

POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PESSOAS COM HIV: DISCUTINDO DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS¹

PUBLIC POLICIES FOR HIV PEOPLE: DISCUSSION ON SEXUAL AND REPRODUCTIVE RIGHTS

POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PERSONAS CON VIH: DISCUTIENDO DERECHOS SEXUALES Y REPRODUTIVOS

EGLÍDIA CARLA FIGUEIRÊDO VIDAL¹

VIOLANTE AUGUSTA BATISTA BRAGA²

MARIA JOSEFINA DA SILVA³

ANA KARINA BEZERRA PINHEIRO⁴

O HIV aponta para as conexões significativas com os programas em saúde sexual e reprodutiva. Objetivamos refletir sobre as políticas públicas para pessoas que vivem com HIV/AIDS, levando em consideração os seus direitos sexuais e reprodutivos. Através de estudo reflexivo, foram estabelecidas as seguintes categorias temáticas para reflexão: políticas brasileiras relativas ao HIV/AIDS; a sociedade civil nas políticas brasileiras para a epidemia de HIV/AIDS; direitos sexuais e reprodutivos na presença do HIV; direitos sexuais e reprodutivos: estigma e vulnerabilidade. Percebemos a necessidade de discutir a prática profissional para tornar realidade o que já é direito, como também a execução de políticas afirmativas dos direitos sexuais e reprodutivos e a busca da eliminação dos estigmas sobre o HIV, que aparece como importante item para reflexão.

PALAVRAS-CHAVE: HIV; Políticas públicas; Direitos sexuais e reprodutivos.

HIV points to the significant connections with programs on sexual and reproductive health. We aim to reflect on public policies for people living with HIV / AIDS, taking into account their sexual and reproductive rights. Through a reflective study, we take into consideration the following thematic categories: Brazilian policies on HIV / AIDS, the civil society in the Brazilian policies for the HIV / AIDS epidemic, sexual and reproductive rights in the presence of HIV, sexual and reproductive rights: stigma and vulnerability. We notice the need to discuss professional practice to make real what had already been considered law, but also the implementation of affirmative policies for sexual and reproductive rights and the seek for the elimination of stigmas on HIV, which is presented as an important item for discussion.

KEYWORDS: HIV; Public policies; Sexual and reproductive rights.

El VIH hace referencia a las conexiones significativas con los programas de salud sexual y reproductiva. Tuvimos como objetivo reflexionar sobre las políticas públicas para personas que viven con VIH/SIDA, teniendo en consideración sus derechos sexuales y reproductivos. A través de estudio reflexivo, se establecieron las siguientes categorías temáticas para reflexionar: políticas brasileñas relativas al VIH/SIDA; la sociedad civil en las políticas brasileñas para la epidemia de VIH/SIDA; derechos sexuales y reproductivos ante la presencia de VIH/SIDA; derechos sexuales y reproductivos: estigma y vulnerabilidad. Percibimos la necesidad de discutir la práctica profesional para hacer realidad lo que ya es un derecho, como también la ejecución de políticas afirmativas de los derechos sexuales y reproductivos y la búsqueda de eliminación de los estigmas sobre el VIH, que aparece como ítem importante para la reflexión.

PALABRAS CLAVE: VIH; Políticas públicas; Derechos sexuales y reproductivos.

¹ Enfermeira. Prof^ª. Assistente do Departamento de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri/Ceará/Brasil. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará/Brasil. R. Cel. Ant^o. Luis, 1161. Pimenta. Crato-CE-Brasil. CEP:63105-000. Brasil. E-mail: eglidiavidal@hotmail.com.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Prof^ª. Associado do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – FFOE/UFC/ Brasil. E-mail: vivi@ufc.br

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Prof^ª. Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – FFOE/UFC/Brasil. E-mail: mjoesfina@terra.com.br

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Prof^ª. Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – FFOE/UFC/Brasil. E-mail: ana.karina@pq.cnpq.br

INTRODUÇÃO

Desde o surgimento da Síndrome da Imunodeficiência Humana (Aids), nos anos 1980, estima-se mais de 60 milhões de pessoas infectadas pelo HIV (vírus da imunodeficiência humana) em todo o mundo⁽¹⁾. No ano de 2007, globalmente, as estimativas de infecção apontaram 2,5 milhões de novas infecções e 33,2 milhões de pessoas vivendo com HIV no mundo, sendo 2,5 milhões menores de 15 anos e 30,8 milhões de adultos, entre os quais 15,4 milhões de mulheres⁽²⁾.

Diante do aprendizado e vivência adquiridos por três décadas de epidemia, várias fases se expressaram, desde o surgimento do HIV/Aids, caracterizando fenômenos relativos ao perfil epidemiológico desenhado com o decorrer do tempo. Notadamente, foram afetados grupos e situações específicas que expressaram maiores riscos de infecção⁽³⁾.

Nesse contexto, o perfil epidemiológico da Aids acentuou o aumento dos casos em heterossexuais, em mulheres, em pessoas pobres, destacando que essa ocorrência, de caráter pandêmico, se interiorizou para municípios de menor porte. Esta situação se caracterizou por fenômenos denominados heterossexualização, feminização, pauperização e interiorização⁽³⁾.

Atualmente, demonstram-se modificações no contexto epidemiológico do HIV/Aids que focaliza a inserção de novos sujeitos nessa cadeia, demonstrada pelo aumento de casos entre jovens e idosos, fato que, somado aos fenômenos anteriormente citados, redireciona olhares para a questão “risco”, posto que se evidencia a presença do HIV entre os diversos *atores* e relações sociais.

Há de se considerar as repercussões que o fenômeno HIV/Aids delineou, pois trouxe consigo a incorporação de políticas públicas para as pessoas que vivem com esse vírus e o envolvimento mundial em torno dessa questão, consubstanciando-se, principalmente, face aos números elevadíssimos que ocorreram após o seu aparecimento.

O número de pessoas infectadas aumentou entre as mulheres, especialmente àquelas em idade reprodutiva⁽²⁾, sendo evidente que a infecção pelo HIV não é um problema restrito aos homossexuais – como foi sugerido inicialmente, posto que esta epidemia “é marcada pelo gênero

– modo como as sociedades organizam as relações sociais e sexuais entre/de homens e mulheres”^(4:4).

É fato que a maior parte das mulheres no Brasil vem, a saber, de sua positividade para HIV nas consultas de pré-natal, ou decorrente do aparecimento de doenças oportunistas, sua ou do parceiro⁽⁴⁻⁵⁾, e que mulheres que conhecem seu *status* sorológico positivo para HIV continuam engravidando⁽⁵⁾.

Assim, a incidência da Aids entre as mulheres em idade reprodutiva mostra as conexões significativas entre HIV/Aids e os programas de saúde sexual e reprodutiva, como temas essenciais para discussão.

Marcos como a demonstração científica na redução do risco de transmissão vertical do HIV, em 1994, e o uso da terapia antiretroviral combinada, com distribuição gratuita no Brasil, a partir de 1996, apontou respostas positivas de prevenção e tratamento, resultando em sobrevida melhorada de pessoas que vivem com HIV, colocando a Aids sob o prisma da cronicidade⁽⁶⁾.

Nesse *status* de viver com Aids, aparecem aspectos pouco discutidos que acendem novas reflexões, como a questão dos direitos sexuais e reprodutivos. Alguns autores iniciaram a discussão trazendo pesquisas sobre sexualidade, reprodução e vontade de ter filhos, de homens e mulheres que vivem com HIV. Foram essas leituras promotoras da inquietude que nos fez buscar conhecer as estratégias políticas no enfrentamento do HIV/Aids, levando em consideração os direitos sexuais e reprodutivos dos portadores.

Nesse sentido, faz-se necessário conhecer as interfaces que permeiam a relação existente entre a saúde sexual e reprodutiva de homens e mulheres e a vivência do HIV/Aids, com vistas às políticas públicas definidas para contemplarem esse importante aspecto.

Tem-se, então, como objetivo deste estudo refletir sobre as políticas públicas para pessoas que vivem com HIV/Aids, levando em consideração os seus direitos sexuais e reprodutivos.

PERCURSO METODOLÓGICO

Estudo reflexivo, realizado através de levantamento bibliográfico em duas bases de dados on-line: Centro

Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Sistema Bireme) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde). Para isto. Foi preciso definir, inicialmente, os descritores que melhor se adequariam ao objetivo proposto, sendo escolhidos os termos HIV, aids, políticas e reprodução.

A base de dados LILACS, principal índice bibliográfico da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), é uma base cooperativa do Sistema BIREME, compreendendo a literatura relativa às Ciências da Saúde, publicada nos países da Região. Contém artigos de revistas conceituadas e outros documentos (teses, livros, capítulos de livros, anais de congressos ou conferências, relatórios técnico-científicos e publicações governamentais), justificando a relevância dessa base e a sua escolha para o presente estudo.

Para a busca do material, foi feito o cruzamento dos descritores já apontados. Os artigos encontrados foram submetidos aos seguintes critérios de inclusão: terem sido publicados no período de 1996 a 2006 e se referirem a questões de direitos sexuais e reprodutivos envolvidos nas políticas públicas.

O material foi primeiramente selecionado através da leitura dos resumos dos artigos, levando-se em conta os critérios de inclusão estabelecidos. Quando algum resumo não contemplava informações suficientes, possibilitando a aceitação ou rejeição do trabalho, houve a necessidade de buscá-las no artigo completo, permitindo maior discriminação com relação à pertinência do estudo para esta revisão de literatura.

Após seleção dos resumos, procedeu-se à busca dos artigos completos. Os artigos foram lidos na íntegra e analisados de acordo com as categorias teóricas previamente definidas. Para facilitar a compreensão dos resultados evidenciados, agrupamos os artigos incluídos na revisão em categorias, a saber: políticas brasileiras relativas ao HIV/Aids; a sociedade civil nas políticas brasileiras para a epidemia de HIV/Aids; direitos sexuais e reprodutivos na presença do HIV; direitos sexuais e reprodutivos: estigma e vulnerabilidade. A partir das referências teóricas analisadas, desenvolvemos cada uma das temáticas definidas, como apresentadas a seguir.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Políticas públicas brasileiras relativas ao HIV/Aids

A Aids representou um dos acontecimentos cruciais do século XX, suscitando “uma demanda social por respostas efetivas, mesmo que incompletas [...]”^(7:45), frente à descontinuidade de uma realidade histórica que encarava que as doenças infecciosas pareciam estar dominadas pela ciência moderna.

A construção das políticas públicas ao HIV foi iniciada com as primeiras informações sobre o registro de casos, ocorridos em 1981, os quais geraram reações de estigmatização sobre a Aids, frente à primeira pandemia após a conquista dos direitos humanos. Em defesa dos direitos das pessoas afetadas pelo HIV/Aids, observou-se forte organização de segmentos da população na definição e implementação de políticas públicas voltadas para o combate à Aids⁽⁸⁾.

A Portaria nº 236, do Ministério da Saúde (MS), de maio de 1985, estabeleceu as primeiras diretrizes para o Programa de Combate da AIDS, coordenado pela Divisão de Dermatologia Sanitária, primeira denominação do Programa Nacional de Controle da AIDS, criado no âmbito do MS, em 1988, com nomenclatura alterada, em 1997, para Coordenação Nacional de DST/AIDS, através da Portaria Ministerial nº 74⁽⁶⁾. O Brasil adota nas políticas públicas em HIV/Aids a assistência com uso de terapia antiretroviral (TARV) combinada como um dos eixos fundamentais⁽⁸⁾.

As políticas de saúde para Aids, no Brasil, englobam estratégias sobre três pilares de intervenção, quais sejam: vigilância epidemiológica, prevenção e assistência. A articulação desses eixos direciona para a busca da integralidade das ações como característica do programa brasileiro de Aids. Atualmente, proclama-se “a indissociabilidade entre prevenção e tratamento”, contrapondo-se às diretrizes políticas que apontam a prevenção como resposta pública fundamental à epidemia⁽⁸⁾.

Retomando marcos importantes nas políticas públicas brasileiras no enfrentamento da Aids, tem-se, entre outras ações: notificação obrigatória de casos, instituída

em 1986; distribuição gratuita de AZT, em 1991; recursos obtidos através do primeiro acordo com o Banco Mundial, em 1993; publicação da Lei nº 9313, em 1996, garantindo a distribuição gratuita da TARV; distribuição gratuita dos antiretrovirais (ARV), iniciada em 1997; produção de sete ARV, anunciada em 2001⁽⁶⁾; disponibilização de medidas profiláticas para a prevenção da transmissão vertical do HIV, através da Portaria nº 2104, de 2002; política de vigilância com realização de estudos em grupos populacionais específicos; experiência polêmica com formulações específicas, como a redução de danos à saúde pelo uso indevido de drogas injetáveis, apresentando a troca de seringa como ação de maior impacto; oferta gratuita de preservativos masculinos; suporte diagnóstico, como os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA)⁽⁸⁾.

Em meio a tantas ações, dentre tantas não citadas, busca-se encontrar àquelas que apresentam correlação com a saúde sexual e reprodutiva, tendo como achado as que procuram o fortalecimento das mulheres e manutenção do olhar sobre os direitos sexuais e reprodutivos, independente da vivência, ou não, de HIV.

As medidas profiláticas para prevenção da transmissão vertical do HIV incluem a oferta de aconselhamento e testagem anti-HIV de gestantes; uso de AZT na gestação, no parto e oferecida ao recém-nascido; além da disponibilização de fórmula infantil em substituição ao aleitamento materno para as crianças verticalmente expostas⁽⁸⁾. Estas ações representam importante estratégia sobre a saúde reprodutiva, mas, sobretudo sobre a saúde infantil, consubstanciando-se na articulação de intervenções de prevenção e assistência, somada à vigilância dos casos.

As estratégias desenvolvidas para as mulheres sexualmente ativas e em idade reprodutiva enfatizam ações como o aconselhamento, nos serviços de planejamento familiar, pré-natal e atendimento ginecológico, centro de testagens anti-HIV e em maternidades. Destacam-se entre as abordagens de prevenção ao HIV/Aids o *empowerment* – traduzido como “fortalecimento para a mudança”, o enfoque de gênero, o modelo comunitário e a educação de pares⁽³⁾. Faz-se necessário enfatizar que a prevenção envolve questões sócio-culturais e psicoafetivas, levando em conta como ocorrem as relações entre homens e mulhe-

res, como são socializados e de que forma é marcado o exercício de sua sexualidade⁽³⁾.

A saúde sexual e reprodutiva é entendida como além das ações de aconselhamento, assistência à reprodução e às doenças sexualmente transmissíveis (DST), ancorada na ótica que põe “a atividade sexual como construção social da sexualidade que vai além de seus componentes biológicos”^(3:45) e que inclui também, a proteção dos direitos sexuais e reprodutivos e o conceito de cidadania (considerando as diversidades de orientação sexual) de ambos os sexos.

A Aids representou, portanto, uma nova forma de pensar e construir políticas públicas no Brasil, revelando uma trajetória de construção histórica, que aponta para a compreensão da mesma sob o paradigma da doença crônica e suas interfaces, colocando o preconceito como um erro do passado⁽⁷⁾.

A sociedade civil nas políticas brasileiras para a epidemia de HIV/Aids

Sabe-se que a sociedade civil representou um elemento importante no enfrentamento da epidemia de HIV/Aids. A despeito desse fato, as organizações não-governamentais, ou ONGs, cuja definição emergiu na década de 80, em período correlato ao surgimento do HIV/Aids, destacaram-se por atuação nos diversos campos da experiência social, dentre elas o controle cidadão de políticas públicas, significativamente como respostas não-governamentais decisivas, às quais inseriram elementos contemporâneos no interior dessas políticas⁽⁹⁾.

A Declaração de Compromisso da UNGASS (*United Nations General Assembly on Aids Special Session*), fruto de encontro das Nações Unidas em 2001, aprecia a “responsabilidade social de lideranças planetárias frente ao impacto produzido pela pandemia” da Aids. Neste caso, entendendo liderança como pessoas e instituições, sejam representantes do governo ou da sociedade civil⁽¹⁰⁾.

A Declaração supracitada expressa, a partir de seus preceitos, recomendações a serem tomadas nacionalmente, incluindo: formulação de plano estratégico de ação com apoio político; garantia de respeito aos direitos humanos

das pessoas vivendo com HIV/Aids; estímulo ao desenvolvimento da sociedade civil; e implementação de práticas de monitoramento e avaliação⁽¹⁰⁾. Destacamos que os direitos sexuais e reprodutivos são concebidos como direitos humanos fundamentais.

As primeiras matérias sobre a Aids, veiculadas pela imprensa brasileira no início da década de 80, precederam o aparecimento da doença no Brasil, quando idéias discriminatórias foram noticiadas. Em protesto às noções de grupos de risco e de promiscuidade, movimentos sociais apareceram fazendo uso da comunicação e do apelo direto à sociedade⁽⁹⁾. Contudo, “os primeiros líderes do movimento social vinculados à AIDS emergiram da vivência pessoal da doença, o que deu uma especificidade à luta contra a AIDS no Brasil e em outros países também”^(10:103).

Não é estranha a motivação para uma ação social a partir da vivência pessoal, posto que o ser humano “é um ser político capaz de participar ativamente na sociedade no exercício de sua autonomia e na luta dos seus direitos”, além de ser um ser do cuidado e *ator* das práticas de saúde. A atuação individual carrega consigo o somatório de aspectos culturais, afetivos e políticos, inter-relacionados “na complexidade do ser humano e nas relações de cuidado”^(11:2).

Cabe destacar, no plano político, que as ONGs desenharam historicamente várias ações relacionadas à Aids, sendo sua trajetória marcada primeiramente por franca aposição ao Estado (anos 80), e posteriormente por cooperação (anos 90), quando muitos gestores de programas governamentais haviam migrado dessas organizações⁽⁹⁾.

As ONGs foram afetadas pelo financiamento do Banco Mundial ao Governo Brasileiro (1992-1993) e pelo acesso gratuito aos anti-retrovirais em 1996⁽⁹⁾. Observa-se que um importante item da negociação de empréstimos foi fundamental as ONGs nas ações de prevenção e tratamento, pela exigência do envolvimento de instituições não-estatais, creditadas de eficiência para chegar aos mais necessitados e aos mais resistentes⁽¹²⁾.

Tal fato chama atenção para a dinâmica política de cooperação que daí se instala, sendo conveniente refletir sobre a necessidade de se manter nessas ONGs a chama de oposição/proposição coerente ao seu surgimento.

Direitos sexuais e reprodutivos na presença do HIV

A trajetória dos direitos sexuais e reprodutivos coincide com a busca do fortalecimento da mulher, questionando-se, inicialmente, a contracepção com fins controlistas. Vários foram os eventos internacionais que discutiram esta questão, destacando-se: Amsterdã (1984), no Tribunal de Encontro sobre Direitos Reprodutivos, e a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento da Organização das Nações Unidas (ONU), no Cairo em 1994, que definiu esses direitos e se tornou referência nessa discussão, ratificada, no ano seguinte, na IV Conferência Mundial da Mulher em Beijing⁽¹³⁾.

Direitos sexuais dizem respeito à livre expressão e vivência da sexualidade sem violência, discriminações e imposições e com respeito pleno pelo corpo do (a) parceira (a) Diretos reprodutivos são concebidos como o direito das pessoas sobre a decisão, livre e responsável, de ter ou não filhos, como também sobre o número de filhos e o momento de suas vidas que o(s) desejar ter⁽¹³⁾.

Esses direitos não restringem nenhuma situação específica, como por exemplo, a presença de infecção pelo HIV, e são apresentados como direitos humanos fundamentais. Mas, a despeito desse fato, questionamos: como são pensados esses direitos para as pessoas que vivem com HIV/Aids?

As políticas de saúde para a execução de ações quanto à concepção e anticoncepção, historicamente, sempre foram vinculadas à capacidade reprodutiva da mulher e, em muitos momentos, foram articuladas de forma a controlar a natalidade e cercear os desejos e práticas sexuais. A década de 1960 marca o interesse na redução do crescimento populacional no Brasil, voltados para o controle da natalidade, com o desenvolvimento de pesquisas sobre anticoncepcionais financiados por agências internacionais⁽¹⁴⁾.

No Brasil, a Lei do Planejamento Familiar é instituída em 1996, coerente à corrente de redemocratização nacional e congruente às discussões internacionais, e definiu que é livre a decisão do casal sobre ter ou não filhos e direciona para o Estado a promoção do planejamento familiar como exercício de direito sexual e reprodutivo.

No que tange à saúde reprodutiva, os direitos reprodutivos de pessoas com HIV não diferem dos direitos das pessoas não infectadas por esse vírus, visto que o desejo ou não de ter filhos é considerado no Brasil um direito autônomo. Porém, essa temática, muitas vezes, é silenciada e negligenciada pelos profissionais de saúde, permeando suas ações com base em valores morais que não oportunizam o diálogo nessa esfera de cuidado.

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

Outra questão que deve ser considerada, diz respeito ao exercício da sexualidade de pessoas vivendo com HIV, marcada pelo preconceito e estigmatização que permeiam o contexto da epidemia do HIV/Aids, sobretudo decorrentes do constructo de noções de “grupo de risco” e “transmissão” veiculados quando da descoberta da Aids. Assim, há a necessidade de considerar que o desejo de expressão da sexualidade e sua vivência é um campo complexo, histórico e individual, imbricados por fatores biológicos e histórico-culturais que propulsionam formas de pensar, sentir e agir⁽¹⁵⁾.

No campo reprodutivo, o pouco uso do preservativo, com conseqüente possibilidade de gestação indesejada ou não programada, leva à preocupação com a transmissão materno-infantil do HIV e à discussão obrigatória de temas difíceis como sexo, sexualidade e uso de drogas psicoativas. Sob esse aspecto, entre as 12 ações políticas essenciais para a prevenção ao HIV, são apresentadas: garantir que os direitos humanos sejam garantidos; promover a igualdade de gênero e abordar as normas e as relações envolvendo gênero para reduzir a vulnerabilidade de mulheres e meninas, envolvendo homens e meninos nesse esforço; e promover elos entre a prevenção ao HIV e a saúde sexual e reprodutiva^(1,15-16).

Sem esquecer as denúncias de esterilização forçada ou induzida praticadas em mulheres com HIV, durante o parto ou logo após, atentamos para a eficiência da contracepção de emergência, dos métodos de barreira, da eficácia das medidas de redução da transmissão vertical, como também para a desobediência aos direitos reprodutivos, posto que a esterilização não vá diminuir a necessidade da mulher se manter protegida para as DST/Aids/HIV. A negação da capacidade reprodutiva da mulher com HIV não tem respaldo clínico ou ético⁽⁴⁾.

A esterilização, como método anticoncepcional definitivo, tomou forma de uma escolha, voluntária, individual e legitimada pela medicina, porém, “questionam-se se as condições em que esta escolha é feita e até que ponto, na falta de alternativas, a esterilização é colocada como única solução”^(14:65), representando o corpo feminino como “produto de uma medicalização que privilegia a reprodução ou sua negação”^(14:68).

É salientada que a melhor estratégia contraceptiva para pessoas que vivem com HIV ocorre pela adoção do uso do preservativo, masculino ou feminino, associado à contracepção de emergência, em caso de rompimento do método de barreira⁽⁴⁾.

Quanto à participação de homens e mulheres no planejamento familiar, são apontadas modificações nos papéis que ambos exercem em relação à reprodução, sexualidade e vida familiar⁽¹⁶⁾, contudo, os homens ainda são apontados como pouco participantes nos serviços de planejamento familiar, embora exerçam influência decisiva na escolha do método anticoncepcional^(13,16). Também lhes atribuem à condição de principais impulsionadores da epidemia de HIV⁽¹⁾, fato que remonta à questão de gênero, principalmente em seu aspecto cultural atribuído à masculinidade.

A concepção entre pessoas com HIV, que desejam ter filhos, aparece como situação desconfortável, onde a premissa da escolha atribuída pode não encontrar canais favoráveis na atenção profissional. Os discursos oficiais trazem a discussão e modelos de atenção sobre gestação planejada de pessoas com HIV, coerente ao exercício dos direitos reprodutivos e às pesquisas que mostram ser possível a gestação assistida sem provocar contaminação

materna ou fetal. Já o desconforto referido parece ser travado na prática cotidiana de atenção, frente aos serviços de planejamento familiar que existem de forma deficiente, ou inexistem, e aos valores equivocados, que ainda permeiam em muitos profissionais de saúde, distanciando-os da compreensão sobre o ser humano.

Aconselhar escolhas reprodutivas é uma importante forma de diminuir o risco de re-infecção dos parceiros soropositivos para HIV, de infecção dos parceiros soronegativos (quando apenas um parceiro é soropositivo) e de buscar uma vida saudável entre parceiros e para os filhos. Portanto, observa-se a necessidade de organização e articulação das políticas de saúde para preparar e ofertar serviços para atendimento e orientação com respeito ao exercício da sexualidade e de decisões reprodutivas⁽³⁾.

Direitos sexuais e reprodutivos: estigma e vulnerabilidade

O surgimento do HIV/Aids e os aspectos que caracterizam seu aparecimento geraram compreensões acerca da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida que fortaleceram idéias de grupos e condições especiais à sua representação. Os estigmas, que ainda hoje se apresentam, decorrem dessas representações iniciais onde elementos, tais como: noção de risco, formas de transmissão, uso de drogas ilícitas, práticas sexuais e padrões morais, envolviam a percepção de um “novo mal sexual”.

A transição decorrente do conhecimento desse fenômeno epidêmico, manifestado na década de 1990, destaca as transformações que se processaram desde o surgimento da Aids, principalmente as modificações na compreensão sobre transmissão, medidas preventivas, risco de exposição, direitos civis e trabalhistas, elaboração de políticas públicas, entre outros.

A noção de “grupo de risco”, primeiramente salientada nas estratégias oficiais, foi modificada a partir de uma nova compreensão sobre a transmissibilidade do HIV, mediante reanálise da exposição ao mesmo, e a linha de atuação política para a prevenção foi direcionado para o foco do “comportamento de risco”, tão falado em seguida. Esta “nova” noção refutou o entendimento sobre a transmis-

são de um microorganismo exclusivo de “grupos sexuais” ou dos que vivenciavam práticas sexuais “irresponsáveis”, passando a enfatizar que qualquer um pode estar exposto à infecção pelo HIV e ao desenvolvimento da Aids.

Contudo, a idéia de comportamento de risco ainda não contemplava as situações em que essa exposição pode ocorrer passivamente, como por falta de conhecimento, coação sexual, decorrente de infecção materno-infantil, entre outros, e assim aparece a conceituação atual que analisa a possibilidade de infecção pelo HIV, coerente à vulnerabilidade a essa exposição e, nesse ínterim, considera-se a vulnerabilidade à exposição ao vírus e sua associação com o respeito aos direitos sexuais e reprodutivos.

A vulnerabilidade ao HIV/Aids considera os “diferentes graus e naturezas de suscetibilidade de indivíduos e coletividades à infecção, adoecimento e morte pelo HIV”, apontando as especificidades conjugadas por “aspectos sociais, programáticos [políticas públicas] e individuais, que os opõem em relação com o problema e com os recursos para seu enfrentamento”^(17:125).

No tocante à saúde sexual, as relações sexuais desprotegidas representam a principal modalidade de exposição ao HIV, somada ao fato que a presença de DST facilitam a infecção e, sob o ângulo biológico, o risco de infecção para a mulher é 2 a 4 vezes maior do que para o homem, mas, essa vulnerabilidade biológica só se torna significativa em virtude da sua vulnerabilidade social, representada principalmente pela dificuldade de negociação do preservativo⁽⁴⁾.

Reconhecendo nas mulheres condições de maior vulnerabilidade, quer sejam biológicas, sociais, culturais, ou decorrentes de relações de gênero, ressalta-se a “necessidade de intervir mais amplamente no fortalecimento das mulheres e na superação das desigualdades sociais, econômicas e culturais entre homens e mulheres”^(3:35), como forma de promover a saúde sexual e reprodutiva de mulheres e seus/suas parceiras.

Será que houve superação dos estigmas construídos no início da epidemia, quando matérias discriminatórias foram noticiadas? Consegue-se enxergar a desculpabilização da pessoa infectada? Cuida-se da pessoa que vive com HIV/Aids entendendo as interfaces dessa vivência? Conseguimos também enxergar nossas vulnerabilidades?

No plano político, tem-se avançado de fato, ou construído discurso que não encontra ressonância na prática profissional? Tentar responder essas questões coloca a todos como partícipes dessa teia relacional que precisa encontrar ressonância política, teórica e prática na condução dessa problemática.

As estratégias políticas avançaram, fazendo o Brasil se tornar referência frente à epidemia de HIV/Aids pelo sucesso da vigilância dos casos e terapia antiretroviral disponibilizada. As ações voltadas para as mulheres se fortaleceram, pautadas, principalmente, sob o olhar da vulnerabilidade, na possibilidade de não infecção infantil decorrente de gestação, parto e aleitamento materno e pela pressão social na busca da obediência aos direitos humanos e melhoria das condições de sobrevivência com o HIV. Mas, ainda são insipientes e devem considerar as iniquidades desse grupo populacional que apresenta particularidades que as torna mais vulnerável.

Portanto, a exposição ao HIV e o adoecimento por Aids apresenta-se como resultante da congregação de aspectos sociais, com destaque para a pobreza e a intolerância à diversidade, principalmente vinculadas à orientação sexual que resulta, muitas vezes, em discriminação. A ampla noção de vulnerabilidade aparece substituindo o conceito de comportamento de risco⁽¹⁸⁾.

Essas categorias conceituais, focadas na questão risco, vem definindo as ações políticas para as pessoas com HIV/Aids e quanto à saúde sexual e reprodutiva, baseiam-se na inclusão dos direitos humanos e dos direitos sexuais e reprodutivos, posto que ambos sejam incluídos e versem pela busca de autonomia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percorrido todo este tempo, desde o surgimento da Aids até os dias atuais, percebemos alguns avanços e conquistas políticas quando aos direitos relativos à pessoa infectada pelo HIV/Aids. Em relação à prática profissional, muito, ainda, tem que se avançar para tornar realidade àquilo que já é definido como direito, relacionado, principalmente, com a eliminação do estigma para o fortalecimento dos direitos sexuais e reprodutivos.

Outra conquista importante, fundamental à elaboração de estratégias na condução do HIV/Aids, diz respeito à sobrevida excepcionalmente melhorada das pessoas vivendo com esta síndrome após a adoção terapêutica dos antiretrovirais, trazendo como consequência a diminuição do número de internações, redução na mortalidade por Aids e melhora na qualidade de vida das pessoas. Este aspecto coloca a Aids sob a condição de cronicidade, a qual implica avançar na concepção de novas práticas de saúde, sem desprezar a condição humana e os direitos sexuais e reprodutivos.

Após este breve resgate e reflexão crítica sobre as políticas públicas e práticas relativas à HIV/Aids, consideramos que muito se tem, ainda, que discutir, produzir e transformar na condução dessa problemática, avançando na busca de estratégias mais apropriadas e que reconheça, preserve e até ampliem os direitos dessas pessoas de serem tratadas com dignidade.

Mesmo reconhecendo o limite deste estudo, buscamos chamar a atenção para a necessidade de refletir sobre essa problemática, uma vez que toma proporções preocupantes, que necessitam de intervenção e da participação dos diversos segmentos sociais, levando à definição de políticas públicas e ações apropriadas à realidade vivenciada. Porém, sob a perspectiva da incorporação de um paradigma de saúde que busca a inserção de uma ótica positiva sobre os eventos da dinâmica da vida, aí inserido o processo saúde-doença, ressaltado na lógica da promoção da saúde, desejamos que o que está posto, em termos de discursos oficial, encontre ressonância na prática profissional e se aproxime daqueles que vivem com HIV e que necessitam de cuidados voltados à sua saúde sexual e reprodutiva.

REFERÊNCIAS

1. United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Intensificando a prevenção ao HIV/ Documentação referencial: políticas de prevenção ao HIV/AIDS – Junho 2005. [on line]. [acesso 2006 dez 12]. Disponível em <http://www.aids.gov.br>.

2. United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). AIDS epidemic update: December 2007. [on line]. [acesso 2007 nov 22]. Disponível em: <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/EpiUpdate/EpiUpdArchive/2007/>.
3. Ministério da Saúde (BR). Políticas e diretrizes de prevenção das DST/Aids entre mulheres. Brasília; 2003.
4. Instituto Patrícia Galvão- IPG. Dossiê / Mulheres com HIV/AIDS: elementos para a construção de direitos e qualidade de vida. São Paulo: IPG; 2003. [on line]. [acesso 2006 dez 12]. Disponível em: <http://www.patriciagalvao.org.br>.
5. Romanelli RMC, Kakehasi FM, Tavares MCT, Melo VH, Goulart LHE, Aguiar RALP et al. . Perfil das gestantes infectadas pelo HIV atendidas em pré-natal de alto risco de referência de Belo Horizonte. Rev Bras Saúde Matern Infant 2006; 6(3):329-34.
6. Galvão J. 1980-2001: uma cronologia da epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no Mundo. Rio de Janeiro: ABIA; 2002. (Coleção Políticas Públicas, v. 2).
7. Marques MCC. Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. História, Ciênc Saúde 2002; 9(Supl):41-65.
8. Fonseca AF. Políticas de HIV/Aids no Sistema Único de Saúde: uma busca pela integralidade da atenção. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p.183-205.
9. Ramos S. O papel das ONGs na construção de políticas de saúde: a Aids, a saúde da mulher e a saúde mental. Ciênc Saúde Coletiva 2004; 9(4):1067-78.
10. Bermudéz XPD, Seffner F. Liderança brasileira à luz da Declaração de Compromisso sobre HIV/Aids da UN-GASS. Rev Saúde Pública 2006; 40(Supl):101-8.
11. Erdmann AL, Andrade SR, Mello ALS, Meirelles BH. Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. Texto & Contexto Enferm 2006; 15(3):483-91.
12. Galvão J. Aids no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia. Rio de Janeiro: Editora 34; 2000.
13. Lindner SR, Coelho EBS, Carraro TE. Direitos reprodutivos: entre o discurso e a prática na atenção à saúde da mulher com foco no planejamento familiar. [on line]. [acesso 2006 dez 12]. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br>.
14. Vieira EM. A medicalização do corpo feminino. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002.
15. Coriolano MWL, Vidal Eglídia CF, Vidal Emery CF. Percepções de mulheres que vivem com HIV frente às experiências sexuais. Rev Rene 2008; 9(1):77-85.
16. Marcolino C, Galastro EP. As visões feminina e masculina acerca da participação de mulheres e homens no planejamento familiar. Rev Latino-am. Enferm 2001; 9(3):77-82.
17. Ayres JRCM, Freitas AC, Santos MAS, França Júnior I, Saletti Filho HC. Adolescência e aids: avaliação de uma experiência de educação preventiva entre pares. Interface. Comunic Saúde Educ 2003; 7(12):123-38.
18. Secretaria da Saúde de São Paulo. Centro de Referência e Treinamento DST/Aids Vulnerabilidade: projetos estratégicos com populações vulneráveis. São Paulo; 2005.

RECEBIDO: 10/06/2008

ACEITO: 16/05/2009