, e dos fatores determinantes relativos às condições de vida e ao comportamento das pessoas.

1 A transmissão vertical (TV) ou transmissão materno-fetal do HIV é a forma de infecção do conceito durante o ciclo gravídico-puerperal, durante a gestação, trabalho de parto e/ou aleitamento.

Pretende-se identificar o perfil sócio-demográfico: idade, ocupação, escolaridade, raça/cor e condição civil. E, principalmente, obter dados sobre o perfil referente à saúde sexual e reprodutiva, para ter informações referentes a paridade, métodos contraceptivos conhecidos, regularidade no uso de preservativo, categoria de exposição ao HIV, número de parceiros, diagnóstico sorológico com relação ao ciclo gravídico-puerperal e a realização do Teste Rápido² para HIV com relação ao parto.

Para esta dissertação, foram observados os preceitos emanados pelas entidades que lidam e lutam pela igualdade nas relações de Gênero e suas demandas para a saúde sexual e saúde reprodutiva da mulher e no campo institucional pelo Plano Nacional de Políticas para as Mulheres implementado pela Secretaria especial de políticas para as Mulheres (SPM) em parceria com o Ministério da Saúde. Trata-se de uma abordagem ampla, multidisciplinar com foco nas mulheres que se encontram em tratamento nesta unidade de referência (HDT), no sentido de oferecer subsídios para implementar e fortalecer o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Será uma oportunidade para avaliar a prática dos profissionais neste campo e adequar condutas e procedimentos médicos com outro olhar, contribuindo para consolidar os vínculos destas mulheres e os serviços de saúde, oferecendo assim, vias e alternativas que contribuirão para melhorar a qualidade de vida das mulheres vivendo com HIV/Aids.

2 O Teste Rápido para o HIV é um teste de triagem que produz resultado em até 30 minutos. Ele detecta anticorpos anti-HIV. Atualmente há diversos testes rápidos no mercado, com princípios técnicos diferentes, porém a metodologia é simples, utilizam antígenos virais fixados em um suporte sólido (membranas de celulose ou nylon; látex, micro-partículas ou cartelas plásticas), condicionados em embalagens individualizadas, permitindo a testagem individual da amostra.

1. EPIDEMIOLOGIA DO HIV/AIDS

O relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) abordam a situação atual da AIDS mostrando que, existem 39,5 milhões de pessoas vivendo com o HIV no mundo; destes, 37,2 milhões são adultos, dos quais, 17,7 milhões são mulheres e 2,3 milhões são menores de 15 anos. O relatório revela ainda que em 2006, 4,3 milhões de pessoas se infectaram, sendo 3,8 milhões de adultos e 530.000 menores de 15 anos. Os índices apresentados pelo mesmo relatório mostram que houve também um incremento da mortalidade devido à AIDS. Em todo o planeta, no ano de 2006 o número de mortes devido ao HIV/Aids foi de 2,6 milhões em pessoas adultas e 380.000 em menores de 15 anos (UNAIDS, 2006).

Consta no relatório supracitado, que existem disparidades marcantes nas diferentes regiões do planeta (Tabela 1), quanto ao número de pessoas que vivem com HIV/Aids, às novas infecções pelo HIV/Aids, à prevalência em adultos e à mortalidade devido à patologia. Essas diferenças numéricas correspondem a milhões na África Sub-sahariana, sendo, portanto, a região mais afetada. Nela residem 24,7 milhões de pessoas, ou seja, 65% das pessoas que vivem com HIV/Aids no mundo e onde ocorreram 2,1 milhões de óbitos, 72% do total de óbitos pela doença. Nesta região, a prevalência da contaminação na população adulta (15 a 49 anos) corresponde a 5,9%, sendo superior a outras regiões com

prevalência importante, tais como o Caribe, com 1,2%; a Europa Oriental, Ásia Central e América do Norte com 0,9% e 0,8% respectivamente. Na América Latina há 1,7 milhões de pessoas vivendo com o HIV, sendo que em 2006 houve um incremento 140.000 novos casos e 65.000 mil óbitos devido à AIDS. A prevalência entre adultos é de 0,5% (UNAIDS, 2006).

Tabela 1. Estatísticas e Características Regionais do HIV/Aids no Continente Africano, 2004 e 2006.

Ano	Adultos e crianças que viviam com HIV	Novas infecções pelo HIV em adultos e crianças	Prevalência do HIV em adultos (15-49) (%)	Mortalidade de adultos e crianças pela AIDS
	Africa	Sub-sahariana		
2006	24,7 milhões [21,8 - 27,7 milhões]	2,8 milhões [2,4 - 3,2 milhões]	5,9 [5,2 - 6,7]	2,1 milhões [1,8 - 2,4 milhões]
2004	23,6 milhões [20,9 - 26,4 milhões]	2,6 milhões [2,2 - 2,9 milhões]	6,0 [5,3 - 6,8]	1,9 milhões [1,7 - 2,3 milhões]
	Africa do Norte	e Oriente Médio		
2006	460 000 [270 000- 760 000]	68 000 [41 000- 220 000]	0,2 [0,1 - 0,3]]	36 000 [20 000- 60 000]
2004	400 000 [230 000- 650 000]]	59 000 [34 000- 170 000]	0,2 [0,1 - 0,3]	33 000 [18 000- 55 000]]

Fonte. Baseada na tabela da UNAIDS 2006, traduzida e adaptada pela autora.

Os dados referentes a 2004 e 2006, mostram que na África Sub-sahariana houve acréscimo em todos os indicadores, exceto na prevalência em adultos, onde houve uma estabilidade relativa: 6,0% em 2004 e 5,9% em 2006 (Tabela 1). Tal estabilidade pode estar relacionada às modificações demográficas que esta região vem sofrendo devido ao número de óbitos pelo HIV/Aids, malária, tuberculose, sarampo e outras doenças prevalentes na região.

Tabela 2. Estatísticas e Características Regionais do HIV/Aids no Continente Asiático, 2004 e 2006.

Ano	Adultos e crianças que viviam com HIV	Novas infecções pelo HIV em adultos e crianças	Prevalência do HIV em adultos (15-49) (%)	Mortalidade de adultos e crianças pela AIDS
	Sudeste Asiático	Asiático		
2006	7,8 milhões [5,2 - 12,0 milhões]	860 000 [550 000- 2,3 milhões]	0,6 [0,4 - 1,0]	590 000 [390 000- 850 000]
2004	7,2 milhões [4,8 - 11,2 milhões]	770 000 [480 000- 2,1 milhões]	0,6 [0,4 - 1,0]	510 000 [330 000- 740 000]
Ásia Oriental				
2006	750 000 [460 000- 1,2 milhões]	100 000 [56 000- 300 000]	0,1 [<0,2]	43 000 [26 000- 64 000]
2004	620 000 [380 000- 1,0 milhões]	90 000 [50 000- 270 000]	0,1 [<0,2]	33 000 [20 000- 49 000]

Fonte. Baseada na tabela da UNAIDS 2006, traduzida e adaptada pela autora.

Tabela 3. Estatísticas e Características Regionais do HIV/Aids no Continente Europeu, 2004 e 2006.

Ano	Adultos e crianças que viviam com HIV	Novas infecções pelo HIV em adultos e crianças	Prevalência do HIV em adultos (15-49) (%)	Mortalidade de adultos e crianças pela AIDS
	Leste Europeu	Europeu		
2006	1,7 milhões [1,2 - 2,6 milhões]	270 000 [170 000- 820 000]	0,9 [0,6 - 1,4]	84 000 [58 000- 120 000]
2004	7,2 milhões [4,8 - 11,2 milhões]	160 000 [411 000- 470 000]	0,7 [0,5 - 1,1]	48 000 [34 000- 66 000]
Europa Ocidental e Central				
2006	740 000 [580 000- 970 000]	22 000 [18 000- 33 000]	0,3 [0,2 - 0,4]	12 000 [<15 000]
2004	700 000 [550 000- 920 000]	22 000 [18 000- 33 000]	0,3 [0,2 - 0,4]	12 000 [<15 000]

Fonte. Baseada na tabela da UNAIDS 2006, traduzida e adaptada pela autora.

Existe uma situação diferenciada quando se trata da Europa (Ocidental e Central) e da América do Norte, que se contrapõe à realidade do Continente Africano, em decorrência de um controle da progressão dos indicadores referentes ao HIV/Aids (Tabelas 3 e 4). A eficácia do controle da doença nesta região tem estreita relação com os indicadores socioeconômicos e os Índices de Desenvolvimento Humano (IDH)³ da população, os quais refletem uma melhor qualidade de vida, garantindo acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento, reduzindo assim o número de óbitos pela doença.

Tabela 4. Estatísticas e Características Regionais do HIV/Aids no Continente Americano, 2004 e 2006.

Ano	Adultos e crianças que viviam com HIV	Novas infecções pelo HIV em adultos e crianças	Prevalência do HIV em adultos (15-49) (%)	Mortalidade de adultos e crianças pela AIDS
	América	do Norte		
2006	1,4 milhões [880 000 - 1,2 milhões]	27 000 [20 000- 41 000]	1,2 [0,9 - 1,7]	19 000 [14 000- 25 000]
2004	240 000 [180 000- 300 000]	25 000 [19 000- 35 000]	1,1 [0,9 - 1,5]	21 000 [15 000- 28 000]
	América	Latina		
2006	1,7 milhões [1,3 - 2,5 milhões]	140 000 [100 000- 410 000]	0,5 [0,4 - 1,2]	65 000 [51 000- 84 000]
2004	1,5 milhões [1,2 - 2,2 milhões]	130 000 [100 000- 320 000]	0,5 [0,4 - 0,7]	53 000 [41 000- 69 000]
	Caribe			
2006	250 000 [190 000- 320 000]	27 000 [20 000- 41 000]	1,2 [0,9 - 1,7]	19 000 [14 000- 25 000]
2004	240 000 [180 000- 300 000]	25 000 [19 000- 35 000]	1,1 [0,9 - 1,5]	21 000 [15 000- 28 000]

Fonte. Baseada na tabela da UNAIDS 2006, traduzida e adaptada pela autora.

3 O IDH, desenvolvido pelo economista paquistanês Mahbub ul Haq, em 1990, é usado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento em seu relatório anual. Consiste numa metodologia que contém informações padronizadas para identificar a qualidade de vida da população no que se refere à educação, longevidade e renda.

Regionalmente, a América Latina não consegue êxito na controle da progressão do HIV/Aids. Os dados acima (Tabela 4) expõem que, no biênio 2004/2006, a patologia persiste acometendo um número maior de pessoas, sendo a *causa mortis* de aproximadamente 65.000 pessoas no ano de 2006, significando um acréscimo de 12.000 mortes por AIDS com relação a 2004. As disparidades intra-regionais referentes às condições socioeconômicas e a carência na otimização de recursos (humanos, financeiros e outros) estariam relacionadas às dificuldades de garantir o acesso à prevenção, ao diagnóstico precoce, tratamento e, conseqüentemente, à redução de óbitos por HIV/Aids.

A UNAIDS, no relatório de 2006, afirma que um terço das pessoas vivendo com HIV/AIDS (620.000) do continente Latino Americano encontra-se no Brasil; porém, o boletim epidemiológico do Ministério da Saúde (MS) relata que até Junho de 2006, tinham sido notificados 433.067 casos de AIDS. As discrepâncias supracitadas se devem, provavelmente, às projeções de dados com que a UNAIDS trabalha na elaboração das estimativas. No relatório do MS de 2006 consta que, dos casos notificados, 62,3% (269.910) se concentram na região Sudeste; 17,9% (77.639) na região Sul; 11% (47.751) na região Nordeste, 5,6% (24.086) na região Centro-Oeste e 3,2% (13.681) na região Norte (Brasil, 2006).

Desde o início da pandemia até os dias atuais, a maioria das pessoas vivendo com HIV/Aids reside na região Sudeste, com maior densidade populacional e grandes metrópoles, porém, a partir do ano 2000, a taxa de incidência nesta região é ultrapassada pela taxa da região Sul. Ocorre de maneira idêntica quando comparamos com as outras regiões, onde a taxa de incidência por HIV/Aids destaca a região Centro-Oeste em terceiro lugar, o Norte em

quarto lugar e o Nordeste em quinto lugar. (Anexos 3 e 4). Estes aspectos epidemiológicos estão relacionados com a interiorização, com o fortalecimento dos diagnósticos, da notificação da doença, dentre outros, aumentando assim, o número de casos novos por ano (Brasil, 2006).

No Brasil, durante os últimos cinco lustros, ocorreram mudanças na epidemiologia e nos indicadores relacionados a esta pandemia. Inicialmente, os grupos predominantes eram do sexo masculino homo/bissexuais, brancos, de classe média-alta residentes em grandes centros urbanos. Pelos conceitos ampliados e contextualizados das características da disseminação do HIV, se desconsideraram os “grupos de risco” para dar ênfase aos definidos comportamentos de risco e populações vulneráveis, devido as tendências epidemiológicas atuais: heterossexualização, feminização, envelhecimento, interiorização e pauperização do HIV/Aids.

Estas tendências têm contribuído para que haja uma diminuição drástica da razão por sexo entre as categorias expostas, isto é, em 1985, para cada caso novo de AIDS em mulher havia 30 casos novos em homens, na atualidade esta razão é de 1,5 caso em homens para 1 caso em mulher (Brasil, 2006). O Boletim Epidemiológico de 2006 identifica que 67,2% (290.917) dos casos de HIV/Aids são em pessoas do sexo masculino e 32,8 % (142.138) em pessoas do sexo feminino (Anexo 5). Este relatório constata que em 1994 os casos no sexo masculino representavam 75,8% e no feminino 24,2%; em 1984 estas porcentagens correspondiam a 92,7 e 7,3 respectivamente (Brasil, 2006). Esta progressão de número de casos de HIV/Aids na população feminina, nas últimas décadas, configura a feminização da patologia.

Os dados do MS (Brasil, 2006), concernentes ao Estado de Goiás, indicam que os casos novos notificados em 2004 correspondiam a 805 pessoas, das quais 306 eram do sexo feminino e 112 destas mulheres residiam em Goiânia e que a taxa de incidência em 2005 era de 14,8/100.000 habitantes. A feminização do HIV/Aids, em nível regional, encontra-se refletida, nos dados disponíveis no Serviço de Estatística do Hospital de Doenças Tropicais, onde em 1995 existia o cadastro de 1.058 pacientes HIV/Aids dos quais 204 (19%) eram mulheres e 854 (81%) eram homens. Consta também que até maio de 2005, tinham sido cadastrados 5.122 pacientes HIV/Aids, dos quais 3130 (61%) são do sexo masculino e 1992 (39%) do sexo feminino. Segundo estes dados, em 1995, a patologia acometia quatro vezes mais os homens que as mulheres. Uma década depois, a razão de acometimento homem/mulher diminuiu significativamente, sendo esta de 1,5 em 2005, configurando o aumento da doença entre as mulheres nesta Unidade de Saúde.

Os dados do SAME/HDT referem ainda que das 1992 mulheres vivendo com HIV/Aids em vigência de tratamento no ano de 2005, a maioria absoluta (67,6%) encontrava-se em idade reprodutiva (20 - 40 anos); 5% na faixa etária de 10 aos 20 anos e 5,3% das mulheres estavam com idade superior a 50 anos.

A maioria das pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil encontra-se na faixa etária dos 20 aos 49 anos, representando 85,9% dos casos masculinos e 81,5% dos casos femininos (Brasil, 2006). A taxa de incidência, na faixa etária de 13 aos 34 anos de idade, é ligeiramente decrescente para o sexo masculino e crescente para o feminino. Nos indivíduos com idade superior aos 35 anos, as taxas de incidência aumentaram para ambos os sexos, predominando nas

mulheres de 40 a 49 anos, passando de 17,9 por 100.000 habitantes em 1998, para 27,9 por 100.000 habitantes em 2003.

Os dados indicam, ainda, que houve decréscimo da exposição entre os homossexuais e bissexuais, assim como nos usuários de drogas injetáveis (Anexo 6), entretanto, persiste o aumento da exposição heterossexual ao HIV: de 14,4% em 1994 para 44,2% em 2005 para os homens e de 70,0% em 1994 para 94,5% em 2005 para as mulheres.

Considerando os dados do MS (Brasil, 2006), quando se relacionam casos de AIDS com a raça/cor e sexo, verifica-se que há uma diminuição gradual para ambos os sexo na raça branca e um aumento proporcional para ambos os sexos na raça/cor parda (Anexo 7). A constatação é a mesma quando se relaciona os óbitos por AIDS com a raça/cor e sexo, isto é, diminuição dos óbitos da população branca e acréscimo dos óbitos para os pretos e pardos.

Apesar do grande número de casos de contaminação pelo HIV no Brasil, a UNAIDS considera como modelo, a política adotada pelo Estado brasileiro quanto as ações implantadas e/ou implementadas no tratamento e abordagem das pessoas vivendo com HIV/Aids e destaca também o programa de prevenção. A garantia de tratamento específico e universal com anti-retrovirais, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), constitui uma das melhores taxas de cobertura de tratamento do mundo, melhorando, assim, a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV, diminuindo as taxas de mortalidade em 50% de 1996 a 2002 e de transmissão vertical em 16% em 1997 para menos de 4%, em 2002 (Okie, 2006).

Desde o ano 2000, a prevalência da doença foi estabilizada com a implementação dos programas de prevenção, educação sexual e esclarecimentos

de temas relacionados à AIDS desenvolvidos por profissionais da saúde e educadores no âmbito escolar, o programa de redução de danos, o estímulo ao uso de preservativos e a realização da sorologia para o HIV (UNAIDS, 2006).

O protagonismo do Brasil, na eficácia do tratamento e prevenção desta pandemia, é evidente, contudo, existem debilidades no programa em relação à prevenção e à priorização de ações objetivando as populações vulneráveis e excluídas no sentido amplo do termo. Desta maneira, Bastos (2000) ressalta como ponto central a questão da feminização da epidemia de HIV/Aids, consequência das relações desiguais de gênero.

O tratamento desigual relativa a homens e mulheres, em termos políticos, culturais e sócio-econômicos tem uma dimensão macro e micro-social, compreendendo a não observância dos direitos fundamentais, relações desiguais de poder e acesso diferenciado a bens materiais e simbólicos, que ocorrem nas famílias e parcerias sexuais, como reflexo da sociedade, presentes nos sistemas de crenças e códigos de valores.

1.1. Mulheres vivendo com HIV/AIDS

Na escala mundial, segundo UNAIDS (2006), há um grande crescimento do número de mulheres adultas (a partir dos 15 anos) vivendo com o HIV, nas diversas regiões. O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) constatou o acréscimo de um milhão de novos casos entre as mulheres no derradeiro biênio (Tabela 5). Na África Sub-sahariana, para cada 10 homens adultos que vivem com HIV, existem 14 mulheres adultas infectadas pelo vírus.

Tabela 5: Estatísticas e características do HIV para mulheres, 2003 e 2005.

Região/mundo	Ano	Número de mulheres (de 15-49)	Mulheres (de 15-49) que viviam com o HIV (%)
África Sub-sahariana	2004	13,3 milhões [11,5-15,2 milhões]	59
	2006	12,7 milhões [11,0-14,5 milhões]	59
África do Norte e Oriente Médio	2004	200 000 [100 000-370 000]	48
	2006	180 000 [89 000-330 000]	49
Sudeste Asiático	2004	2,2 milhões [1,3-3,6 milhões]	29
	2006	2,0 milhões [1,2-3,3 milhões]	29
Ásia Oriental	2004	210 000 [110 000-370 000]	29
	2006	160 000 [90 000-280 000]	27
Oceânia	2004	36 000 [17 000-90 000]	47
	2006	32 000 [16 000-81 000]	47
América Latina	2004	510 000 [350 000-800 000]	31
	2006	450 000 [310 000-670 000]	30
Caribe	2004	120 000 [85 000-160 000]	50
	2006	110 000 [80 000-150 000]	50
Leste Europeu	2004	510 000 [330 000-810 000]	30
	2006	410 000 [260 000-650 000]	30
Europa Ocidental e Central	2004	210 000 [160 000-300 000]	28
	2006	190 000 [140 000-260 000]	28
América do Norte	2004	350 000 [190 000-570 000]	26
	2006	300 000 [160 000-510 000]	26
TOTAL	2004	2,2 milhões [1,3-3,6 milhões]	48
	2006	2,0 milhões [1,2-3,3 milhões]	48

Fonte. Baseada na tabela da UNAIDS 2006, traduzida e adaptada pela autora.

Observa-se que as curvas com altas porcentagens de prevalência, desde 1990, correspondem às mulheres do Caribe e da África Sub-Sahariana (Figura 1) é a constatação da feminização da doença, configurando o sinergismo abordado inicialmente, onde as precárias condições socioeconômicas, a exclusão social e a desigualdade de gênero prevalecem. Todavia, houve demora na resposta do Estado a esta realidade, provavelmente, devido à relativa visibilidade regional, o que produz indagações sobre os motivos de acreditar que as mulheres em condições idênticas em outras regiões seriam imunes à doença.

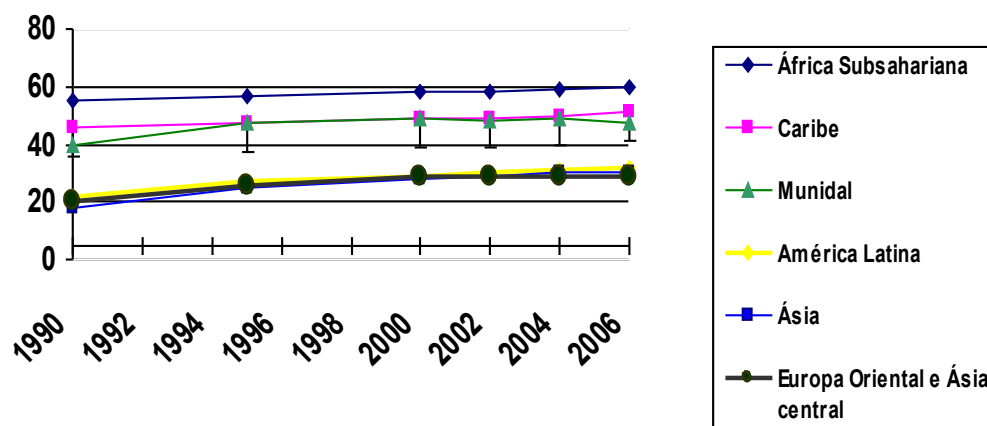


Figura1. Porcentagem de adultos (15 anos ou mais) com HIV que são mulheres entre 1990 e 2006.

Fonte: UNAIDS/OMS, 2006. (Adaptado pela autora)

No Brasil, quanto à feminização do HIV/Aids, algumas considerações epidemiológicas da Aids evidenciam, segundo o MS (Brasil, 2006), que entre as mulheres, 86,7% receberam o HIV pela via sexual, esta categoria de transmissão é responsável por 58% nos homens. Os dados do MS referem ainda a um

crescimento maior da patologia entre as mulheres, acometendo estas em todas as faixas etárias, predominando naquelas em idade reprodutiva.

A vulnerabilidade biológica está relacionada com a anatomia da genitália feminina que favorece a contaminação pelo HIV, na ocasião do ato sexual por meio da exposição da mucosa vaginal ao líquido seminal que contém altas concentrações do vírus e aumenta a probabilidade de contaminação de outras patologias de transmissão sexual (principalmente as que apresentam lesões ulceradas) pela infecção das células alvos: macrófagos e linfócitos T (Lopes, 2003). Entre os fatores citados pela Organização Pan-americana de Saúde, que contribuem para o acometimento em mulheres jovens, encontra-se a imaturidade do aparelho genital e as relações sexuais desprotegidas com homens mais velhos e com probabilidade aumentada de estarem infectados pelo HIV e por outras doenças de transmissão sexual (DST).

Por outro lado, a feminização do HIV/Aids, também se relaciona diretamente com o aumento do risco de transmissão vertical, contribuindo assim, para o aumento da incidência do HIV/Aids na população pediátrica. Ocorre um maior risco de acréscimo da prevalência de outras DST (sífilis, gonorréia, herpes genital, papilomavírus humano, e outros); maior risco de patologias do colo do útero, isto é, lesões pré-malignas e câncer de colo uterino, comprometendo a sexualidade feminina, com conseqüências para a vida reprodutiva da mulher (Magalhães, 1998; Linhares *et al.*, 2004).

A interação da infecção pelo papilomavírus humano (HPV) com o HIV produz efeito sinérgico na evolução de ambas as doenças, pois as ações do HIV na mucosa da genitália alteram a imunidade celular, aumentam o risco de infecção e/ou re-infecção pelo HPV e potencializam a oncogênese deste. Assim

as mulheres vivendo com HIV/Aids têm progressão mais rápida para neoplasia intra-epitelial e as recidivas (Carvalho & Oyanawa, 1999). As pesquisas realizadas e aceitas pelo Centro de Prevenção e Controle das Doenças dos Estados Unidos (CDC) consideram o carcinoma cervical invasivo como condição definidora de AIDS independente da contagem dos linfócitos T CD4 (CDC, 1993). A prevalência de neoplasia intra-epitelial no colo uterino em mulheres vivendo com HIV/Aids pode ser dez vezes superiores, quando comparada às mulheres soro negativas para o HIV (Araújo *et al.*, 2005).

Os fatores relacionados à vulnerabilidade destas mulheres quanto à re-exposição ao HIV e a outros agentes patológicos causadores de DST, têm estreita relação com a realidade vivenciada pelas mulheres no exercício de sua sexualidade que está relacionado com os direitos reprodutivos e direitos sexuais sendo indissociável de sua condição de subalternidade como mulheres e do reduzido poder de decisão e autonomia nos diversos espaços de sua vida e, principalmente no que se refere decidir sobre seu corpo. Neste contexto cultural, as mulheres que vivem com HIV/Aids, para evitar outras infecções e eventualmente a gravidez, dependem do uso de preservativos nas relações sexuais. Teoricamente é uma conduta simples, mas na prática, se observa que as mulheres enfrentam muitas dificuldades em negociar com seus parceiros sexuais o uso de preservativo, pois em geral, é grande o preconceito dos homens para usar qualquer tipo de proteção, principalmente quando são casados e que neste caso, supostamente tem parceiras fixas.

Esta realidade também é vivenciada por outras mulheres que, embora soros negativas para o HIV, tornam-se vulneráveis à infecção por mecanismos e situações semelhantes (Martin, 1992; Ligocki, 1995), pelo pouco poder de decidir

em relação aos seus parceiros intervindo diretamente na vida reprodutiva das mulheres.

Neste sentido, a questão da concepção e da anticoncepção forma o núcleo dos direitos reprodutivos relacionados à sexualidade (Paiva, 1992; Oliveira, 1999; Pimetes, 2003; Brasil, 2005). Também, Chauí (2003), argumenta e reforça que os direitos sexuais e reprodutivos, têm vínculos com a liberdade na construção de condições onde se realizarão escolhas frente à oferta dos outros.

Por outro lado, a idealização em torno da maternidade, como condição de realização da mulher, preconizado por nossa cultura social, tem o mesmo peso para as mulheres que vivem com HIV/Aids. No caso destas mulheres, caberia uma abordagem diferenciada com esclarecimentos e orientações principalmente para aquelas susceptíveis de engravidar voluntariamente ou acidentalmente, a fim de amenizar a angústia manifestada por elas no período gestacional, agravada pelo fato da presença do HIV. Isto depende de ações orientadas por políticas públicas de saúde, da qualidade da formação e do compromisso dos profissionais de saúde.

Dentre as políticas referentes à saúde sexual e reprodutiva, o planejamento familiar no Brasil está regulamentado pela Lei nº. 9.263/96⁴ e foi uma conquista importante para as mulheres no que diz respeito à consolidação dos direitos reprodutivos. E, segundo orientações do MS,

4 Conforme essa Lei, o planejamento familiar é entendido como “como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação, ou aumento da prole pela mulher, pelo homem, ou pelo casal” (art. 2º).

Faz-se necessário, a implementação da atenção em planejamento familiar, num contexto de escolha livre e informada, com incentivo à dupla proteção (prevenção da gravidez e do HIV e outras DST), nas consultas médicas e de enfermagem, nas visitas domiciliares, durante as consultas de puericultura, puerpério e nas atividades de vacinação (Brasil, 2005, p. 17).

O fortalecimento do planejamento familiar, referente à contracepção em mulheres vivendo com HIV/Aids, é de fundamental importância para garantir esses direitos e, concomitantemente, a sua adesão aos métodos que garantam a dupla proteção, evitando, assim, os riscos de gravidez não planejada e de re-exposição ao HIV e às outras DST (Parker & Corrêa, 2003).

Quanto a possibilidade de gravidez das mulheres com HIV/Aids, o uso de contraceptivos orais não é recomendado, porque estes não protegem contra as infecções e interferem na atividade dos anti-retrovirais. Além disso, estes contraceptivos têm sua eficácia diminuída em até 47% naquelas que usam anti-retrovirais, existindo a probabilidade de concepção, mesmo durante a utilização desse método (Hader *et al.*, 2001).

A dificuldade de acesso e conhecimento sobre os métodos contraceptivos tem imposto às mulheres realizar a Laqueadura Tubária Bilateral (LTB) como método contraceptivo. A LTB é considerada definitiva e “irreversível”, pois é realizada por meio de método cirúrgico em que se realiza a esterilização feminina e quando utilizada a técnica adequada, possui eficácia elevada, sendo uma gravidez para cada duas mil mulheres (Hatcher *et al.*, 1999). Porém, esse método não protege contra as DST/Aids, sendo imprescindível o uso concomitante de preservativos (masculino ou feminino) para evitar a contaminação por outras DST ou a re-infecção das mulheres vivendo com HIV/Aids.

No entanto, a atenção em planejamento familiar, segundo o MS, contribui

para a redução do número de LTB (Brasil, 2005), o que demonstra a importância das medidas contraceptivas e de proteção da transmissão do HIV por mulheres com HIV/Aids. O estudo de Galvão *et al.* (2004), em mulheres com essas características na região centro-sul do estado de São Paulo, revelou que, dentre os métodos contraceptivos adequados (os que exercem dupla função), os preservativos masculino e feminino eram utilizados pela maioria das mulheres, seguidos da abstinência sexual, praticada por um número importante delas.

Por outro lado, segundo concluiu Grimberg *apud* Galvão *et al.*, (2004; Pereira, 2001) a abstinência sexual é uma conduta absolutamente segura, pois elimina o risco de gravidez, a transmissão do HIV e outras DST e a re-infecção pelo vírus, porém, a abstinência pode ser considerada uma forma de evasão ou de fuga, podendo não ser a “expressão de um desejo real”. As mudanças impostas para vivência da sexualidade ou traumas marcantes, em virtude da doença, ainda segundo Galvão *et al.*, seriam os responsáveis pela opção dessas mulheres em ignorar o impulso sexual,

Essa discussão mostrou que a situação de abstinência sexual, como expressão do medo de contaminar o parceiro e o conceito, não pode ser entendida como perda do impulso sexual. Em algumas mulheres, a abstinência foi decorrente do trauma experimentado pela perda de filhos que tinham sido contaminados pelo vírus, em gestações anteriores (Galvão *et al.*, 2004, p. 197).

A OMS (UNAIDS, 1997) atribui à sexualidade, característica fundamental para a saúde, para o bem-estar e para a qualidade de vida, pois o prazer faz parte deste atributo. Contudo, estudos apontam que ao tomarem conhecimento de seu diagnóstico, as mulheres experimentam conflitos relacionados à sexualidade, ocorrendo a falta de motivação e diminuição das atividades sexuais (Chavez,

1993; Boozon, 1998; Pereira, 2001). O medo do relacionamento sexual faz com que muitas mulheres, principalmente as que foram contagiadas por via sexual, se esquivem das relações, mesmo apresentando desejo sexual.

Por outro lado, Aldana (1992) observa que, através do prazer na sexualidade, criam-se vínculos afetivos e com eles o desejo de viver plenamente e argumenta ainda, que existe relação estreita entre AIDS, sexualidade e gênero. Estas observações ressaltam a importância da existência de espaços onde as mulheres possam compartilhar e discutir vivências, sentimentos e tabus. Assim, se favoreceria o exercício pleno da sexualidade e ajudaria na desconstrução de mitos, superstições e crenças, muitas vezes preconceituosas, relacionadas à sexualidade e ao HIV, que ainda são reproduzidas culturalmente em nossa sociedade.

Estudo realizado em Olinda–(PE) sobre a representação da sexualidade e das doenças sexualmente transmissíveis com mulheres idosas, Barbosa (2002) concluiu que a grande maioria das mulheres entrevistada já ouviu falar das DST, no entanto, estas mulheres, por não terem pouca atividade sexual freqüente, não se preocupam muito com a prevenção. E, especificamente sobre a AIDS, as mulheres idosas, jovens ou adultas, têm uma representação simbólica de que a mesma se confunde com algo terrível, sujo e enviado por Deus para acalmar as pessoas ativas sexualmente. A autora argumenta ainda que,

Ao longo do tempo, a mulher tem lutado por mais espaços na sociedade e vem conseguindo, prova disso é que parte das organizações populares tem como líderes, mulheres de todas as idades. No entanto, no item sexualidade, o que se vê é a continuidade de tabus que persistem em continuar, complicando a vida desse segmento que poderia obter com isso, uma melhor qualidade de vida. Sob o ponto de vista sócio-antropológico, a questão da sexualidade da mulher idosa, objetiva sobremaneira

ampliar a visão de que esse segmento pode e deve continuar a viver e não só isso, ter o direito constitucional de obter informações sobre sua sexualidade, além de conquistar espaço nos programas institucionais de prevenção às DST e à AIDS (Barbosa, 2002 p. 07).

Estas afirmações também podem ser aplicadas às mulheres em outras faixas etárias inclusive às adolescentes (Venturi, 2004; Checa, 2005). A feminização do HIV/Aids e suas implicações na realidade da mulher (vulnerabilidade social) têm estreita relação com a condição de exclusão social (pauperização da doença). As mulheres pobres, afro-descendentes e com pouca escolaridade fazem parte do segmento da população excluída e vulnerável às doenças de transmissão sexual, essencialmente ao HIV/Aids (Brasil 2006; Coovadia *et al.*, 2005; Oliveira, 2003).

Segundo alguns estudiosos, os excluídos são rejeitados socialmente, sofrem perda de identidade, com falência de laços comunitários e sociais. O excluído não controla seu futuro, existindo uma má integração pelo sistema produtivo ou pelo padrão de consumo (Ligocki, 1995; Kliksberg, 2001). Em seus estudos, Ferreira (2003) define que a noção de vulnerabilidade identifica grupos que estão em situação de risco social, grupos que, devido aos padrões comuns de conduta, têm probabilidade de sofrer evento danoso e compartilham algum atributo comum, sendo mais propensos a problemas similares.

Neste sentido, a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres determinou e orientou que as Políticas Públicas priorizem programas de assistência às mulheres que estão vulneráveis às DST/Aids e em condições de exclusão social (Rede Feminista de Saúde, 2004). Contudo, as desigualdades já perpetuadas desde há anos na sociedade brasileira, aliadas à exclusão e aos

preconceitos raciais e de gênero, têm marcado e complicado a vida das mulheres portadoras do HIV.

Ainda hoje, são poucos os estudos desenvolvidos sobre os pacientes portadores do HIV, que têm como sujeito a mulher soropositiva. Tanto as pesquisas clínicas e terapêuticas quanto as relacionadas à qualidade de vida das pessoas vivendo com o HIV/Aids, têm sido orientadas aos pacientes do sexo masculino. Considerando essa realidade, um grupo de pesquisadoras da Universidade Estadual de São Paulo (USP), realizou uma pesquisa aplicando o *HIV/Aids - Quality of Life (HAT-QoL)*⁵, a fim de analisar a qualidade de vida de mulheres vivendo com o HIV/Aids. A pesquisa foi realizada com 73 mulheres e a análise dos questionários aplicados revelou que a qualidade de vida dessas mulheres está comprometida, principalmente no que se refere à questão financeira, às atividades sexuais e à saúde,

O instrumento utilizado neste estudo para avaliação de qualidade de vida entre mulheres com infecção pelo HIV, demonstrou importante comprometimento na qualidade de vida dessas mulheres, talvez por conviverem com situações que as conduzem à precariedade econômica e social. Os domínios da escala de qualidade de vida HAT-QoL, cujos índices apontaram prejuízo na qualidade de vida das mulheres infectadas pelo HIV foram: "Preocupações financeiras", "Preocupações com a saúde", "Preocupação com o sigilo sobre a infecção" e "Atividades sexuais" (Galvão *et al.* 2004, p. 436).

A qualidade de vida das mulheres HIV depende da inclusão social e da inserção socioeconômica das mesmas dessas mulheres, uma vez que melhores

⁵ Desenvolvido por Holmes & Shea, o *HIV/Aids - Quality of Life (HAT-QoL)* é um instrumento de pesquisa desenvolvido especificamente para portadores do HIV. O questionário apresenta 42 questões e é dividido em nove domínios: atividade geral, atividade sexual, preocupação com sigilo sobre a infecção, preocupação com a saúde, preocupação financeira, conscientização sobre o HIV, satisfação com a vida, questões relativas à medicação e confiança no médico.

condições financeiras, lhes proporcionariam possibilidades de tratamento e autocuidado e, como consequência, uma maior auto-estima, o que indireta ou diretamente, resulta na aceitação e vivência plena da sexualidade. Contudo, essa inclusão social encontra seu entrave nos preconceitos e estigmatização sofridos pela mulher soropositiva, principalmente com relação à sua (re)inserção ou permanência no mercado de trabalho. Mello (*apud* Galvão *et al.*, 2004), constatou que trabalhadoras HIV positivas, são frequentemente despedidas, ou não são contratadas, por necessitarem ausentar-se rotineiramente do trabalho devido ao tratamento médico. Isso explica, em parte, a preocupação da mulher soropositiva com o sigilo em relação ao seu estado clínico.

As dificuldades de inserção socioeconômica são ainda maiores se consideradas as questões raça/cor/gênero. O derradeiro relatório do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2006) sobre emprego e renda, revelam que os afro-descendentes ocupam os postos de trabalhos com remuneração inferior aos indivíduos da raça branca ocupando postos idênticos e com a mesma escolaridade. Estas diferenças são maiores quando se trata de mulheres, pois, as negras ocupam essencialmente os postos de empregada doméstica e ocupações sem vínculos trabalhistas. Segundo afirma a Rede Feminista de Saúde (2003), apesar dos avanços, as mulheres afro-descendentes, ainda ganham 50% dos rendimentos auferidos pelas mulheres brancas ocupadas.

As Políticas Públicas da promoção de igualdade racial contemplam prioridades com relação à educação, cidadania, desenvolvimento, saúde e qualidade de vida para a população feminina negra (Brasil, 2005). Contudo, nos serviços de saúde, os tratamentos curativos, preventivos e educativos das

mulheres excluídas e vulneráveis são ainda realizados de maneira inespecífica. Oliveira (2003) relata a persistência de certos paradigmas, inclusive entre responsáveis pela elaboração das Políticas de Saúde, com relação ao acometimento e à evolução das patologias, sem considerar a questão de gênero, raça e/ou etnias. A visão prevalente nas questões da abordagem e tratamento dos pacientes acometidos pelas DST/Aids, como já foi mencionado, ainda é, preferencialmente, orientada aos pacientes do sexo masculino, situação que necessita ser revertida, principalmente se considerada a crescente feminização do HIV/Aids em todo o mundo.

2. CONSIDERAÇÕES SOBRE A EVOLUÇÃO DA AIDS E A ATUAÇÃO DOS ORGANISMOS INTERNACIONAIS

Transcorridos vinte e cinco anos do relato dos primeiros casos da AIDS, os diferentes impactos e as conseqüências na escala planetária, já vislumbrados há vários anos, por aqueles que conseguiam fazer uma leitura ampla da epidemia e relacioná-la de maneira conseqüente com o processo paralelo e concomitante da globalização. Expuseram assim, uma relação íntima das disparidades sócio-econômicas entre os países e regiões com o acréscimo do risco de disseminação da doença. Bastos (2000) evoca Klovdhal argumentando que em 1985 a AIDS progrediria nas redes sociais de maior vulnerabilidade, adicionando o caráter social à disseminação, Mann *et al.* (*apud* Parker & Camargo, 2000) consideravam-na como a forma visível de muitas outras epidemias acontecendo concomitantemente nos diversos segmentos da sociedade, dependendo de uma série de fatores. Os estudos de Wallace *et al.* (*apud* Parker & Camargo, 2000) confirmaram que as condições de pobreza e as disparidades sócio-econômicas constituíam uma “sinergia de pragas” aumentando a vulnerabilidade ao HIV e à AIDS.

Nesse contexto de relação entre vulnerabilidade, pobreza e disseminação da AIDS, constata-se, em meados dos anos noventa, que a mulher nas diferentes regiões do planeta possui as características já mencionadas, pelo fato de ser particularmente vulnerável do ponto de vista biológico, social e pessoal. Esta

realidade já era evidente na África Sub-sahariana, onde para cada cinco homens infectados, existiam seis casos de mulheres infectadas, correspondendo à quase 80 % das mulheres infectadas no planeta, colocando em evidência a feminização da AIDS (UNAIDS, 1997).

Diante da realidade constatada, as instâncias internacionais OMS e ONU, em 1987, estabeleceram o Programa Mundial de Luta contra AIDS e instituíram o dia 1º de dezembro como o Dia Mundial de Luta Contra a AIDS⁶. Criada com o intuito de diminuir o estigma e o preconceito em relação à doença, a data serve para reforçar a solidariedade, a tolerância, e a compreensão com as pessoas que convivem com o HIV/Aids. Em 1996, surge o *Joint United Nations Programme on HIV/Aids* (UNAIDS)⁷, como reconhecimento de que o problema da epidemia tinha relação estreita com fatores de desenvolvimento humano.

Na Cúpula do Milênio promovida pela ONU no ano 2000, foi aprovado um acordo que estabelece os objetivos a serem atingidos pelos países até o ano de 2015, por meio de ações concretas dos governos e da sociedade. Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), como foram denominados, é um conjunto de oito macro-objetivos, que implicam ações em saúde, educação, saneamento, habitação, promoção de igualdade de gênero e meio ambiente. Dentre esses oito Objetivos, dois deles contemplam o tema em estudo: o terceiro, que determina a promoção da igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres e, o sexto objetivo, implica o combate ao HIV/AIDS, à malária e outras doenças,

6 A escolha dessa data seguiu critérios próprios das Nações Unidas. No Brasil, a data passou a ser adotada a partir de 1988, por meio de uma portaria do Ministério da Saúde.

7 O Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS), surgiu em 1996 com a necessidade de uma ação global frente ao avanço da epidemia de HIV/Aids no mundo. Sua missão global é liderar, fortalecer e apoiar uma ampla resposta à epidemia.

Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia da mulher como meios eficazes de combater a pobreza, a fome e as doenças e de promover um desenvolvimento verdadeiramente sustentável. (...) Até então (2015) ter detido e começado a inverter a tendência actual do VIH/SIDA, do flagelo do paludismo e de outras doenças graves que afligem a humanidade (UN, 2001 p. 12).

Em 2001, a ONU determinou que o combate ao HIV/AIDS era prioridade e que a doença constituía-se um entrave para o desenvolvimento das diversas regiões em todos os continentes. Essa determinação resultou na declaração de compromissos assinada por 189 países durante a Assembléia Geral da ONU, a qual teve incorporada a principal proposta brasileira de vincular prevenção e tratamento como os pilares para um controle da epidemia de AIDS e a criação de um fundo global com recursos destinados a esse fim. A partir desse acordo, foram destinados fundos específicos para o combate à doença e ao tratamento dos acometidos, como o conhecido “Três milhões em 2005” que tinha como objetivo garantir, em escala mundial, o tratamento para três milhões de pessoas (UNAIDS, 2006).

Em 2005, A Coalizão Internacional pela Saúde das Mulheres (IWHC)⁸ identificou o ano de 2006 como sendo um ano crítico na determinação da resposta futura da comunidade à pandemia do HIV e AIDS em nível mundial e juntamente com um grupo de defensoras, elaboraram o pacto “Com as Mulheres do Mundo: Um Pacto para Erradicar o HIV/AIDS”, como ferramenta referencial a partir de 2006. Esta estratégia foi apoiada pela ONU em Junho de 2006, quando foi realizada uma revisão quinquenal da implementação da sua Declaração de

⁸ Fundada em 1984, a International Women’s Health Coalition (Coalizão Internacional pela Saúde das Mulheres) procura gerar políticas, programas e financiamento nos campos da saúde e população que promovam e protejam os direitos e a saúde de mulher e meninas no mundo inteiro.

Compromisso sobre HIV/Aids elaborada em 2001. Finalmente se reconhece as conseqüências nefastas da feminização para a sociedade em geral e para as mulheres em particular,

Os direitos sexuais e reprodutivos são uma prioridade fundamental negligenciada na política, programação e alocação de recursos para o combate ao HIV/Aids. Não proteger os direitos humanos das meninas e mulheres, inclusive o direito à saúde e o direito a viver livres de coerção sexual e violência, alimenta a pandemia. O acesso universal à educação e aos serviços de saúde sexuais e reprodutivos, e a proteção desses direitos são essenciais para pôr fim à pandemia. Reconhece-se amplamente que as taxas de infecção do HIV estão aumentando nas mulheres em todas as regiões do mundo e que essas taxas, com freqüência, são mais altas para as meninas e mulheres do que para os homens. As mulheres, especialmente as jovens e as meninas, são vulneráveis em conseqüência da negação e negligência de seus direitos, desigualdade de gênero, fatores sociais, culturais e econômicos, biologia e violência difundida (IWHC, 2006 p. 11).

Essa estratégia de ação determina prioridades, reconhecendo que a desigualdade entre os gêneros e a pobreza das mulheres contribuem para o aumento da incidência do HIV entre elas. Embora o Pacto enfoque principalmente a melhoria das intervenções no setor da saúde, ele reconhece que os direitos humanos, a justiça social e econômica e a saúde estão inextricavelmente ligados. Segundo o IWHC (2006) “pôr fim à violência generalizada, ao estigma e à desigualdade de gênero nas esferas econômica, social e jurídica são elementos essenciais para organizar uma resposta bem-sucedida à pandemia”.

Todos esses estudos, ações e programas de luta contra o HIV/AIDS, contribuíram para diminuir e combater o avanço dessa enfermidade, que no início da década de 80, foi considerado de maneira irracional e simplória a “praga dos homossexuais”, reforçando a homofobia. Tal visão reducionista na abordagem da epidemia definiu, na opinião de Bastos (2000), os “grupos de riscos” alvos da

disseminação do HIV, ignorando as características multifatoriais de vulnerabilidade e disseminação do HIV/Aids nas diversas populações, o que, sem dúvida, retardou e inadequou algumas estratégias de luta no combate à doença. Entretanto, já se tinha identificado o agente etiológico, isto é, o vírus da imunodeficiência humana, como sendo um retrovírus constituído de RNA, com dois tipos, HIV 1 e HIV 2 e suas diferentes formas de transmissão.

2.1. HIV/AIDS: formas de contágio, categorias de exposição e ciclo da infecção/doença.

Segundo o programa de combate ao HIV/Aids da ONU, as pesquisas evidenciaram que o HIV pode ser transmitido através do sangue. A exposição ao sangue, através do uso de hemoderivados sem o devido controle, é cada vez numericamente menos freqüente, no entanto, a exposição ao sangue através do hábito de compartilhar agulhas e seringas entre usuários de drogas injetáveis é ainda importante. Estão incluídos também nessa categoria os acidentes profissionais com material perfuro-cortante contaminado, entre os profissionais da área da saúde que não obedecem às normas de biossegurança (UNAIDS, 2006).

No entanto, segundo UNAIDS (2006), a exposição sexual é a principal categoria de exposição ao vírus através do sêmen e da secreção vaginal. Portanto, as relações sexuais sem uso de preservativo, seja entre os heterossexuais ou homossexuais, através do coito vaginal, sexo anal e sexo oral sem proteção, são as principais vias de contágio do HIV.

Outra forma de contaminação é a Transmissão Vertical (TV) ou transmissão materno-infantil, quando ocorre a exposição do feto ou da criança ao

HIV no trabalho de parto e no próprio parto em 65% das ocasiões. Se durante a vida intra-uterina nenhuma medida preventiva for tomada, o feto tem cerca de 35% de possibilidade de ser contaminado, além de um risco adicional de 7 a 22% com o aleitamento materno, segundo o MS (2004).

A categoria de exposição varia segundo os continentes do mundo conforme seu comportamento de risco (UNAIDS, 2006), como se observa nas Figuras 2, 3 e 4, que destacam os grupos expostos de maior importância epidemiológica. No Leste Europeu e na Ásia Central, os usuários de drogas injetáveis (67%), devido ao aumento do consumo destas sem a adoção de medidas de redução de danos, coincidindo com o avanço do sistema capitalista nessa região. Os homens que têm relações sexuais com homens, na América Latina, representam 26% dos expostos, refletindo o perfil inicial da pandemia na região, embora o grupo definido como “outros” seja o mais importante (38%), onde estão incluídos os heterossexuais. No Sudeste Asiático, 40% dos infectados são os clientes dos Profissionais do Sexo, realidade que é sustentada por países onde existe uma prevalência importante de atividades que favorecem o exercício de profissionais do sexo. Estas são as características que determinam e orientam as estratégias de ações para cada região.

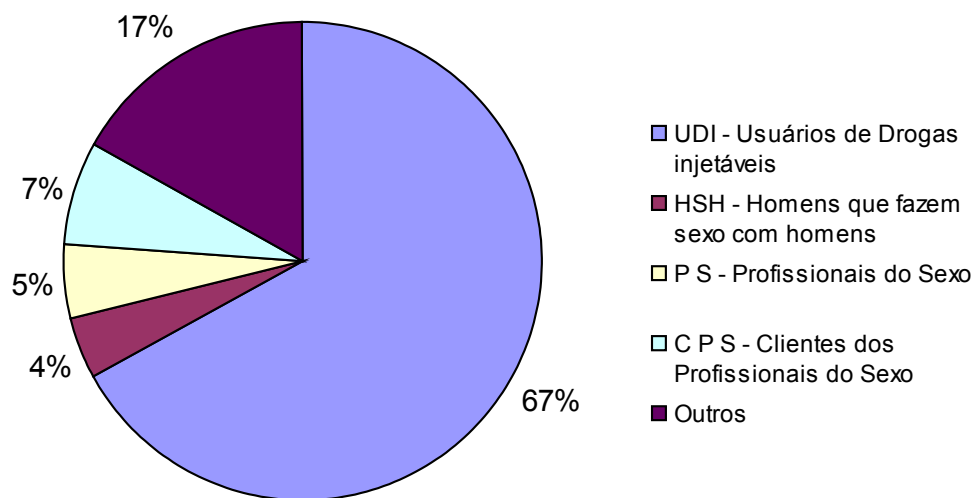


Figura 2. Proporções de infecções pelo HIV em diferentes grupos da população por região (Leste Europeu e Ásia Central) 2005.

Fonte UNAIDS, 2006, traduzido e modificado pela autora.

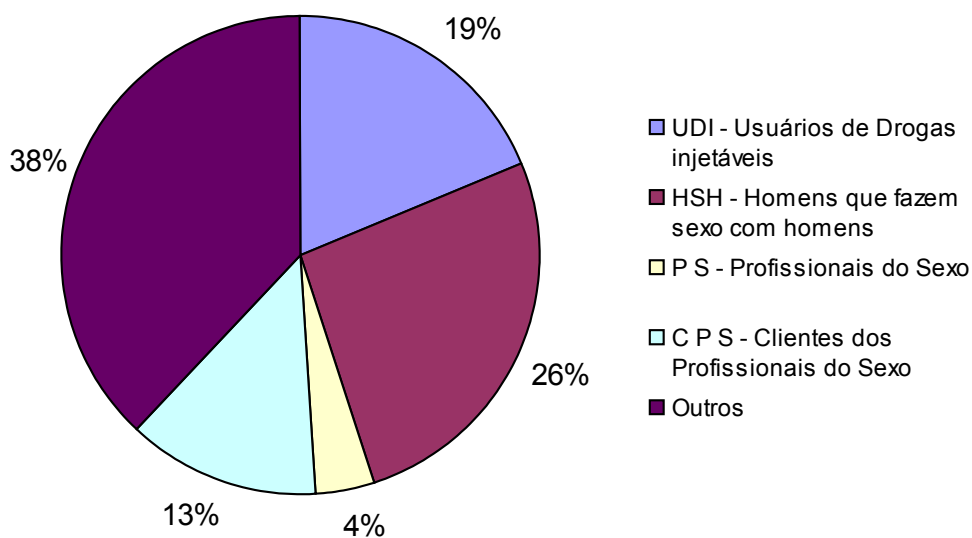


Figura 3. Proporções de infecções pelo HIV em diferentes grupos da população por região (América Latina) 2005.

Fonte UNAIDS, 2006, traduzido e modificado pela autora.

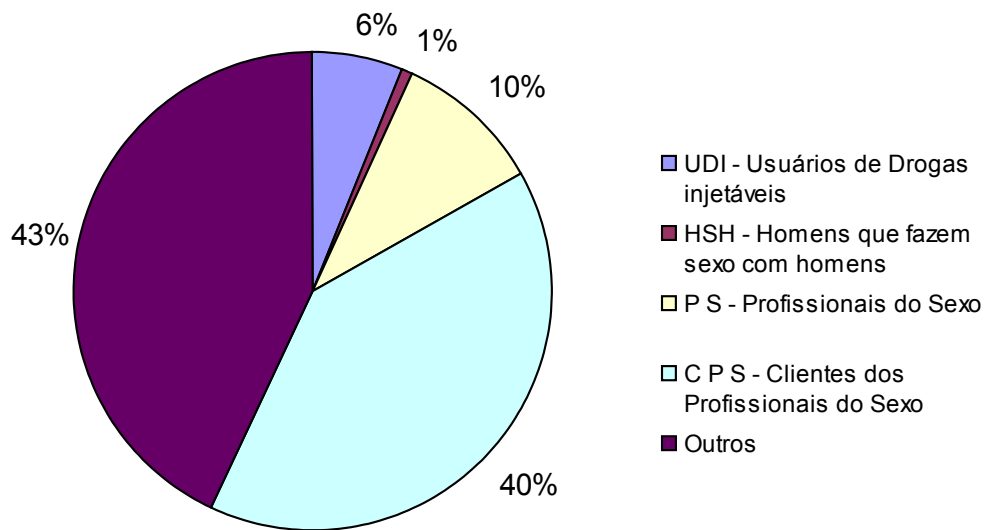


Figura 4. Proporções de infecções pelo HIV em diferentes grupos da população por região (Sudeste Asiático) 2005.

Fonte UNAIDS, 2006, traduzido e modificado pela autora.

Referente ao ciclo do HIV/Aids os estudos aludem que, o HIV, uma vez dentro do organismo, usa as principais células do sistema imunológico (linfócitos TCD4) para a replicação viral, integrando-se ao seu código genético, tornando-o *a posteriori* deficiente e propiciando susceptibilidade às infecções oportunistas. O período de incubação varia de duas a quatro semanas, a infecção primária apresenta intensa viremia com importante resposta imune ao HIV, sucedendo-se, após este período, a fase de latência clínica, a qual possui uma duração variável culminando na imunodeficiência (AIDS). Segundo Guimarães e Pereira (2003), aproximadamente 5% das pessoas infectadas desenvolvem AIDS após três anos de infecção quando não realizam tratamento, entre 20% a 25% após seis anos, 50% após dez anos e em torno de 12% dos infectados permanecerão assintomáticos por mais de vinte anos.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico retrospectivo, quantitativo realizado no HDT de Goiânia, Unidade de Referência em doenças infecto-contagiosas do Estado de Goiás, por meio da coleta de dados de 200 prontuários de pacientes que realizaram a primeira consulta no ambulatório de ginecologia no período de março a junho/2005. Foram também utilizadas 60 fichas cadastrais do Grupo de Adesão, para obter os dados das gestantes. E as informações sobre a Saúde Sexual e Reprodutiva foram obtidas na Ficha Clínica da Mulher anexadas aos prontuários de cada paciente. O HDT é uma Unidade de Saúde de Terceiro Nível, e por isso, centraliza o atendimento das pessoas que vivem com HIV/Aids no Estado de Goiás. Este atendimento é realizado, quando necessário, através do tratamento hospitalar (internações) e ambulatorialmente, contando com diversas especialidades. Porém, até março de 2005, a Unidade não contava com o Serviço de Ginecologia, sendo as usuárias encaminhadas à Rede Básica de Saúde para a realização das rotinas em Ginecologia. A dificuldade de acesso à Rede e a discriminação evidente ou potencial contribuíram para que a maioria das mulheres vivendo com HIV/Aids desistisse de realizar o acompanhamento ginecológico, algumas, porém, o fizeram “clandestinamente”, isto é, sem manifestar o estado sorológico com relação ao HIV.

O aumento da incidência do HIV/Aids em mulheres e a preocupação com a dificuldade de acesso às rotinas ginecológicas, despertaram o interesse de profissionais de alguns setores do HDT, incluindo minha participação como ginecologista, no sentido de lutar pela implantação do Ambulatório de Ginecologia. Com isso, se pretendia priorizar o atendimento humanizado, eficaz e com qualidade destas pacientes, fortalecendo, assim, o enfoque multidisciplinar na terapia das mesmas.

Um dos pilares importantes na luta pela implantação do Ambulatório de ginecologia é o Grupo de Adesão, constituído por Profissionais comprometidas com a multidisciplinaridade no exercício das funções que lhes competem, promovendo a adesão à terapia farmacológica e contribuindo para a melhoria das condições de vida das pessoas que vivem com HIV/Aids. É no Grupo de Adesão que as mulheres com HIV/Aids, em tratamento, encontram eco para suas preocupações cotidianas e reivindicações. É importante destacar o trabalho de educação, prevenção e conscientização quanto ao uso de preservativos e dos cursos ministrados às gestantes HIV/Aids, com a finalidade de prevenir a transmissão vertical do HIV.

A dedicação específica ao trabalho com as gestantes prioriza a redução da transmissão materno-fetal, não medindo esforços para estabelecer vínculos com aquelas que receberam o diagnóstico de sorologia positiva para o HIV, durante o pré-natal, e conseqüentemente desconhecem as rotinas do HDT. Por outro lado, se busca também, fortalecer os vínculos entre a Equipe Multidisciplinar da Unidade e as gestantes que engravidaram vivendo com HIV/Aids.

O projeto deste estudo foi inicialmente apresentado à Diretoria do HDT e à Gestora do Grupo de Adesão sendo autorizado o acesso ao Sistema Arquivos

Médicos (SAME) do Hospital, para a localização dos prontuários das pacientes atendidas no ambulatório de Ginecologia e o acesso às fichas de cadastro do Grupo de Adesão, das gestantes que participaram do programa de prevenção da TV.

O estudo retrospectivo quantitativo foi realizado através da coleta de dados de 200 prontuários de pacientes que realizaram a primeira consulta no Ambulatório de Ginecologia, coincidindo com o início das atividades deste ambulatório de março até junho de 2005. Os dados referentes às estantes foram obtidos das 60 fichas cadastrais existentes nos arquivos do Grupo de Adesão. Para esta pesquisa, manteve-se o sigilo sobre a identidade destas mulheres, não existindo, portanto, conflito ético-legal. A coleta de dados dos prontuários permitiu obter informações para definir o perfil sócio-demográfico e a condição clínica das pacientes, identificando as seguintes variáveis: idade, raça/cor, escolaridade, ocupação, condição civil e situação conjugal.

Os dados relacionados à Saúde Sexual e Reprodutiva destas mulheres foram obtidos a partir da Ficha Clínica da Mulher, elaborado pela Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e agregada aos prontuários no início das atividades do Ambulatório de Ginecologia, conforme sugestões que encaminhei, como ginecologista (modelo em anexo). Nestas Fichas, constam os resultados do exame ginecológico, da citologia onco-parasitária e das culturas realizadas. Estes dados permitiram identificar as seguintes variáveis: paridade, número de parceiros, método contraceptivo, uso de preservativo, categoria de exposição ao HIV, diagnóstico sorológico com relação ao ciclo gravídico-puerperal, condição clínica, prevalência de outras DST e prevalência de lesões pré-malignas e neoplasia de colo uterino.

As fichas de cadastro de gestantes que participaram de cursos oferecidos pelo Grupo de Adesão do HDT permitiram conhecer a quantidade de mulheres que engravidaram conhecendo o estado sorológico para o HIV/AIDS antes da gravidez e a ocasião da realização do Teste Rápido para o HIV quando este teste foi realizado. Este exame é utilizado quando a gestante não realiza a sorologia convencional (ELISA para HIV) durante o pré-natal. A finalidade da realização do Teste Rápido nas Maternidades ou Unidades de Saúde, que realizam a Assistência ao Parto, é de usar o anti-retroviral injetável AZT (Zidovudina)⁹ durante o Trabalho de Parto, diminuindo, assim, as possibilidades de contaminação do recém-nascido pelo HIV.

Os resultados das citologias onco-parasitárias e das culturas para trichomonas foram obtidos dos laudos existentes nos prontuários. A citologia onco-parasitária foi realizada através da coleta tríplice (fundo de saco vaginal, junção escamo-celular, canal endocervical) no momento do exame ginecológico. A cultura para trichomonas foi realizada em 44 pacientes, através da coleta com swab em fundo de saco e canal endocervical, usando o meio de Diamond.

Os dados sobre renda e moradia não foram considerados para este estudo, porque não foram respondidos em um número significativo de prontuários. Uma vez coletados os demais dados, os mesmos foram tabulados através do programa Excel e Power Point para posteriormente serem interpretados e discutidos. O resultado permitiu identificar o perfil em Saúde Sexual e Reprodutiva e o perfil Sócio-Demográfico das mulheres vivendo com HIV/Aids, em vigência de tratamento no HDT, conforme os seguintes objetivos específicos propostos:

⁹ O estudo ACTG 076 padroniza o uso do AZT via oral no pré-natal (gestante sem tratamento anti-retroviral tríplice), via endovenosa no intra-parto e via oral para o recém-nato.

- Conhecer o perfil sócio-demográfico.
- Identificar a paridade e o uso de métodos contraceptivos.
- Quantificar a adesão ao uso de preservativo masculino e/ou feminino.
- Evidenciar a abstinência das mulheres que vivem com HIV/Aids.
- Determinar a prevalência de outras doenças de transmissão sexual.
- Estabelecer a prevalência de lesões pré-malignas e malignas do colo uterino.
- Identificar a porcentagem de mulheres que engravidam após o diagnóstico de HIV/Aids.
- Conhecer o período de realização do Teste Rápido com relação ao parto.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O fato de traçar o perfil sócio-demográfico e em saúde sexual e reprodutiva determina o afimco em proporcionar visibilidade objetiva destas mulheres, coincidindo com alguns pensamentos emanados de uma grande escritora e emérita membro da Academia Brasileira de Letras ao expressar que,

A invisibilidade que cerca as mulheres com espessa aura, de modo a não serem devidamente observadas pelo olhar do poder, da sociedade. Como se, por haverem sido elas figurantes históricas de um tempo e de um espaço milenar e definido, não fosse agora necessário reverter esse quadro e atribuir a essas mulheres, afinal, a visibilidade a que fazem jus (Piñón, 2002 p. 217).

O perfil sócio-demográfico da população estudada demonstra que as pacientes encontram-se, majoritariamente, em idade reprodutiva, ou seja, na faixa etária de 21 a 40 anos (63,5%) e, se incluirmos as mulheres com idade entre 41 e 50 anos, teremos 90% do total delas (Tabela 6). Embora se note, também, a presença de adolescentes, mulheres no climatério e idosas, o acometimento do HIV/Aids atinge, preponderantemente, as que estão em idade reprodutiva, coincidindo com os dados do MS e da UNAIDS emitidos em 2006.

TABELA 6. Perfil sócio-demográfico das mulheres vivendo com HIV/Aids em tratamento no Hospital de Doenças Tropicais (HDT) - Goiânia - 2005.

Variáveis	N	%
Faixa etária		
10 – 20 anos	6	3,0
21 – 30 anos	50	25,0
31 – 40 anos	77	38,5
40 – 50 anos	53	26,5
51 – 60 anos	10	5,0
61 – 70 anos	3	1,5
71 – 85 anos	1	0,5
Sub-total	200	100,00
Escolaridade		
Superior	16	8,0
2º grau completo	52	26,0
2º grau incompleto	26	13,0
1º grau completo	27	13,5
1º grau incompleto	75	37,5
Analfabeta	4	2,0
Sub-total	200	100,00
Condição Civil		
Casada	66	33,0
Solteira	32	16,0
Com parceiro fixo	50	25,0
Viúva	52	26,0
Sub-total	200	100,00
Ocupação		
Do lar	110	55,0
Autônoma	70	35,0
Vendedora	12	6,0
Outros	8	4,0
Sub-total	200	100,00
Raça/cor		
Branca	54	27,0
Parda	80	40,0
Negra	66	33,0
Sub-total	200	100,00

Fonte: SAME/HDT, 2005.

Quanto à condição civil, existe uma distribuição quase eqüitativa. Porém, as casadas (33%) são maioria relativa. Se consideramos as casadas e as mulheres que declararam ter parceiro fixo, obteremos 58% do total de mulheres; já as solteiras e viúvas correspondem a 42%. No entanto, a condição civil não corresponde necessariamente à inatividade sexual, isso nos leva a argumentar que este grupo necessite, provavelmente, de maior assistência no que se refere à saúde sexual e à saúde reprodutiva.

Os dados demonstram que a maioria das mulheres possui pouca instrução, sendo 75 mulheres (37,5%) com primeiro grau incompleto e 27 (13,5%) com primeiro grau completo. No entanto, não se pode desconsiderar a quantidade significativa de 52 mulheres (26%) que possuem o segundo grau completo. Existem ainda 16 mulheres (8%) que possuem nível superior e quatro analfabetas (2%). Evidencia-se que 110 mulheres se auto-identificaram como sendo do lar (55%) e 70 como autônomas (35%), uma quantidade significativa.

Tais dados nos levam a constatar que, entre essas mulheres prevalece a pouca escolaridade e o desemprego ou emprego ocasional (diaristas, empregadas domésticas), sem vínculos trabalhistas, mascarando o que foi anteriormente abordado, referente às dificuldades socioeconômicas vivenciadas por estas mulheres. Dificuldades que são agravadas pelo fato das mesmas viverem com HIV/Aids, o que acrescenta um fator complicador nas atividades laborais eventualmente desenvolvidas por elas com a preocupação de serem reconhecidas e discriminadas, contribuindo para o rebaixamento da auto-estima. Este resultado coincide com a literatura sobre mulheres vivendo com HIV/Aids, quando demonstra que os domínios mais comprometidos estão relacionados com as preocupações financeiras e com o sigilo sobre a infecção.

Uma informação importante se refere à questão racial/cor, havendo uma predominância de mulheres pardas e negras (146), constituindo (73%) do total estudado (Tabela 6). Esta variável é mais um fator complicador da realidade socioeconômica, uma vez que diversos estudos, já mencionados, estabelecem relação direta entre raça/cor negra, exclusão social e pobreza. Isto significa, portanto, uma tríplice discriminação, e neste caso, das infectadas por HIV: mulheres, negras e pobres. Destacando, como argumenta Werneck (2001), que existe um processo de “feminização negrófila” do HIV/Aids.

É importante destacar, ainda, que (58%) das mulheres são casadas e tem parceiros fixos, e delas (32%) são do lar, o que demonstra que estas mulheres estão convivendo com parceiros fixos em situação de risco, confirmando a feminização da AIDS e o crescimento dos casos entre mulheres casadas, conforme os dados oficiais existentes.

No que se refere à Saúde Sexual e Reprodutiva (Tabela 7), 55% das mulheres que estão em idade reprodutiva entre 21 a 40 anos (63%), predominando as que têm a idade entre 30 e 40 anos, tem de três a quatro filhos. Por outro lado, os dados demonstram que as mulheres mais jovens tem um número menor de filhos, representando 39%, considerando as solteiras e aquelas com até 2 filhos.

Neste último grupo, as mulheres teriam condições plenas de planejar a gravidez, caso fossem informadas sobre sua sexualidade, contracepção e sobre HIV/Aids, proporcionando maior capacidade de negociação sobre o uso do preservativo com seus parceiros e um maior grau de empoderamento para negociar e maior capacidade de decidir em relação aos seus direitos reprodutivos e a vivência de sua sexualidade.

Quanto ao método contraceptivo adotado, 66% das mulheres indicaram terem realizado a esterilização cirúrgica ou a Laqueadura Tubária Bilateral (LTB), em geral, única alternativa apresentada para as mulheres como “contraceptivas”, principalmente as mais pobres. Portanto o fato da maioria das mulheres ter realizado LTB não é exclusividade daquelas vivendo com HIV/Aids. Como já foi abordado, a LTB não é sinônimo de método contraceptivo, mas é apresentada como parte do leque de alternativas entre os métodos propriamente contraceptivos, isto por tratar-se de uma intervenção cirúrgica de caráter “definitivo”, assim como a vasectomia. Entre as mulheres, 4% declararam usar anticoncepcionais orais isoladamente. Neste sentido, podemos afirmar que as usuárias de LTB e ACO, quando não usam preservativos, são vulneráveis à exposição a outras DST e à re-exposição ao HIV. Estas últimas estariam expostas também à gravidez não planejada, caso usem concomitantemente os anti-retrovirais, uma vez que estes reduzem a eficácia do ACO.

Uma quantidade significativa de mulheres (18%) afirmou adotar a abstinência para evitar a gravidez. Segundo a literatura, a abstinência seria uma forma de “fuga” diante das dificuldades impostas pela doença, pressupondo que essas mulheres teriam dificuldades para o exercício da sexualidade. Ao mesmo tempo, são as que apresentam suscetibilidade de engravidar de maneira não planejada ou desejada, no caso de desistirem da abstinência sem adotar previamente algum outro método, preferencialmente o preservativo. Daí a importância de identificar as que se encontram nesta situação, com o intuito de oferecer informações para fortalecê-las no poder de negociação quanto ao uso do preservativo, tendo assim um maior controle na vivência plena da sexualidade.

Tabela 7. Dados referentes à Saúde Sexual e Reprodutiva das Mulheres vivendo com HIV/Aids em tratamento no Hospital de Doenças Tropicais (HDT) – Goiânia – 2005.

Variáveis	N	%
Número de Filhos		
Sem filhos	6	3,0
Até 2 filhos	50	25,0
3 a 4 filhos	77	38,5
5 ou mais filhos	53	26,5
Sub-total	200	100,00
Categoria de Exposição		
Via Sexual	16	8,0
UDI	52	26,0
Hemoderivados	26	13,0
Sub-total	200	100,00
Número de parceiros no Diagnóstico		
Mais de 3 parceiros no último ano	66	33,0
Parceiro único sempre	32	16,0
Parceiro único nos ultimo 5 anos	50	25,0
Sub-total	200	100,00
Ocasão do Diagnóstico		
Fora da gestação	110	55,0
Na gestação	70	35,0
Após o parto	12	6,0
Sub-total	200	100,00
Condição no atendimento		
AIDS	54	27,0
HIV	80	40,0
Sub-total	200	100,00
Uso de Preservativo		
Sim	110	55,0
Não	70	35,0
Sub-total	200	100,00
Uso de Método Anticoncepcional		
LTB	54	27,0
ACO		
Preservativo		
Abstinência	80	40,0
Sub-total	200	100,00

Fonte: SAME/HDT, 2005.

O preservativo usado como método anticoncepcional, sempre durante as relações sexuais, é considerado, segundo a literatura, a forma adequada de dupla proteção (anticoncepção e infecção), porém, apenas 12% da população estudada afirmaram usar o preservativo como método. Constata-se que a maioria da população estudada (70%), usuárias de LTB e ACO, estaria usando métodos inadequados para quem vive com HIV/Aids.

O provável comprometimento do prazer na sexualidade e o desejo de viver plenamente, argumentado anteriormente, nos leva a supor que os laços afetivos se fragilizaram em decorrência da exposição sexual ao HIV/Aids na maioria absoluta das mulheres estudadas, representando 94% (Tabela 7). A elevada porcentagem de exposição ao HIV por via sexual na relação heterossexual condiz com as diferentes estatísticas das instituições responsáveis pelos programas de luta contra o HIV/Aids.

Observa-se, também, que 53% destas mulheres declaram ter mais de três parceiros durante o ano que antecedeu ao diagnóstico e 33% tiveram sempre um único parceiro. Entretanto, quando observamos que 34% não fazem uso de preservativos, confirmamos o que é evidente na literatura, quanto a desigualdade nas relações de gênero, que explicam as dificuldades encontradas por estas mulheres para negociar o uso de preservativo, mesmo quando conhecem os riscos de re-exposição ao HIV e de exposição a outras DST, assim como o risco de gravidez, situação igual, enfrentam as mulheres que não vivem com HIV/Aids (Chavez, 1993; Boozon, 1998).

Tratando, ainda, da Saúde Sexual e Reprodutiva, 81% das mulheres realizaram o diagnóstico fora do ciclo gravídico-puerperal e 19% durante este ciclo (Tabela 7). Embora, quantitativamente, este número não seja elevado,

qualitativamente incide no risco de transmissão materno-infantil, devido à terapêutica preventiva, normatizada com esta finalidade para gestantes HIV/Aids. Quanto à condição clínica, a maioria das mulheres (57%) apresentou-se, na época da consulta ginecológica, na condição de doente pela AIDS. A relação clínico-imunológica decorrente da ação do HIV no organismo das mulheres com AIDS, somada à vida precária, retratam, na maioria das vezes, mulheres com o sistema imunológico (defesas do organismo) comprometido, acometidas por alguma doença oportunística e em uso de terapia complexa e múltipla (anti-retrovirais e outros), o que representa, sem dúvida, agravos quanto aos efeitos adversos da terapia, afetando as condições de vida das mesmas.

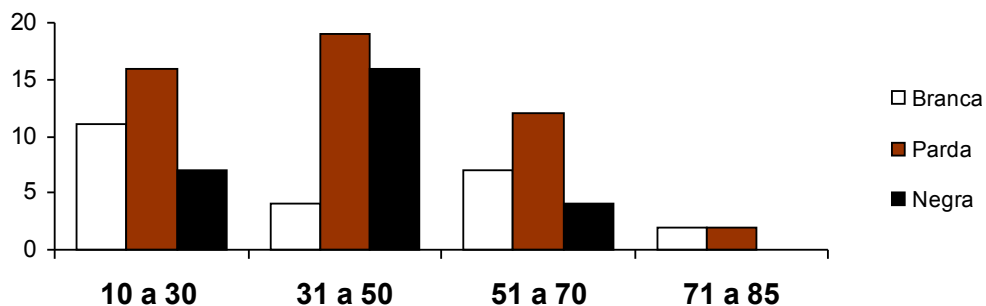


Figura 5. Idade Segundo Raça/Cor em %.
Fonte: SAME/HDT-2005.

Constata-se que as mulheres pardas e negras predominam na faixa etária de 31 a 50 anos (Figura 5), porém as que se auto-identificaram como sendo pardas prevalecem em todas as faixas etárias. Portanto, as mulheres contaminadas pelo HIV em idade reprodutiva, são, em sua maioria, pardas e negras, devendo, portanto, serem consideradas, em sua especificidade racial na

universalização da saúde, o que implica adotar procedimentos que considerem a desigualdade social, racial e de gênero nas políticas referentes à Saúde Sexual e Reprodutiva além de procedimentos específicos para os cuidados de doenças próprias das pessoas negras, como parte dos direitos humanos das mulheres. Entre as mulheres brancas, a maioria encontra-se na faixa etária de 10 a 30 anos, o que estaria relacionado com a facilidade de acesso aos serviços de saúde e ao diagnóstico precoce do HIV/Aids, possibilitados, a essa geração, pela implantação de Políticas Públicas em Saúde.

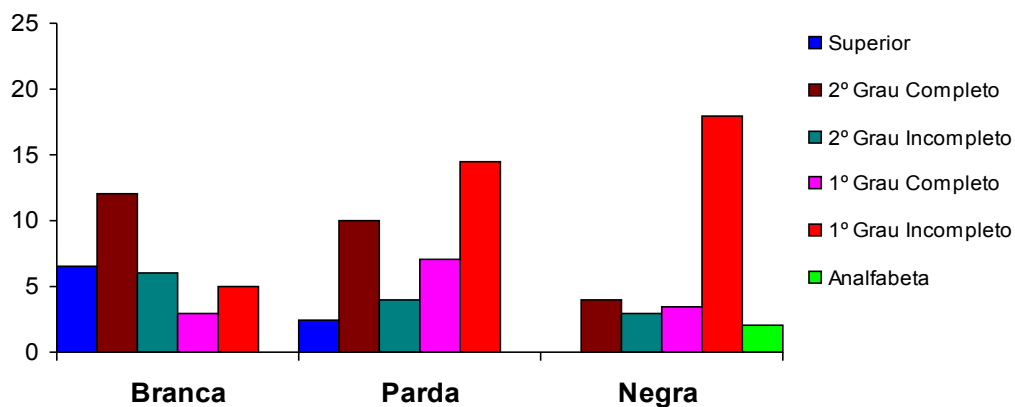


Figura 6. Grau de Escolaridade Segundo Raça ou Cor em %.

Fonte: SAME/HDT-2005.

Quando se estabelece a relação entre escolaridade e raça/cor (Figura 6), observa-se que as mulheres pardas e negras são as que têm pouca escolaridade, predominando as que possuem 1º grau incompleto, e, contrariamente as brancas têm escolaridade maior (2º grau completo e ensino superior). Estas discrepâncias refletem o que já foi abordado sobre as desigualdades existentes por razão de raça/cor, requerendo o reforço nas estratégias de ação definidas por políticas

públicas por recomendação das entidades encarregadas da promoção da igualdade racial, priorizando, principalmente a educação e o acesso aos serviços de saúde em todas as fases da vida.

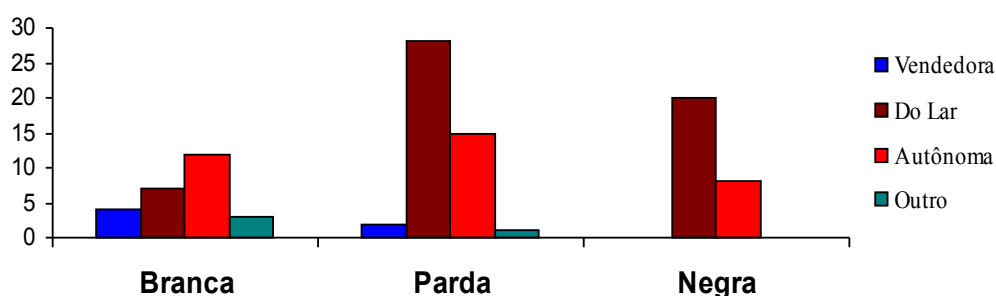


Figura 7 . Ocupação segundo Raça ou Cor em %.
Fonte: SAME/HDT-2005.

Quando tratamos das variáveis raça/cor e ocupação (Figura 7), constata-se que as pardas e as negras exercem, na maioria absoluta, às funções do lar ou trabalham como autônomas, diaristas, passadeiras, lavadeiras, mascates e/ou as que fazem e vendem pequenos trabalhos manuais, ou seja, sem vínculo empregatício e sem renda fixa e provavelmente sem os direitos legais garantidos aos outros/as trabalhadores. É importante ressaltar que essas, são funções em geral de subemprego que escondem a real condição socioeconômica dessas mulheres, pois enfrentam dificuldades para conseguirem e conservarem um trabalho, em decorrência de viverem com HIV/Aids.

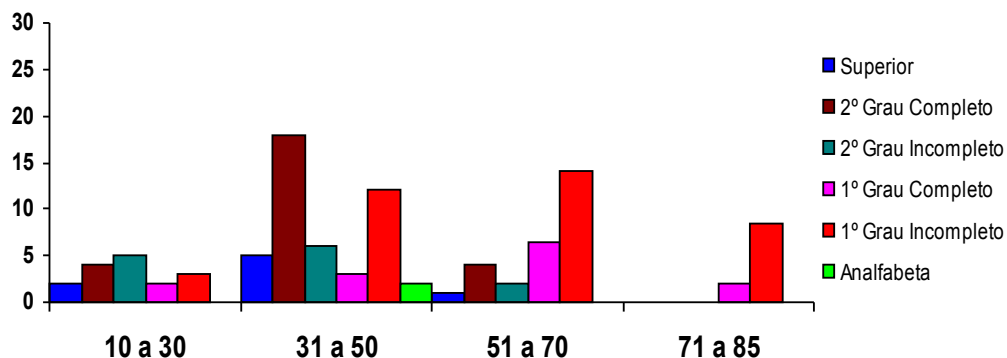


Figura 8. Grau de Escolaridade Segundo a Idade em %.

Fonte: SAME/HDT-2005.

O estudo evidenciou também que mulheres com mais idade têm menor grau de escolaridade (1º grau incompleto e completo); em contrapartida entre as que estão com idade entre 31 a 50 anos, predominam as que possuem nível superior e segundo grau completo (Figura 8). Quando comparadas com as outras faixas etárias, esta última é constituída de mulheres com todos os graus de escolaridade, incluindo as analfabetas, embora predominem as que concluíram o 2º grau (18%), seguidas por 11% com o 1º grau incompleto. Pode-se inferir que se trata de uma geração que coincide com grandes transformações econômicas na sociedade brasileira, que geraram migrações internas, inchaço nas cidades e o crescimento de moradores na periferia das grandes cidades, sem oportunidades de acesso a escola, trabalho e saúde.

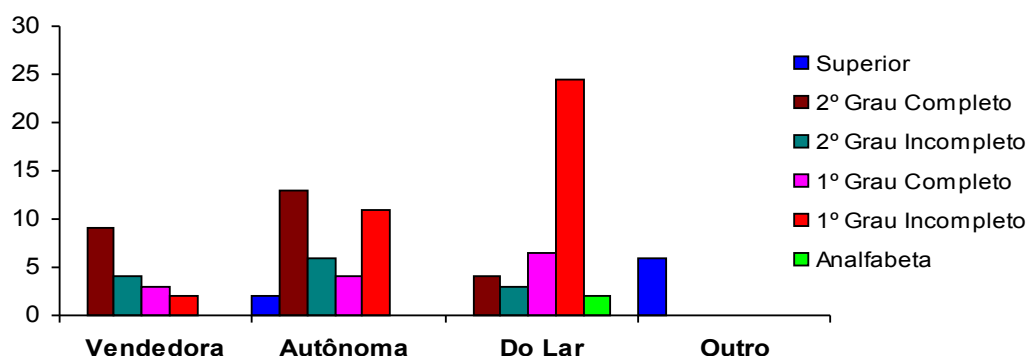


Figura 9. Ocupação Segundo Escolaridade em %.
Fonte: SAME/HDT-2005.

As mulheres que se declararam como “do lar” possuem baixo grau de escolaridade quando comparadas às autônomas e às vendedoras (Figura 9). A literatura vincula a pouca escolaridade com a baixa renda e com o emprego informal ou desemprego, o que induz a refletir sobre as dificuldades relacionadas às questões socioeconômicas que estas mulheres vivenciam, já que estes fatores são fortes indicadores de exclusão social.

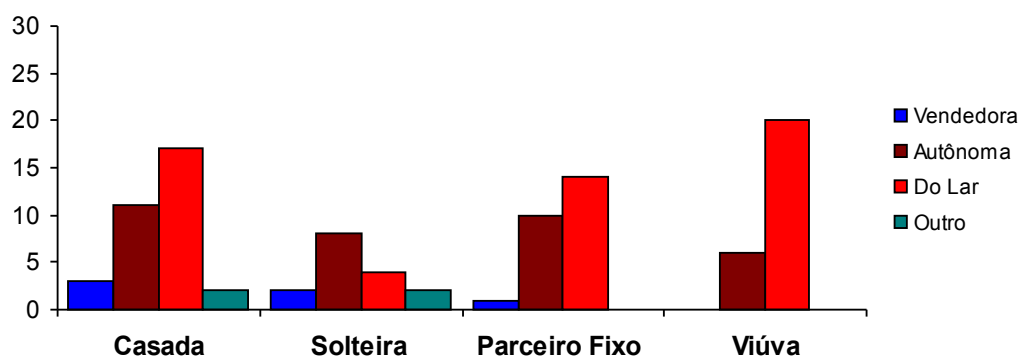


Figura 10. Condição Civil e Ocupação em %.
Fonte: SAME/HDT-2005

As mulheres casadas, embora sejam, em sua maioria, do lar e autônomas, exercem também outras ocupações (Figura 10). Em situação semelhante encontram-se as que têm parceiro fixo. Este grupo de mulheres contaria com o apoio dos maridos ou parceiros nas eventuais dificuldades cotidianas, enquanto que as viúvas, que são na maioria absoluta do lar ou autônomas, se encontrariam, como anteriormente citado, em condições econômicas mais difíceis, pelos obstáculos encontrados por sua condição civil e certamente pela idade mais avançada. Ao contrário, as solteiras que, têm um maior de instrução, e por isso, melhores oportunidades de emprego e renda.

O perfil sócio-demográfico da mulher vivendo com HIV/Aids e em vigência de tratamento no HDT, possibilita inferir que se trata de mulheres pardas/negra, com pouca escolaridade, em idade reprodutiva e exercendo a função do lar. Este perfil indica também mulheres com baixa renda e potencialmente com problemas socioeconômicos. A discriminação racial, aliada às disparidades sociais, reforça as condições de exclusão e de pobreza, repercutindo na qualidade de vida destas mulheres e afetando sua saúde, como vem demonstrando a literatura.

A complexa realidade das mulheres vivendo com HIV/Aids tende a refletir na adesão e eficácia do tratamento específico. Após o estudo de mulheres em condições similares, Bedinelli (2006) afirma que para as mulheres pobres a AIDS é o menor dos problemas, considerando a difícil realidade a que estão submetidas no cotidiano; fator que compromete a continuidade do tratamento. Assim, atuar nos Serviços de Saúde desconhecendo esta realidade pode ser um elemento complicador para o acompanhamento e tratamento dessas mulheres, cabendo, portanto, ações de sensibilização dos profissionais em saúde como um componente importante para um atendimento de qualidade (Nascimento &

Nascimento, 2006). E, além disso, a composição das equipes multidisciplinares para a atuação médica é de primordial importância para uma maior aproximação e permanência dessa clientela aos serviços oferecidos.

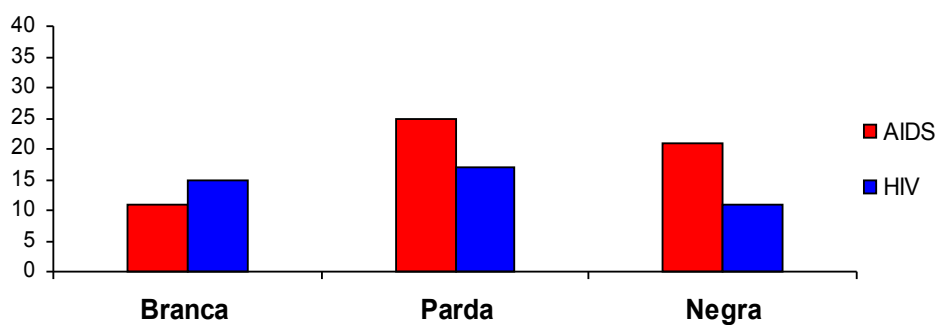


Figura 11. Condição no Atendimento Segundo Raça/Cor em %.
Fonte: SAME/HDT-2005.

As mulheres clinicamente doentes com AIDS são, na maioria, pardas/negras e cuidam do lar, seguindo as vendedoras e as autônomas. A maioria das mulheres brancas encontra-se, clinicamente definida como portadora do HIV, existindo também um número importante de mulheres pardas nessas condições clínicas (Figuras 11 e 12).

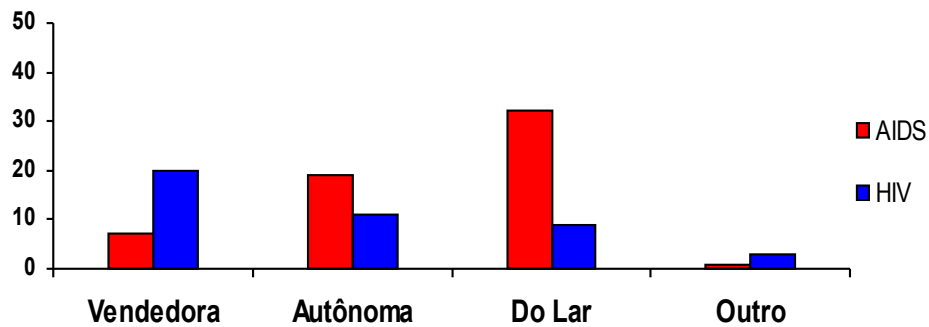


Figura 12. Condição no Atendimento Segundo Ocupação em %.
Fonte: SAME/HDT-2005.

A literatura indica que uma vida saudável está diretamente relacionada com o bem estar físico, biológico e psicológico (Spink, 2003). E, além disso, consta que existe uma resposta favorável à terapia anti-retroviral em função das condições de alimentação, moradia, convívio familiar e aceitação da doença. Pode-se, portanto, inferir que decorrente da situação socioeconômica em que vivem. Estas mulheres encontram-se, na maioria das vezes, em condições clínicas desfavoráveis, pois dependem das defesas (quantidade de linfócitos CD4) e da quantidade de vírus circulando (carga viral), assim como da adesão à terapia múltipla anti-retroviral e provavelmente tratam de outras doenças.

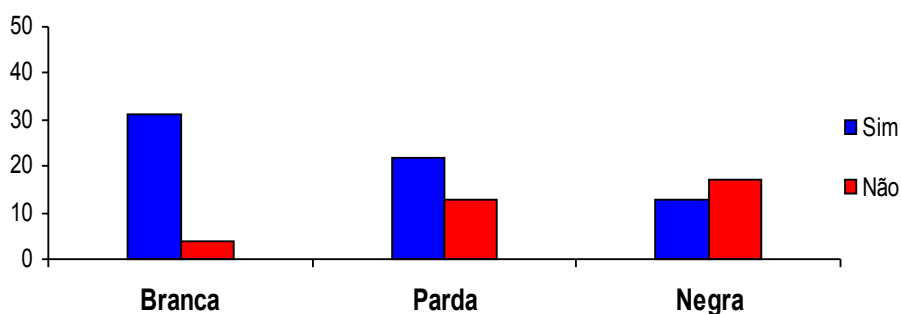
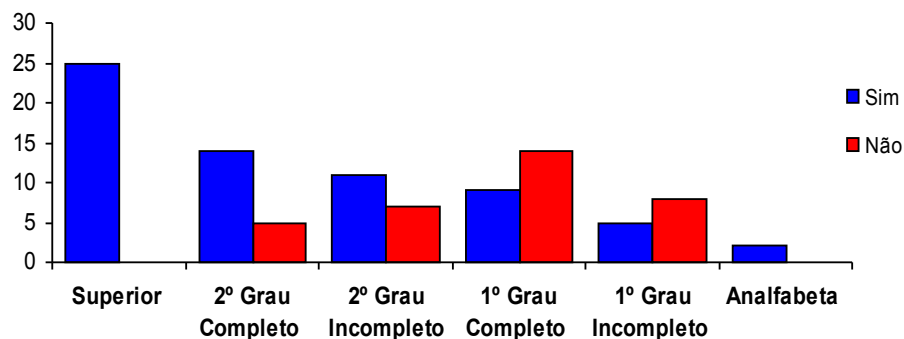


Figura 13. Uso de Preservativo Segundo Raça ou Cor em %.

Fonte: SAME/HDT-2005.

Sobre o comportamento preventivo (Figuras 13 e 14), percebe-se que quanto maior o grau de escolaridade, maior é a adesão ao preservativo, atingindo 100% no nível superior. E que as mulheres brancas possuem uma adesão maior, enquanto que a maioria das negras e um número representativo das pardas não usam preservativos, adotando, portanto, um comportamento de risco. Essa diferença de comportamento se deve, certamente, ao fato de as brancas serem as mais jovens, as que possuem maior nível de escolaridade, portanto, mais consciência e maior poder de negociação com seus parceiros.

Figura 14. Uso de Preservativo Segundo Escolaridade em %.



Fonte: SAME/HDT-2005.

As Políticas Públicas respondem a essa realidade atendendo em geral o que as Organizações Feministas e de mulheres têm ponderado com maior relevância sobre as condições de vulnerabilidade da mulher, a partir das relações desiguais de gênero, refletindo na violência, trabalho e nível de salários, além de questões relacionadas à sexualidade e aos direitos reprodutivos, com maior ênfase na situação das mulheres negras que vivem com HIV/Aids. O fato das mulheres negras e das que têm pouca escolaridade serem as que declararam não usar preservativos, reafirma a situação de desigualdade racial, de gênero e de oportunidades que, provavelmente, constitui um forte condicionante à liberdade de escolha ou negociação e autonomia para decidir sobre o uso de contraceptivos com seu parceiro sexual, confirmando o que já destacou Chauí (1987). Sendo assim, tais mulheres, são as mais vulneráveis à violência e à exposição às DST e, portanto, são as que necessitam de um atendimento diferenciado, com atenção e orientação multidisciplinar.

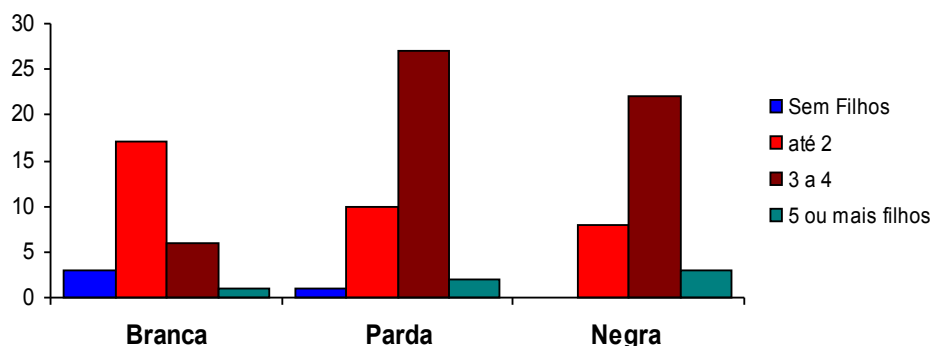


Figura 15. Número de Filhos Segundo Raça / Cor em %.
Fonte: SAME/HDT-2005.

As mulheres pardas e negras são as que têm um maior número de filhos, contrariamente às mulheres brancas, que têm um número menor de filhos, menos escolaridade, menos esclarecimento e as que menos têm condições de se protegerem usando preservativos (Figura 15). Estes dados refletem no exercício da sexualidade e nos direitos reprodutivos das mulheres que, eventualmente, desejam optar pela maternidade apesar de viverem com HIV/Aids. Outras não o fazem, certamente pela situação de submissão, desigualdade de gênero e de violência por elas vivenciada. Segundo autores citados anteriormente, estas condições interferem na vivência plena dessas mulheres, afetando sua auto-estima e emoções.

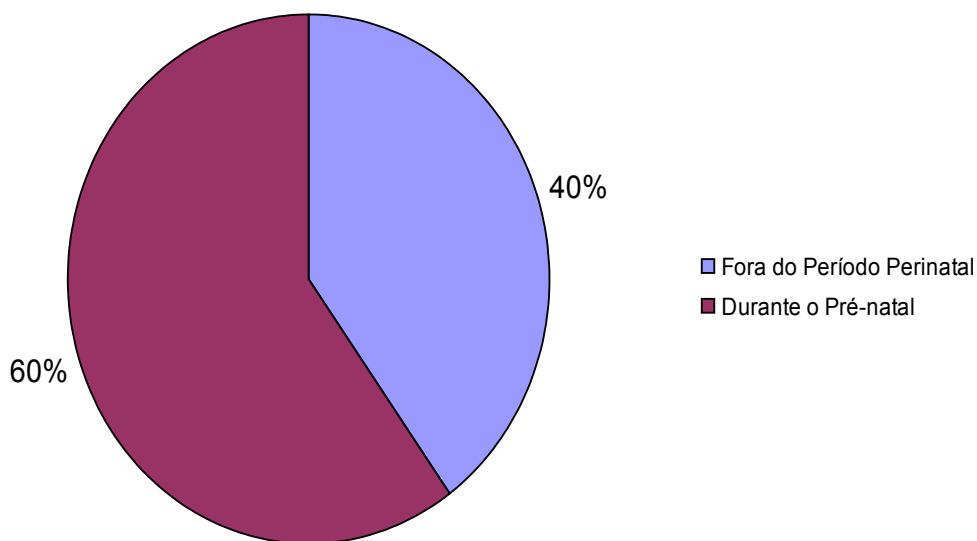


Figura 16. Diagnóstico Gestantes/HIV.
Fonte: GRUPO DE ADESÃO-HDT-2005.

Sobre a saúde sexual e reprodutiva, a Figura 16 demonstra que das 60 gestantes que participaram dos cursos organizados para elas, 24 sabiam do seu estado sorológico para HIV/Aids antes de engravidar. Isso significa que estas gestantes já eram pacientes do HDT no período pré-concepcional, o que permite inferir que estas mulheres não receberam as orientações e informações adequadas para se conscientizarem dos riscos sobre a transmissão vertical e sobre outras complicações da gravidez de alto risco. Pressupõe-se também que houve o acompanhamento dos níveis de linfócitos T-CD4 (avaliação da imunidade) e da redução da carga viral do HIV circulante para níveis indetectáveis¹⁰. Existe o registro de nove pacientes HIV/Aids que engravidaram duas vezes após o diagnóstico do HIV entre 2001 e 2003

¹⁰ A diretriz do MS para o acompanhamento dos pacientes com Aids, estabelece a quantificação da carga viral como o marcador mais adequado para o prognóstico, monitoramento terapêutico e avaliação da progressão da doença, objetivando uma carga viral indetectável e números elevados de linfócitos T CD4+/CD8+.

As outras 36 gestantes receberam o diagnóstico durante o pré-natal, portanto não eram pacientes do HDT, mas provenientes da Rede de Saúde. Nas diretrizes para atenção obstétrica e neonatal o MS estabelece, entre outros exames, a oferta obrigatória da testagem anti-HIV, com aconselhamento pré e pós-teste, para todas as gestantes, com um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação, independente de sua aparente situação de risco para o HIV (Brasil, 2005). Sendo assim, pressupõe-se que a maioria dessas gestantes não foi devidamente orientada na Rede de Saúde e sofreu o impacto de conhecer seu estado sorológico num período em que a mulher necessita compreender os processos psicológicos que permeiam o ciclo gravídico-puerperal.

Nesse sentido, o programa de combate a AIDS preconiza o diagnóstico sorológico, sempre que for necessário, fora do período gravídico-puerperal, porém os Serviços de Saúde ainda não o realizam de maneira sistemática (Coovadia, 2005; UNAIDS, 2006). Caso essa diretriz fosse adotada na íntegra, se evitaria, por um lado, os agravos ao binômio Mãe-Filho e, por outro, o impacto causado à mulher em conhecer seu estado sorológico para HIV/Aids durante a gravidez.

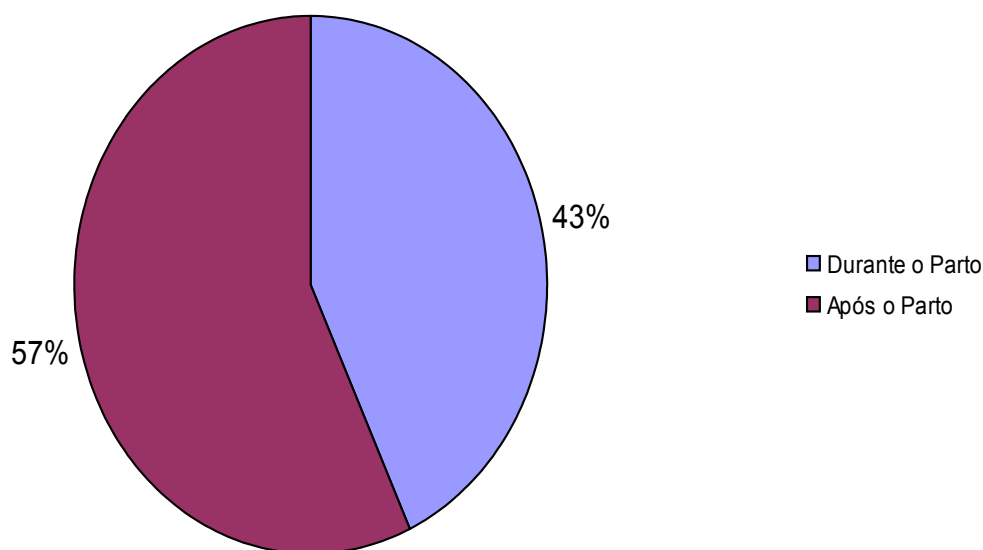


Figura 17. Gestantes/HIV que fizeram Teste Rápido.
Fonte: GRUPO DE ADESÃO/HDT-2005.

Existe o registro no Grupo de Adesão, de 21 mulheres que realizaram o Teste Rápido, e destas, nove o fizeram durante o parto e 12 o fizeram após o parto (Figura 17). A literatura revela que a importância da realização do Teste Rápido, reside no fato de realizá-lo na entrada da gestante à Maternidade, caso ela seja procedente do pré-natal sem a testagem para o HIV, a fim de conhecer o resultado antes do parto, para que a gestante tenha acesso ao uso do anti-retroviral injetável (AZT), durante o trabalho de parto (período de maior risco de transmissão vertical), em caso de resultado positivo. As 12 mulheres gestantes que realizaram o Teste Rápido no pós-parto, não fizeram uso do AZT intra-parto, potencializando o risco de transmissão vertical. Estes casos apontam falhas no Sistema de Saúde, tanto na Rede Básica de Atendimento pela realização inadequada do pré-natal, como no Segundo Nível de Atendimento (Hospitais) pela não realização do Teste Rápido ante-parto.

Sendo os Serviços da Rede Básica de Saúde, os responsáveis pela realização do pré-natal, a falha no diagnóstico ou a não realização deste, tendem a diminuir com o fortalecimento da Estratégia da Saúde da Família, que segue as diretrizes do MS para a atenção qualificada e humanizada do Pré-Natal, Parto e Puerpério, facilitando o acesso aos serviços e qualificando o atendimento por parte dos Profissionais da Saúde.

Entre as gestantes que realizaram o Teste Rápido após o parto, algumas procediam da Rede particular ou conveniada, onde a clientela é constituída de mulheres pertencentes às classes sociais mais elevadas, também vulneráveis ao HIV/Aids. Os dados gerais revelam a necessidade de sensibilizar e de integrar essa rede às rotinas do pré-natal e mostram a importância dos profissionais de saúde de realizarem os procedimentos da prevenção e diagnóstico das DST/Aids, seguindo as diretrizes do MS.

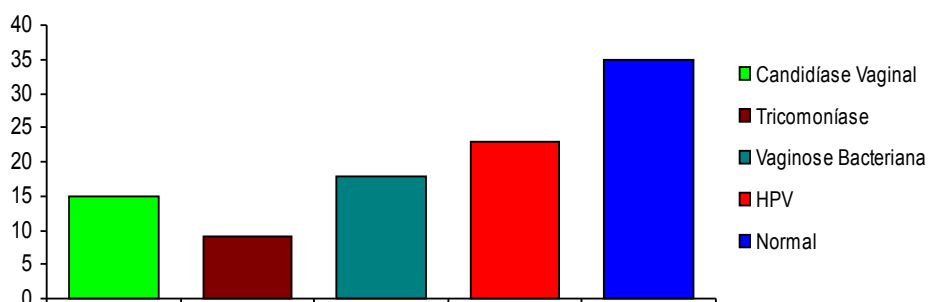


Figura 18. Prevalência de DST Diagnosticadas pelas Citologias em %.

Fonte SAME/HDT- 2005.

Convém destacar nas mulheres vivendo com HIV/Aids uma maior vulnerabilidade às infecções transmitidas pelas relações sexuais sem proteção (uso de preservativo), em decorrência da imunodepressão produzida pelo HIV. A literatura relata que as mulheres infetadas pelo HIV podem ter prevalência dez vezes maior de lesão intra-epitelial escamosa cervical, quando comparadas a mulheres soronegativas para o HIV. Entre as doenças de transmissão sexual destaca-se a infecção pelo HPV; a prevalência da infecção por este vírus aumenta à medida que ocorre progressão da imunodepressão produzida pelo HIV, à persistência da infecção pelo HPV depende da quantidade de linfócitos T CD4 (defesas) e do aumento da carga viral do HIV (Araújo *et al.*, 2005). A relevância da infecção pelo HPV reside na vinculação com o desenvolvimento de câncer de colo de útero, devido ao efeito oncogênico independente da presença do HIV.

Quanto à importância do diagnóstico e tratamento de outras DST, a literatura relata que a probabilidade de contaminação (re-infecção) aumenta com a existência de outras patologias de transmissão sexual, principalmente as que apresentam lesões ulceradas (herpes genital, sífilis) pela infecção das células alvos: macrófagos e linfócitos T.

Os resultados das citologias onco-parasitárias realizadas no ambulatório de ginecologia, apresentam que 34% eram normais. O resultado do diagnóstico relacionado à presença do HPV apresentou ser 24% das citologias, 18% possuíam bactérias que caracterizavam o diagnóstico de vaginose bacteriana, essencialmente *Gardnerella vaginalis*, 15% detectaram a presença de cândida *sp* e 9% diagnosticaram *Trichomonas vaginalis* (Figura 18).

Das 200 citologias realizadas, 44 foram submetidas ao exame de cultura para *Trichomonas vaginalis* em meio específico e destas, foram constatadas oito culturas (18%) positivas, este resultado significa o incremento da positividade quando comparada aos resultados das citologias, em decorrência da maior sensibilidade daquele método. Esta maior sensibilidade da cultura para *Trichomonas vaginalis* com relação à citologia onco-parasitárias expõe a necessidade de métodos mais sensíveis para o diagnóstico e o tratamento específico de infecções sexualmente transmissíveis, diminuindo a quantidade de resultados falsos negativos.

Os resultados dos exames ginecológicos, realizados nas pacientes que são consideradas neste estudo, foram obtidos dos registros contidos na “Ficha Clínica da Mulher” (Anexo 2), os quais indicaram a presença de outras doenças de transmissão sexual, diagnosticadas pelo exame físico-ginecológico, com a prevalência de condiloma acuminado em 11% destas pacientes; de herpes genital em 5,5% e de molusco contagioso vulvar em 1%.

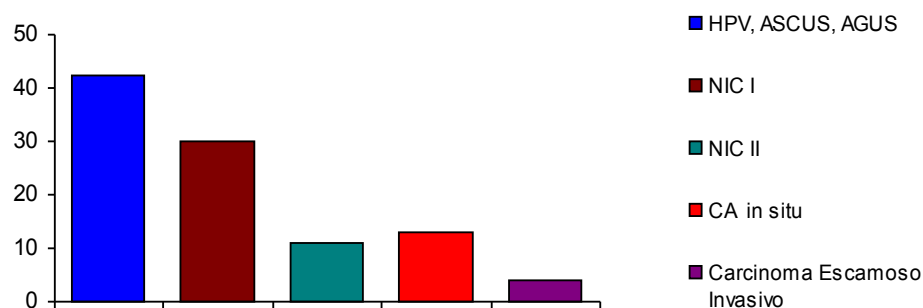


Figura 19. Prevalência de HPV em Mulheres Vivendo com HIV/Aids - HDT
Fonte: SAME/HDT- 2005.

Evidencia-se que das 48 mulheres (24%) que apresentaram citologias onco-parasitárias positivas para HPV, 42% apresentavam alterações compatíveis com HPV, alterações celulares indeterminadas ou alterações glandulares indeterminadas (Figura 19). Observa-se ainda que 30% delas apresentavam resultados compatíveis com NIC I; 13% com carcinoma *in situ*; 11% com NIC II e 4% com carcinoma escamoso invasivo.

O sinergismo de ação entre o HPV e o HIV (citado acima) resulta evidente nas informações obtidas nas Figuras 18 e 19, quando se considera a prevalência significativa de lesões intra-epiteliais cervicais (NIC I, NIC II) e de alterações sugestivas da ação do HPV no colo uterino (ASCUS, AGUS), assim como a prevalência de carcinoma *in situ* e de carcinoma escamoso invasivo. Esta prevalência condiz com o estado imunológico das mulheres, cuja classificação clínica foi definida, para a maioria delas, como doente com AIDS, inferimos secundariamente que elas apresentem linfócitos T CD4 baixo e carga viral elevada, fazendo com que a infecção pelo HPV tenha uma prevalência importante.

Neste estudo, a prevalência de alterações produzidas pelo HPV, (NIC, ASCUS, AGUS e de carcinoma de colo de útero) é relevante e significativa, quando comparada aos estudos citados por Carvalho e Oyanawa (1999). A explicação também estaria no fato das pacientes não terem realizado as rotinas ginecológicas no período que antecedeu à implantação do Ambulatório de Ginecologia (março-2005). Portanto, estes dados sobre prevalência de outras DST e de lesões pré-malignas e malignas de colo uterino (Figuras 18 e 19) tornam visível a situação de vida destas mulheres que vivem com HIV/Aids em

tratamento nesta Unidade de Referência, retratando as dificuldades encontradas por elas para exercer o direito nesse aspecto da saúde sexual e reprodutiva.

O perfil social e a situação de saúde dessas mulheres indicam suas dificuldades quanto ao acesso a outras Unidades de Saúde ou a outros setores dentro do HDT; revelam ainda os entraves encontrados por elas para a prática do sexo seguro (uso de preservativo), ficando assim privadas de um direito estabelecido por Lei. Condições que resultam na prevalência importante de outras DST e do Câncer de colo de útero, além disso, a imunodepressão estabelecida nas mulheres com AIDS somada aos fatores socioeconômicos (pouca escolaridade, baixa renda, dificuldades na alimentação, moradia, transporte) contribui para manter essas mulheres excluídas.

CONCLUSÕES

Ao analisarmos os dados apresentados, consideraremos alguns aspectos relevantes, agrupados no sentido de identificar o perfil das mulheres vivendo com HIV/Aids e que realizam tratamento no Hospital de Doenças Tropicais de Goiânia. Este perfil define que a maioria das mulheres é parda ou negra, tem pouca escolaridade, encontra-se em idade reprodutiva na faixa etária de 21 a 50 anos e exerce a função do lar ou autônoma.

O perfil sócio-demográfico das mulheres vivendo com HIV/Aids demonstra através da interpretação dos dados que elas são predominantemente parda/negra, em idade reprodutiva, do lar e com pouca escolaridade, o que as identifica com os argumentos que fundamentam a feminização negrófila e a pauperização desta pandemia, expondo as desigualdades gravíssimas de classe, gênero, étnico/raciais e nível de escolaridade, encontradas na população brasileira, que as coloca em situação de vulnerabilidade ao HIV/Aids, DST e outros agravos de saúde.

Estas condições requerem abordagem diferenciada e eficaz, abrindo o horizonte para ter uma visão ampla e integral da realidade, contribuindo assim, para garantir o tratamento das mulheres neste contexto e o trabalho preventivo e educativo integral junto as populações vulneráveis.

O perfil em saúde sexual e reprodutiva torna evidente a dificuldade que as mulheres apresentam na negociação quanto ao uso de preservativo, no sentido de prevenir as re-infecções ao HIV e as infecções às outras DST. A abordagem quanto à necessidade de redução das desigualdades é importante para evitar estes agravos e para garantir o direito do exercício pleno da sexualidade.

A identificação de mulheres em abstinência, em idade reprodutiva, sem prole definida e usando método anticoncepcional reversível comprova a necessidade de considerar aquelas que são susceptíveis de engravidar voluntariamente ou ao acaso e, também chama a atenção sobre a importância de se promover e garantir a atenção em saúde reprodutiva de maneira consciente, com a abordagem que proporcione uma vivência prazerosa e segura da sexualidade, como um direito humano das mulheres.

A prevalência importante de DST e de lesões pré-malignas e malignas do colo do útero torna imprescindível o seguimento das rotinas ginecológicas, da adesão ao tratamento e a necessidade de orientação para uso de preservativo nas relações sexuais.

É necessária a abordagem multidisciplinar das mulheres que vivem com HIV/Aids, evitando assim a fragmentação do olhar e das condutas sobre as mesmas, postura que ainda prevalece e que é socialmente excludente. Entretanto é mister garantir o acesso ao uso das terapias adequadas integralmente, no que se refere ao uso de anti-retrovirais, quando necessário, e garantir sempre o acesso ao uso de preservativos, à anticoncepção de emergência e à esterilização cirúrgica (LTB), quando a mulher necessitar e solicitar. Portanto, é importante que se garanta o acesso ao tratamento com equipe multidisciplinar,

proporcionando a oportunidade de um maior conhecimento e consciência sobre as condições de vida e saúde, com o objetivo de contribuir para informa-las adequadamente e assim amenizar a realidade destas mulheres em vigência de tratamento, pauperizadas, excluídas socialmente, vulneráveis e com perspectiva de vida comprometida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGENDE (2003). *Ações em Gênero Cidadania e Desenvolvimento o Brasil para*

todos: proposta Agende, para o Plano Plurianual 2004-2007, crescimento Sustentável emprego e inclusão social. Cadernos Agende/04. Brasília.

Aldana, A. Mulher, sexualidade e sexo seguro. *In: Paiva V. (org). Em Tempos de AIDS. Pp. 159 – 162. Summus, São Paulo, 1992.*

Araújo, A.C.L. *et. al.* (2005). Associação da carga viral y os linfócitos T CD4 + com as lesões intra-epiteliais do colo uterino em mulheres infetadas pelo vírus da imunodeficiência humana. *Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia. 27(3):106-111.*

ARTICULAÇÃO de mulheres brasileiras. *Políticas públicas para as mulheres no Brasil: 5 anos após Beijing. Brasília, 2000.*

Barbosa, S. M. (2002). *A representação da sexualidade e das Doenças Sexualmente Transmissíveis segundo as idosas de Olinda-PE: Estudo de caso no “CAIS do Parto” 2002.* Acessado em 10 /01/2007. Disponível em www.antropologia.com.ar

Bastos, F. I. (2000). *A feminização da AIDS no Brasil: determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento.* C. Abia: saúde sexual e reprodutiva, Rio de Janeiro.

Bedinelli, T. (2006). *Para pobres, AIDS é o menor dos problemas : Estudo feito*

por uma ONG aponta que, para mulher de comunidade pobre infectada com

o HIV, tratamento tem pouca prioridade. Acessado em: 24/10/2006. Disponível

em:

<http://www.pnud.org.br/raca/reportagens/index.php?id01=2312&lay=rac>

Boozon, M. (1998). *Comportamento Sexual em tempos de AIDS: Mudanças ou adaptações? Sexualidade, gênero e sociedade*. Artes Médicas, Porto Alegre.

Brasil, Ministério da Saúde (2006). *Boletim Epidemiológico-AIDS e DST*. Ano III-nº 1-01-26°. Brasília

_____ (2006). *I Seminário Nacional da População Negra*. 2ª edição. Brasília.

_____ (2005). *RESPOSTA + RESPOSTA: Experiências do Programa Brasileiro de AIDS*. Brasília.

_____ (2004). *Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes*. Brasília.

_____ (2005). *Pré-Natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico*. Brasília.

Brasil, Secretaria Especial de Políticas Para as Mulheres. (2006). *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres: Relatório de Implementação 2005*. Brasília.

Brasil, Secretaria Especial de Políticas Para as Mulheres (2004). *ANAIS da Conferência*. Brasília.

- Brasil, Secretaria Especial de Políticas Públicas (2004). *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres*. Brasília.
- Brasil, Secretaria Especial de Políticas Públicas e Promoção de Igualdade Racial (2005). – *Relatório 2005*. Brasília.
- Brasil. Governo do Brasil (2004). *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de acompanhamento*: IPA, Brasília.
- Carvalho, J. & Oyanawa, J. M. (2000). *I Consenso Brasileiro de HPV Papiloma vírus humano*. BG. Ed. e Produções Culturais Ltda.
- CDC, (1993). *Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults*. MWR Recomm. REsp. 992;41 (RR-17): Pp1-19.
- Chauí, M. (1987). *Repressão Sexual: essa nossa (des) conhecida*. Brasiliense, São Paulo.
- Chavez, M. A. G. (1993) *Cuerpo y Subjetividad Feminina. Salud y Género*. Siglo XXI de España Editores, Madrid.
- Checa, S. et. al. (2005). *Género: Sexualidad y Derecho Reproductivo en la Adolescencia*. Paidós, Buenos Aires.
- Coovadia, H. M.; Hadnham, J. (2005). *HIV/Aids: Global trends, global funds and delivery bottlenecks, Globalization and Health 2005*. Acess. em: 20/10/2005. Disponible em: <http://www.globalizationandhealth.com/contene/1/1/13>.
- Ferreira, C. V. L. (2003). *AIDS e Exclusão social – Um estilo clinico com pacientes com HIV*. Lemos, São Paulo.

Galvão, M. T. G.; Cerqueira, A. T. A. R.; Marcondes, M. J. (2004). Avaliação da qualidade de vida de mulheres com HIV/Aids através do HAT-QoL. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 20, nº. 2, Rio de Janeiro, p. 430-437

_____. (2004). Medidas contraceptivas e de proteção da transmissão do HIV por mulheres com HIV/Aids. *Revista de Saúde Pública*. v. 38, nº. 2, São Paulo, p. 194-200.

Guimarães J. A.; Pereira, L. I. (2003). *Manual prático de Doenças Transmissíveis*. IPTSP-UFG, Goiânia.

Hatcher, R. A. et al.(1999). *Lo esencial de la Tecnología Anticonceptiva*. Facultad de Salud Pública, Universidad de Johns Hopkins, Baltimore.

Hader, S. L.; Smith, D. K.; Moore, J. S.; Holmberg, S. D. (2001). HIV infection in women in the United States: status at the Millennium. *Jama*. vol. 285, nº. 9, p. 1186-1192.

IBGE: *Pesquisa Metropolitana sobre Empregos. Cor ou Raça - Setembro de 2006*. Acessado em: 24/11/2006. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimen to/pmenova COR_RACA_06_PMEapre.pdf

Intercâmbio sobre HIV/SIDA, Sexualidade e Gênero (2006). *Intercâmbio de Saúde Sexual (Exchange/Intercâmbio magazine)*. Royal Tropical Institute. Amsterdam.

IWHC, Coalizão Internacional pela Saúde das Mulheres (2006). *Com as Mulheres do Mulho: Um Pacto para Erradicar o HIV/AIDS*. Side by Side. (versão em português). IWHC, New York.

Kliksberg, B. (2001). *Desigualdade na América Latina: O debate adiado*. Cortez

Editora. Brasília.

Ligocki, M. S. L. (Coord.) (1995). *Discriminação positiva, ações afirmativas: em busca da igualdade*. CFEMEA, Brasília.

Linhares, I. M. *et al.* (2004). *DST/AIDS*. Ponto, São Paulo

Lopes, F. (2003). *Mulheres negras e não negras vivendo com HIV/Aids no Estado de São Paulo: um estudo sobre suas vulnerabilidades*. Tese de Doutorado não publicada. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo.

LOPES, M. J. M.; Meyer, D. E.; Waldow, V. R. (Orgs) (1996). *Gênero e Saúde*. Série Enfermagem. Artes Médicas, Porto Alegre.

Lopes, M. P. S. *et. Al.* (2003). *Mujer y Salud, Familia, Trabajo y Sociedad*. Ed. Diaz de Santo. S.A. Madrid.

Magalhães, J. (1998). *Mulheres Infectadas pelo HIV: O Impacto na Anticoncepção, no Comportamento Sexual e na Historia Obstétrica*. Dissertação de Mestrado não publicada. Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

Martin, D.; Barbosa, R. M.; Villela, W. V. (1992). *As mulheres e a prevenção da AIDS, em tempos de AIDS*. Summus, São Paulo. 172p.

Mato, S. L. L. (1995). *Descriminação positiva ações afirmativas: em busca da igualdade*. CFMEA, Brasília.

Nascimento, A. L.; Nascimento, E. (2006). *Dança da decepção: Uma leitura das*

relações raciais no Brasil. Acessado em: 10/10/2006. Disponível em: <http://www.beyondracism.org/DancaRevisado.doc>

Okie, S. (2006). Fighting HIV-lessons from Brazil. *New England Journal of Medicine*. London.

Oliveira, E. M. (1999). *A mulher, a sexualidade e o trabalho*. Coleção Saúde em debate. Editora Hucitec-CUT Brasil, São Paulo.

Oliveira, F. (2003). *Saúde da população negra - Brasil ano 2001*. (OPAS), Brasília.

OPAS (2005). *Investigación aplicada em Salud Publica: Metodos cualitativos*.

Parker R.; Corrêa, S. (Org) (2003). *Sexualidade e Política na América Latina*.

ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. ABIA, Rio de Janeiro.

Parker, R.; Camargo J.R., Kenneth R. (2000). Pobreza e HIV/Aids: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 1, nº 6. Rio de Janeiro.

Paiva, V. (org.) (1992). *Em tempos de Aids: viva a vida: sexo seguro, prevenção, drogas adolescentes, mulheres, apoio psicológico aos portadores*. Summus, São Paulo.

Pereira, M. L. D. (2001). *A re(invenção) da sexualidade feminina após a infecção pelo HIV*. Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Piñon, N. (2002). Mulher da Pólis. In: *O presumível coração da América*: Topbooks Editora, Rio de Janeiro.

- Pimentes, S. M. B. (2003). *Direitos Sexuais Direitos Reprodutivos: Direitos Humanos*. Cladem. São Paulo.
- REDE FEMINISTA DE SAÚDE (2003). *A presença da mulher no controle social das políticas de saúde*. Anais da capacitação de multiplicadoras em controle social das políticas de saúde. Maza Edições. Belo Horizonte.
- REDE FEMINISTA DE SAÚDE (2003). *Igualdade de gênero e HIV/Aids: Uma política por construir*. Belo Horizonte.
- REDE FEMINISTA DE SAÚDE (2003). *Assimetrias raciais no Brasil. Alerta para elaboração de políticas*. Belo Horizonte.
- Reimer, I. R. (2005). *Corpo, Gênero, Sexualidade, Saúde*. Ed, da UCG. Goiânia.
- Spink, M. J. P. (2003). *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos*. Editora Vozes Petrópolis.
- UN. UNITED NATION INFORMATION (2001). *Milenio Declaration*.Lisbon.
- UNAIDS (2006). *AIDS epidemic update: December, 2006*. Geneva.
- UNAIDS (1997). *Women and AIDS, 1997*. Geneva.
- UNAIDS (2005). *The Global Coalition Women and AIDS, 2005*. Geneva.
- Venturi, G.; Recamán, M.; Oliveira, S. (Orgs.) (2004). *A mulher brasileira nos espaços público e privado*. 1ª edição. Editora Fundação Perseu Abramo, São Paulo.
- Werneck, J. (2001). *A Vulnerabilidade das mulheres negras*. Jornal da Rede

Saúde. nº 23. Acessado em: 5/10/2006. Disponível em:

http://www.antroposmoderno.com/antro-articulo.php?id_articulo=309

_____. (2003). *A Epidemia de HIV/Aids no Brasil: mais um desafio para as mulheres negras*. Acessado em: 25/10/2006. Disponível em:

<http://www.reddesalud.org/espanol/datos/ftp/jurema.doc>

ANEXO

ANEXO 1

AUTORIZAÇÃO DO DIRETOR GERAL DO HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS (HDT), BOAVENTURA BRAZ DE QUEIROZ.

ANEXO 2

FICHA CLÍNICA DA MULHER

ANEXO 3

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS E DST – ANO III – Nº. 1 (TABELA I)

TABELA I - Casos de aids segundo UF e região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2006⁽¹⁾.

UF de residência	1980-1984 ⁽²⁾	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Total 1980-2006	
Brasil	90079	22017	24789	27283	30091	27277	30124	29132	33865	36573	35201	33142	31214	433067											433067
Norte	1149	396	473	610	723	807	913	1112	1319	1425	1867	1900	887	13881											13881
Rorôndia	137	62	56	71	84	69	127	128	166	182	171	202	132	1607											1607
Acre	46	1	6	13	22	31	22	31	41	37	55	55	18	378											378
Amazonas	291	93	114	190	219	291	289	303	396	382	484	561	264	3887											3887
Roraima	52	10	15	17	20	26	53	53	38	78	117	67	25	571											571
Pará	525	186	233	249	300	290	328	479	520	616	952	856	365	5919											5919
Amapá	26	17	21	36	25	44	37	48	65	43	68	73	29	533											533
Tocantins	72	27	28	34	53	56	57	70	73	87	99	86	44	786											786
Nordeste	7061	1692	2137	2462	3023	2969	3299	3515	4168	4697	5141	5486	2101	47751											47751
Maranhão	527	146	191	214	293	271	336	390	400	526	705	667	256	4892											4892
Pernambuco	211	77	79	101	94	115	175	170	176	176	273	284	92	2023											2023
Ceará	1143	345	344	380	643	563	556	577	652	846	891	761	316	8019											8019
Rio Grande do Norte	379	74	112	133	183	136	162	172	152	209	137	325	142	2316											2316
Piauí	490	125	140	153	198	250	243	245	261	288	331	314	139	3177											3177
Pernambuco	1896	396	595	595	773	684	731	886	1171	1035	1074	1418	515	11621											11621
Alagoas	400	89	122	162	125	138	147	177	185	239	201	263	94	2342											2342
Sergipe	293	86	82	98	103	114	119	89	106	162	151	175	84	1662											1662
Bahia	1920	354	502	626	611	718	830	839	1065	1214	1378	1279	463	11799											11799
Sudeste	68322	15443	16919	17879	19112	18831	17667	16166	18820	20178	18755	17184	6634	289910											289910
Minas Gerais	5745	1701	1743	1847	1635	1636	2460	1915	2681	3068	2738	2653	1066	31468											31468
Espírito Santo	758	213	249	354	405	424	470	519	640	642	660	613	251	6198											6198
Rio de Janeiro	14771	3008	3668	4178	4316	3817	4177	4071	4659	5296	5709	5108	2089	64667											64667
São Paulo	47046	10521	11259	11500	12556	10754	10560	9981	10640	11172	9648	8610	3228	167357											167357
Sul	9768	3284	3967	4728	5817	5385	6560	6867	7538	7781	6979	6416	2731	77639											77639
Pernambuco	2506	927	1153	1459	1541	1570	1775	1687	1859	1914	1649	1574	592	20176											20176
Santa Catarina	2502	981	1139	1163	1465	1349	1600	1706	1815	1782	1768	1477	706	19495											19495
Rio Grande do Sul	4760	1376	1675	2106	2791	2466	3185	3294	3862	4085	3542	3365	1461	37988											37988
Centro-Oeste	4079	1202	1293	1584	1416	1295	1685	1652	2022	2492	2369	2156	851	24096											24096
Mato Grosso do Sul	980	244	281	291	289	260	275	289	396	454	421	427	190	4607											4607
Mato Grosso	578	203	294	346	296	208	401	373	493	614	674	540	166	5206											5206
Goiás	1416	483	402	568	496	475	617	674	724	779	797	736	307	8474											8474
Distrito Federal	1105	272	316	379	325	342	392	316	409	645	477	453	168	5669											5669

NOTAS: (1) CASOS NOTIFICADOS NO SINAN E REGISTRADOS NO SISCEL. (2) CASOS NOTIFICADOS NO SINAN E REGISTRADOS NO SIM DE 2000 A 2006. (3) DADOS PRELIMINARES PARA OS ANOS DE 2000 A 2006. (4) PARA OS ANOS DE 1980 A 1994, CONSULTAR EDIÇÕES ANTERIORES DO BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. (5) PARA MAIORES DETALHES NUNCIAR WWW.AIDS.GOV.BR NO MENU ÁREA TÉCNICA/EPIDEMIOLOGIA/BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO.

ANEXO 4

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS E DST – ANO III – Nº. 1 (TABELA II)

TABELA II - Taxa de incidência (por 100.000 hab.) de aids segundo UF e região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 1995-2005⁽¹⁾.

UF de residência	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Brasil	14,1	15,8	17,1	18,6	16,6	17,7	16,9	19,4	20,7	19,7	18,0
Norte	3,5	4,2	5,3	6,1	6,7	7,1	8,4	9,8	10,3	13,9	12,9
Roraima	4,6	4,6	5,7	6,6	5,3	9,2	9,1	13,0	12,5	11,6	13,2
Acre	0,2	1,2	2,6	4,3	5,9	3,9	5,4	7,0	6,2	9,0	8,2
Amazonas	4,0	4,8	7,7	8,7	11,3	10,3	10,4	13,4	12,6	15,9	17,4
Roraima	3,8	6,1	6,7	7,7	9,7	16,3	15,7	11,0	21,8	31,8	17,1
Pará	3,4	4,2	4,4	5,2	4,9	5,3	7,6	8,1	9,4	14,2	12,3
Amapá	5,2	5,5	9,0	5,9	10,0	7,6	9,6	12,6	8,0	12,5	12,3
Tocantins	2,7	2,7	3,1	4,6	4,9	4,9	5,9	6,0	7,1	7,9	6,6
Nordeste	3,8	4,8	5,4	6,6	6,4	6,9	7,3	8,5	9,5	10,3	10,8
Maranhão	2,8	3,7	4,0	5,5	5,0	5,9	6,3	6,9	9,0	11,9	10,9
Piauí	2,8	3,0	3,7	3,5	4,2	6,2	5,9	6,1	6,0	9,3	9,4
Ceará	5,1	5,1	5,5	9,2	7,9	7,5	7,6	8,5	10,9	11,3	9,4
Rio Grande do Norte	2,9	4,4	5,1	7,0	5,1	5,6	6,1	5,3	7,2	4,7	10,8
Paraíba	3,7	4,2	4,6	5,9	7,4	7,1	7,5	7,5	8,2	8,3	8,7
Pernambuco	5,3	7,6	8,0	10,3	8,8	9,2	11,1	14,5	12,7	13,0	16,9
Alagoas	3,3	4,6	6,1	4,7	5,1	5,2	6,2	6,4	8,2	6,6	8,7
Sergipe	5,4	5,0	5,9	6,1	6,7	6,7	4,9	5,7	8,6	7,9	8,9
Bahia	2,8	4,0	4,9	4,8	5,5	6,4	6,3	8,0	9,0	10,2	9,3
Sudeste	23,3	25,3	26,3	27,7	24,1	24,4	22,0	25,3	26,8	24,6	21,9
Minas Gerais	10,3	10,5	10,9	10,7	10,6	13,7	10,6	14,6	16,5	14,6	14,8
Espírito Santo	7,6	8,9	12,4	14,0	14,4	15,2	16,4	20,0	19,8	20,0	18,0
Rio de Janeiro	22,6	27,4	30,8	31,5	27,6	29,0	28,0	31,6	35,6	38,0	33,2
São Paulo	31,2	33,0	33,1	35,6	30,0	28,5	25,7	28,4	28,9	24,6	21,3
Sul	14,2	16,9	19,8	24,1	22,0	26,1	26,3	29,3	29,9	26,5	23,8
Paraná	10,6	12,8	16,0	16,6	16,7	18,6	17,4	19,0	19,3	16,5	15,3
Santa Catarina	20,3	23,4	23,5	29,5	26,5	29,9	31,3	32,8	31,8	31,4	25,2
Rio Grande do Sul	14,4	17,4	21,6	26,3	24,7	31,3	31,9	37,1	38,9	33,4	31,0
Centro-Oeste	11,7	12,3	14,7	12,9	11,5	14,5	13,9	16,7	20,2	18,9	16,6
Mato Grosso do Sul	12,8	14,6	14,6	15,0	12,8	13,2	13,7	18,5	20,9	19,1	18,9
Mato Grosso	8,8	13,1	15,1	12,7	8,8	16,0	14,6	18,9	23,2	25,0	19,3
Goiás	11,2	8,9	12,2	10,5	9,8	12,3	13,2	13,9	14,7	14,8	13,1
Distrito Federal	15,7	17,3	20,2	16,9	17,4	19,1	15,1	19,1	29,5	21,4	19,4

FONTE: MS/SVS/PM-DST/AIDS

NOTA: (1) Casos notificados no SINAN e registrados no SISCEL, até 30/06/2006 e no SIM, de 2000 a 2005. Dados preliminares para os anos de 2000 a 2006.

POPULAÇÃO: MS/SE/DATASISEM <www.datasise.gov.br/informacoes-em-saude/demograficas-e-socioeconomicas> acessado em 29/08/2006.

ANEXO 5

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS E DST – ANO III – Nº. 1 (TABELA III)

TABELA III - Casos de aids (número, taxa por 100.000 hab. e razão de sexo) segundo ano de diagnóstico por sexo. Brasil, 1980-2006⁽¹⁾.

Ano de diagnóstico	Número de casos		Razão M/F	Taxa de incidência		Total
	Masculino	Feminino		Masculino	Feminino	
1980	1	0	-	0,0	0,0	0,0
1981	-	-	-	-	-	-
1982	10	0	-	0,0	0,0	0,0
1983	36	3	12,0	0,1	0,0	0,0
1984	127	7	18,1	0,2	0,0	0,1
1985	530	20	26,5	0,8	0,0	0,4
1986	1105	73	15,1	1,7	0,1	0,9
1987	2653	295	9,0	3,9	0,4	2,2
1988	4107	632	6,5	6,0	0,9	3,4
1989	5631	956	5,9	8,0	1,3	4,6
1990	7921	1477	5,4	11,1	2,0	6,5
1991	10132	2229	4,5	14,0	3,0	8,4
1992	12512	3202	3,9	17,1	4,3	10,6
1993	13534	3989	3,4	18,1	5,2	11,6
1994	14563	4634	3,1	19,2	6,0	12,5
1995	16101	5916	2,7	20,9	7,5	14,1
1996	17404	7384	2,4	22,5	9,3	15,8
1997	18315	8848	2,0	23,3	11,1	17,1
1998	19825	10284	1,9	24,9	12,5	18,6
1999	17561	9715	1,8	21,7	11,7	16,6
2000	19057	11066	1,7	22,8	12,8	17,7
2001	18035	11095	1,6	21,3	12,7	16,9
2002	20732	13130	1,6	24,1	14,8	19,4
2003	22152	14421	1,5	25,4	16,1	20,7
2004	21308	13892	1,5	24,2	15,3	19,7
2005	19818	13323	1,5	21,9	14,2	18,0
2006	7747	5467	1,4	-	-	-

FONTE: MS/SVS/IN-ESTADIS

NOTA: (1) Casos notificados no SINAN e registrados no SISCEL até 30/06/2006 e no SIM de 2000 a 2005.

Dados preliminares para os anos de 2000 a 2006.

(2) Incluídos 12 casos com sexo ignorado.

POPULAÇÃO: MS/SET/DTASUS/EM <www.cidades.gov.br/informacao-em-saude/demograficas-e-socioeconomicas> acessado em 20/08/2006.

ANEXO 6

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS E DST – ANO III – Nº. 1 (TABELA VIII)

TABELA VIII - Casos de aids (números e percentual) em indivíduos com 13 anos de idade ou mais, segundo categoria de exposição hierarquizada por sexo e ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2006⁽¹⁾.

Categoria de exposição	1980-1994 ⁽²⁾		1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		Total 1980-2006			
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%		
Masculino																														
Sexual																														
Homossexual	19105	27,0	2909	18,7	3117	18,6	3291	18,7	3522	18,6	2945	17,5	2899	17,2	2785	17,2	2864	17,3	2635	17,3	2635	17,3	2447	16,6	2026	16,8	606	16,9	51351	20,3
Bissexual	9029	12,8	1437	9,2	1444	8,6	1717	9,8	2150	11,3	1940	11,5	1815	10,7	1685	10,4	1740	10,5	1621	9,9	1557	10,5	1557	10,5	1295	10,7	380	10,6	27810	11,0
Heterossexual	10180	14,4	3208	20,6	3783	22,5	4618	26,2	5645	29,8	5460	32,6	5654	34,7	6086	37,7	6466	38,1	6761	41,3	6226	42,2	6226	42,2	5039	44,2	1541	42,9	71187	28,2
Sanguínea																														
UDI	1888	26,7	3950	25,4	3694	23,8	3980	22,6	3626	20,2	3107	18,5	2925	17,3	2370	14,7	2181	13,2	1945	11,9	1508	10,2	1133	9,4	353	9,8	50180	19,8		
Hemofílico	749	1,1	70	0,4	83	0,5	79	0,4	45	0,2	23	0,1	22	0,1	26	0,2	19	0,1	12	0,1	13	0,1	13	0,1	11	0,1	5	0,1	1157	0,5
Transfusário	652	1,2	146	1,0	145	0,9	80	0,5	13	0,1	11	0,1	6	0,0	12	0,1	10	0,1	12	0,1	42	0,3	25	0,2	8	0,2	1364	0,5		
TV/periferal	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	3	0,0	5	0,0	5	0,0	6	0,0	6	0,0	9	0,1	9	0,1	14	0,1	7	0,1	3	0,1	59	0,0
Ignorado	11904	16,8	3842	24,7	4215	25,1	3835	21,8	3769	19,9	3303	19,6	3364	19,9	3176	19,7	3245	19,6	3159	19,3	2957	20,0	2237	18,5	696	19,4	49702	19,7		
Total	70707	100,0	15564	100,0	16781	100,0	17601	100,0	18973	100,0	18914	100,0	18890	100,0	16146	100,0	16531	100,0	16354	100,0	14764	100,0	12073	100,0	3592	100,0	252790	100,0		
Feminino																														
Sexual																														
Heterossexual	11101	70,0	4527	84,2	5743	85,0	7268	88,3	8669	90,9	8250	91,7	9064	93,3	9136	93,1	9476	93,7	9381	93,4	8454	93,8	7032	94,5	1981	93,3	100082	88,6		
Sanguínea																														
UDI	3802	24,0	711	13,2	858	12,7	842	10,2	808	8,5	675	7,5	587	6,0	588	6,0	533	5,3	504	5,0	362	4,0	265	3,8	99	4,7	10654	9,4		
Transfusário	628	4,0	120	2,2	133	2,0	90	1,1	16	0,2	6	0,1	5	0,1	14	0,1	12	0,1	16	0,2	38	0,4	19	0,3	6	0,3	1103	1,0		
TV/periferal	0	0,0	1	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0	1	0,0	6	0,1	14	0,1	8	0,1	12	0,1	14	0,2	10	0,1	6	0,3	74	0,1		
Ignorado	327	2,1	15	0,3	19	0,3	33	0,4	44	0,5	64	0,7	50	0,5	56	0,6	81	0,8	129	1,3	140	1,6	92	1,2	32	1,5	1082	1,0		
Total	15858	100,0	5374	100,0	6754 ⁽³⁾	100,0	8234	100,0	9538	100,0	8996	100,0	9712	100,0	9608	100,0	10110	100,0	10042	100,0	9008	100,0	7438	100,0	2124	100,0	112966	100,0		

FONTE: MS/SVS/PN-DST/AIDS

NOTAS: (1) Casos notificados no SINAN até 30/06/2006.

Dados preliminares para os anos de 2000 a 2006.

(2) Para os anos de 1980 a 1993, consultar edições anteriores do Boletim Epidemiológico Aids/DST, ou para maiores detalhes acessar www.aids.gov.br no menu ÁREA TÉCNICA/EPIDEMIOLOGIA/BOLETIM EPIDEMIOLOGICO.

(3) Notificado 01 (um) caso devido a acidente com material biológico no ano de 1996 no estado de São Paulo.

ANEXO 7

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS E DST – ANO III – Nº. 1 (TABELA IX)

TABELA IX - Casos de aids (número e percentual) segundo raça/cor por sexo e ano de diagnóstico. Brasil, 2000 a 2006⁽¹⁾.

Ano de diagnóstico	Branca		Preta		Amarela		Parda		Indígena		Subtotal		Ignorado		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Masculino																
2000	2077	59,1	392	11,2	20	0,6	1019	29,0	4	0,1	3512	18,4	15545	81,6	19057	100,0
2001	3647	61,5	689	11,6	37	0,6	1545	26,0	15	0,3	5933	32,9	12102	67,1	18035	100,0
2002	6533	61,8	1192	11,3	68	0,6	2762	26,1	17	0,2	10572	51,0	10160	49,0	20732	100,0
2003	8929	59,9	1710	11,5	96	0,6	4163	27,9	17	0,1	14915	67,3	7237	32,7	22152	100,0
2004	7989	56,0	1729	12,1	78	0,5	4456	31,2	24	0,2	14276	67,0	7032	33,0	21308	100,0
2005	6729	53,5	1505	12,0	91	0,7	4234	33,7	18	0,1	12577	63,5	7241	36,5	19818	100,0
2006	1804	54,9	386	11,7	26	0,8	1064	32,4	6	0,2	3286	42,4	4461	57,6	7747	100,0
Feminino																
2000	1372	58,0	288	12,2	13	0,5	690	29,2	1	0,0	2364	21,4	8702	78,6	11066	100,0
2001	2451	61,4	484	12,1	24	0,6	1024	25,6	10	0,3	3993	36,0	7102	64,0	11095	100,0
2002	4144	59,8	930	13,4	46	0,7	1797	25,9	10	0,1	6927	52,8	6203	47,2	13130	100,0
2003	5359	56,9	1300	13,8	76	0,8	2661	28,3	16	0,2	9412	65,3	5009	34,7	14421	100,0
2004	4615	52,3	1299	14,7	52	0,6	2830	32,1	20	0,2	8816	63,5	5076	36,5	13892	100,0
2005	3983	51,6	1024	13,3	57	0,7	2639	34,2	15	0,2	7718	57,9	5605	42,1	13323	100,0
2006	1090	54,7	259	13,0	21	1,1	620	31,1	3	0,2	1993	36,5	3474	63,5	5467	100,0

FONTE: MESSVSPN-DST/AIDS

NOTA: (1) Casos notificados no SINAN até 30/06/2006 e no SIM de 2000 a 2005.

Dados preliminares para os anos de 2000 a 2006.