

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

VALÉRIA DA SILVA GOMES

A FEMINIZAÇÃO DA AIDS NO LITORAL PARANAENSE:
PRIMEIRAS APROXIMAÇÕES

MATINHOS

2015

VALÉRIA DA SILVA GOMES

A FEMINIZAÇÃO DA AIDS NO LITORAL PARANAENSE:
PRIMEIRAS APROXIMAÇÕES

Trabalho apresentado ao curso
de Serviço Social, Setor Litoral,
Universidade Federal do
Paraná, como requisito parcial
à obtenção do grau de
Bacharel.

Orientador Neilor Vanderlei
Kleinubing

MATINHOS
2015

A FEMINIZAÇÃO DA AIDS NO LITORAL PARANAENSE: PRIMEIRAS APROXIMAÇÕES

Valéria da Silva Gomes¹

Neilor Vanderlei Kleinubing²

RESUMO: Este trabalho tem como objetivo a aproximação com os dados registrados de notificações dos casos de aids sob a perspectiva de gênero nos sete municípios do litoral do Paraná, no período de 2000 a 2013. Não foi considerado o ano 2014, para evitar algum possível erro, em decorrência do atraso das notificação pelas Secretaria de Saúde do Estado. Quanto à pesquisa, caracteriza-se do tipo documental, de cunho qualitativo, que teve como fonte de informações; os boletins epidemiológicos emitidos pelo Ministério da Saúde e artigos escritos por estudiosos da temática, já os dados regionais coletados para a análise foram obtidos através de uma pesquisa na base do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), por meio de um sistema de internet que disponibiliza os dados partir de categorias estabelecidas. Como resultado do estudo, foram encontradas notificações em ambos os sexos nos sete municípios, sendo os casos de aids no sexo feminino representativos, confirmando a feminização da aids nos municípios do litoral do Paraná com características de epidemia muito próximas das encontradas no cenário nacional .

Palavras- Chave: feminização, AIDS e litoral paranaense.

INTRODUÇÃO

A AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), epidemia que no início parecia ser um fenômeno restrito ao sexo masculino e dentre este, os homossexuais masculinos e usuários de drogas injetáveis, ao longo dos anos apresentou mudanças no seu perfil epidemiológico de infecção pelo vírus transmissor HIV.

¹ Acadêmica do curso de Serviço Social, Universidade Federal do Paraná, Setor Litoral.

² Docente orientador, Universidade Federal do Paraná, Setor Litoral.

Dentre as mudanças epidemiológicas, estão a pauperização, interiorização e a feminização da aids. Sendo esta, evidenciada devido o aumento significativo de transmissão via heterossexual na população feminina, dado o aumento nas notificações dos casos de AIDS nesta população a partir da segunda década da epidemia no Brasil.

Sendo assim, esse trabalho está pautado na temática da AIDS junto ao público feminino, tendo como objetivo primário uma aproximação e reflexão sobre a temática, bem como com os dados regionais que representam os casos notificados de aids no sexo feminino, nos municípios do litoral do Paraná.

Para contextualizar o tema dentro do estudo, num primeiro momento será apresentada uma breve explanação sobre a história da aids, especificamente no Brasil, no sentido de auxiliar a compreensão do quadro da aids nos dias atuais, em específico no público feminino.

Na sequência são apresentados alguns conceitos teóricos necessários para a compreensão da temática central em questão, para além do conceito da doença, mas sim como um fenômeno que tem consigo uma série de fatores sociais que são em sua maioria determinantes para a infecção pelo HIV.

Após uma abordagem histórica e teórica são apresentados o cenário da pesquisa, bem como os métodos e técnicas utilizados, e já na sequência são apresentadas as análises e resultados obtidos com a pesquisa.

Por fim, são apresentadas as considerações finais com elementos que permitem uma reflexão geral sobre o quadro geral da aids junto à população feminina portadora do vírus HIV nos municípios escolhidos para a realização da pesquisa.

HIV/ AIDS NO BRASIL

A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) passa a ser investigada em 1981 nos Estados Unidos, a partir da identificação de um número elevado de jovens do sexo masculino, homossexuais, diagnosticados com Sarcoma de Kaposi e

pneumonia (CAMARGO, 1994). Sendo estas doenças comuns em pessoas idosas, despertou o interesse da comunidade científica em descobrir a relação do quadro de jovens homossexuais doentes com comprometimento do sistema imunológico.

No início da epidemia, devido à falta de informações sobre o vírus causador da aids muitas pessoas vieram a óbito em pouco tempo, cerca de meses após o aparecimento dos primeiros sintomas, cercando a nova enfermidade de mistérios sobre as formas de transmissão.

A AIDS significa Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Adquirida, pois a pessoa ao ser infectada pelo agente etiológico, no caso o vírus HIV, terá as células de defesa do organismo destruídas, baixando a sua imunidade e abrindo as portas para o surgimento de inúmeras doenças chamadas de oportunistas, que se não tratadas levam o portador do vírus a óbito.

Em maio de 1983, Luc Montagnier isolou o vírus causador da AIDS, que num primeiro momento foi chamado de Vírus Associado à Linfadenopatia (LAV) e posteriormente recebeu o nome de Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), que foi oficializado no meio científico pelo cientista Robert Gallo em 1984. Dois anos mais tarde, em 1985, tornou-se possível o teste anti-HIV. Portanto, o HIV é o vírus causador da aids, e a aids é um estágio na evolução da infecção pelo vírus quando o organismo já está imunodeprimido e passa a desenvolver as chamadas doenças oportunistas.

Apesar do HIV ser identificado nos mais diversos fluidos corporais como sangue, saliva, lágrima, urina, sêmen, leite materno, líquido amniótico e secreções vaginais, somente o sangue, o sêmen, as secreções vaginais e o leite materno, são fontes de transmissão. Esta se dá de três maneiras, quais sejam: através do contato sexual com um indivíduo infectado pelo vírus, exposição ao sangue contaminado, e da mãe para o filho, tanto no útero, quanto no momento do parto ou pelo aleitamento materno.

No Brasil, a aids surgiu como na América, entre a comunidade gay, sendo os primeiros registros datados de 1982 (BRASIL, 2013), em homossexuais masculinos,

com alto nível de escolaridade, classe social elevada e moradores dos grandes centros urbanos como São Paulo e Rio de Janeiro (PARKER, 1994), o que caracterizou a primeira fase da aids no Brasil.

Santos et al(2009) ressalta que o surgimento da aids no país pode ser dividida em três fases distintas em relação à contaminação por HIV. Inicialmente a primeira fase diz respeito aos primeiros casos de aids em homossexuais masculinos pertencentes à classe social elevada e hemofílicos. Ainda por não saber ao certo o que era a doença e qual a via de transmissão, a aids passou a ser chamada preconceituosamente de "câncer gay".

Em meados de 1986 se inicia a segunda fase da AIDS no país. Esta foi, marcada pelos registros de casos em usuários de drogas injetáveis (UDI) e prostitutas, estabelecendo a primeira relação dos indivíduos com a aids na forma de "grupos de risco". Tendo como característica principal desse modelo, a doença como coisa dos "outros" (BARBOSA, 1993), contribuindo para que a aids fosse tratada como algo distante, associada à promiscuidade, drogas e homossexualidade.

Nesta fase, a noção de "grupo de risco", associada a grupos específicos no sentido de classificar os comportamentos específicos de cada indivíduo com relação à contaminação ao HIV, contribuiu erroneamente para que se acreditasse que os pertencentes ao "grupo de risco", vistos sob o estigma e preconceito, supostamente únicos alvos da "disseminação" da aids.

Apesar do preconceito, o movimento gay e as organizações não governamentais de luta contra a aids, se organizaram para o enfrentamento da epidemia. A partir de então, a noção de comportamento de risco passou a ser utilizada para estabelecer relação do indivíduo com a aids. E este novo conceito foi designado, pois os dados epidemiológicos já evidenciavam que a aids não atingia somente indivíduos enquadrados no chamado grupo de risco, mas sim todos que tinham algum "comportamento de risco".

Compreendiam-se como comportamento de risco; relações sexuais sem uso do preservativo, compartilhamento de seringas e transfusão de sangue não testado.

Porém, o novo conceito trabalhado, o de comportamento de risco, apresentava caráter culpabilizador ao subentender que o indivíduo que teve comportamento de risco falhou em não se proteger, por isso foi infectado, não levando em consideração outros fatores que tornam os indivíduos vulneráveis a infecção pelo HIV.

Já em 1990, a aids entra numa terceira fase ao serem apresentados dados que expressam mudanças significativas no perfil epidemiológico e social, com predomínio da infecção em heterossexuais, e nesta categoria as mulheres, cujo número de casos de aids se apresentou de maneira crescente. Juntamente com este aumento, outras mudanças no perfil da epidemia também ocorreram, e foram elas: interiorização, juvenização e pauperização (BRITO et al., 2001).

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), a epidemia que teve seus primeiros casos e concentrou-se nas grandes cidades, demonstrou que as cidades de grande porte apresentaram uma menor taxa no crescimento, enquanto houve aumento no número de registro de pessoas infectadas pelo HIV em cidades de pequeno e médio porte com população de 50 a 200 mil, indicando interiorização.

Com a interiorização pelas cidades do país, a aids chegou até os locais mais remotos, evidenciando o crescimento da epidemia por todo país ao longo dos anos em diferentes grupos sociais, tendo predominância em grupos sociais com menor poder social, como os mais pobres e mulheres, caracterizando a pauperização da epidemia.

Juntamente com o processo de interiorização e pauperização ocorre a feminização da aids, que se dá pelo aumento do número de contaminação pelo HIV em mulheres, indicando a diminuição da razão de novos casos masculino/ feminino. Essas transformações da epidemia de aids, demandou a necessidade de um novo conceito para além da noção de risco individual, como as ações de prevenção eram pautadas, visto que as mulheres em sua maioria não eram consideradas dentro do "grupo de risco" e justamente era para os pertencentes dos grupo de risco que as ações de prevenção eram voltadas.

FEMINIZAÇÃO DA AIDS

A aids que no início, parecia ser um fenômeno restrito ao sexo masculino e, dentre este, aos homossexuais masculinos, hemofílicos, usuários de drogas, sendo as poucas mulheres diagnosticadas, inicialmente prostitutas, apresenta mudanças no perfil epidemiológico e social, ocorrendo o que Barbosa(1993), chama de surgimento de outros "grupos de riscos", que abrange também as mulheres.

A partir da década de 1990, ocorre um aumento significativo no número da população feminina diagnosticadas com AIDS, que por sua vez já tinham sido infectadas pelo vírus HIV na década anterior e tiveram como principal forma de contágio pela via sexual, através de seus parceiros (BARBOSA, 2000).

Apesar das infecções pelo vírus HIV já atingirem as mulheres ainda nos primeiros anos da epidemia, os casos eram tidos como restritos as mulheres prostitutas e parceiras de usuários de drogas injetáveis, não permitindo visibilidade da epidemia junto à população feminina.

Segundo o Ministério da Saúde, (BRASIL, 2013) no Brasil há estimativa de 718 mil pessoas vivendo com HIV/aids, dessas, 574 mil já foram diagnosticadas e cerca de 144 mil não tem conhecimento da sua condição sorológica para HIV..

O mesmo documento evidencia que houve diminuição na razão de sexo, já que no ano 1985 a proporção de homem/ mulher infectados era de 26,5: 1 variou em 6,5: 1 caso em média, até 1990, em 2014 está a 1,7:1 .

A respeito do processo de feminização da AIDS no Brasil, Parker tece algumas reflexões:

Como entram as mulheres nessa epidemia que se caracteriza quase inteiramente masculina, de homossexuais e hemofílicos? Eis mais um dos pontos onde é nitidamente visível a relação entre o ideológico e o biológico, em que se vê como as categorias sociais e representações moldam e influenciam não apenas nossa percepção da epidemia, mas também, pelo impacto das nossas atitudes, o seu próprio percurso. (PARKER, et al, 1994, p.35).

Diante das transformações significativas da epidemia, emerge a necessidade de se pensar um novo conceito para pautar as estratégias de enfrentamento da epidemia, que não mais se restringia a grupos específicos, mas sim a população geral, e de forma crescente a população feminina.

Foi então, que o conceito de vulnerabilidade proposto por Jonathan Mann em 1992, foi adotado e passou a servir de base para as ações e estratégias voltadas para a prevenção de infecções pelo vírus HIV. Este novo conceito, ao abordar três dimensões da vulnerabilidade: individual, social e programática, contribuiu para a compreensão das razões da epidemia e seus impactos culturais e econômicos (AYRES et al., 1997).

Conforme Ayres et al. (1997), o conceito de vulnerabilidade deve considerar três eixos que são interligados: eixo individual, eixo social e eixo programático. Sendo que no eixo individual, a vulnerabilidade refere-se a qualidade de informações e aplicação das mesmas na vida prática. Já no eixo social, a vulnerabilidade relaciona-se ao conjunto de fatores sociais e econômicos, associados a noção de cidadania e aos direitos, em especial o direito a saúde, direitos sexuais e reprodutivos, moradia, pelo significado e pertencimento às identidades de gênero, pela liberdade de pensamento e a garantia dos direitos humanos.

Já no eixo programático, a vulnerabilidade diz respeito às ações desenvolvidas pelo poder público e iniciativa privada para o enfrentamento do problema, investindo em ações e programas voltados para a informação e educação preventiva, sendo os programas monitorados e avaliados no sentido de diminuir a ocorrência da enfermidade e de não discriminação.

A mudança na abordagem da prevenção antes pautada na categoria de risco e agora uma abordagem pautada no conceito de vulnerabilidade, representou um grande desafio. Segundo Ayres (2002), o desafio se deu por não centrar as ações em grupos e comportamentos tidos como de risco com finalidade apenas de esclarecer os indivíduos, mas sim por buscar a compreender que a prática de risco é resultado de condições estruturais.

Ou seja, reconhece-se a complexidade da questão, para além do comportamento ou da falta de informação e evidencia a necessidade de se repensar estratégias para enfrentamento, considerando o contexto socioeconômico e cultural dos indivíduos, em especial na população feminina.

Pois, a vulnerabilidade que atinge as mulheres não está somente em não dispor de informações e meios para a prevenção, mas também em não ter acesso à saúde, educação, ao trabalho e poder para propor e fazer escolhas inclusive sobre o próprio corpo.

[...] a vulnerabilidade diferencial afeta mulheres diferentes de modo diverso, dependendo de outros fatores estruturais, ou seja, que mulheres pobres são mais vulneráveis que as que não o são, que as mulheres pobres jovens são mais vulneráveis que as mais velhas pertencentes ao mesmo estrato, que as mulheres pobres jovens sem alternativas econômicas viáveis além do trabalho com sexo são mais vulneráveis do que aquelas que dispõem de outras opções econômicas e assim por diante (PARKER; CAMARGO, p. 98, 2000).

Ser mulher implica especificidades que as tornam mais vulneráveis a infecção pelo HIV em relação ao homem. Sendo justamente essas especificidades, que no primeiro momento da epidemia não foram consideradas, e resultaram na feminização da aids, e ainda nos dias atuais favorecem para que mulheres sejam em grande número infectadas.

Segundo o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST (BRASIL, 2007), somente em meados da década 1990 é que foram dadas as primeiras respostas para enfrentamento da aids junto à população feminina. E essas ações num primeiro momento visavam à consciência da vulnerabilidade social e individual e a diminuição de transmissão vertical, todavia evidenciou-se que as desigualdades de gênero também deveriam ser consideradas.

Para entendermos as desigualdades de gênero, ligadas às vulnerabilidades que cercam as mulheres, destaco a importância da conceituação de gênero.

O dicionário Aurélio traz como alguns dos significados para gênero: “... A forma como se manifesta social e culturalmente, a identidade sexual dos indivíduos [...] Categoria que classifica os nomes em masculino, feminino e neutro.”

A noção de gênero elaborada pelas feministas nos anos 80 surge na busca por compreender a constituição histórica dos papéis sociais, na forma de afirmar o caráter social das diferenças entre homens e mulheres, opondo-se ao caráter natural e biológico de modo a rejeitar que seja uma consequência natural devido a particularidades biológicas.

Para Scott (1990), gênero é um modo de se referir à origem exclusivamente social das identidades subjetivas de homens e mulheres, sendo uma forma de significar as relações de poder.

Olhar para a aids no universo feminino sob a perspectiva de gênero e considerar as vulnerabilidades existentes, contribuem para uma reflexão mais complexa, que vai além de um discurso biomédico, e considera também o contexto social e a assimetria de poder que cercam estas mulheres.

Assim, apesar de existirem outras abordagens conceituais sobre a temática de gênero, neste trabalho gênero será abordado como significação das relações de poderes entre homens e mulheres cuja assimetria, aumenta a vulnerabilidade das mulheres frente ao HIV.

Autores como Taquette (2009) e Bastos (2001), afirmam que a desigualdade de gênero foi e permanece como um dos principais determinantes à vulnerabilidade das mulheres ao HIV.

Ao falar-se de desigualdade de gênero, devemos considerar o que foi construído no imaginário social como feminino e masculino, visto que muitas mulheres são vistas na condição de submissão aos homens.

Para Taquette (2009), uma das formas que esta desigualdade é manifesta de forma desfavorável na vida das mulheres, é na medida em que elas não tem os

direitos sexuais respeitados e nem autonomia sobre o próprio corpo. A autora ainda relaciona esta falta de autonomia sobre o próprio corpo como um fator que implica dificuldades na negociação do uso do preservativo nas relações sexuais.

Outro fator importante associado a dificuldades na negociação do uso do preservativo, é a falta de percepção de risco, já que numa relação estável, é comum a mulher atribuir confiança ao seu parceiro.

Vale considerar também, que essa falta de percepção de risco aliada ao aspecto biológico da mulher, aumenta a probabilidade de infecções sexualmente transmitidas, entre elas o HIV, visto que a mulher é receptora no ato sexual e a mucosa vaginal exposta ao sêmen é extensa, e se comparar, o sêmen têm uma concentração maior de HIV, do que os fluídos vaginais (BASTOS, 2001, p. 11).

O autor, ainda afirma que não bastassem muitas das infecções sexualmente transmissíveis serem assintomáticas, as mulheres pobres não se beneficiam das melhores ações preventivas que poderiam compensar, em parte, a maior vulnerabilidade, já que muitos aconselhamentos são feitos de forma parcial ou errônea, ao não considerar a cultura paternalista.

Segundo Bastos (2001), ao tratar a prevenção do HIV, comumente as mulheres são divididas em mulheres mãe de família e mulheres profissionais do sexo. Porém, essa divisão exclui as mulheres que supostamente não correm risco de infecção pelo vírus e atribui as profissionais do sexo a propagação das doenças sexualmente transmissíveis.

O autor ainda enfatiza que as ações voltadas para a prevenção do HIV e das DSTs devem considerar as profissionais do sexo e seus contextos, bem como com as mulheres que não praticam sexo comercial, sempre atento para formas diferenciadas de intervenção em cada situação. Sem esquecer, porém, dos homens, que são namorados, maridos, clientes e que se excluídos no sucesso ou fracasso das ações educativas de prevenção.

Outro fator relacionado a desigualdade de gênero, e que interfere na percepção

de risco entre as mulheres, em especial entre as mais empobrecidas é a construção de sua identidade tendo na família o valor mais alto, impossibilitando o reconhecimento de possibilidade de infecção pelo HIV, sob o risco de perderem a sua identidade social. (BARBOSA, 1999),

Portanto, ao refletirmos sobre alguns fatores que favorecem a vulnerabilidade feminina, é possível compreender um pouco mais a epidemia da aids junto às mulheres, ainda mais se considerarmos que são essas mulheres: pobres que trabalham nos seus próprios lares, domésticas ou exercem outras ocupações mal remuneradas, e tem como parceiros sexuais seus maridos (Parker & Galvão, 1996).

MÉTODOS

Com o objetivo de aproximar-se dos dados que representam as notificações dos casos de aids no sexo feminino sob a perspectiva de gênero nos municípios do litoral do Paraná, foi realizado um estudo de pesquisa documental de cunho qualitativa. Serviram como fonte de informações, os boletins epidemiológicos emitidos pelo Ministério da Saúde e artigos escritos por estudiosos da temática, já os dados coletados para a análise, foram obtidos através de uma pesquisa na base do Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

A pesquisa no DATASUS se deu por meio de um sistema de internet que disponibiliza os dados a partir de categorias estabelecidas, e são as seguintes categorias; município de residência, sexo, faixa etária, escolaridade, categoria de exposição e óbito. E dentre estas categorias, alguns recortes foram necessários para a pesquisa, entre eles o período, público alvo, idade e municípios.

Serão analisadas as notificações de aids no público feminino e consideradas somente as notificações em mulheres com 13 anos ou mais, sendo descartados os casos de transmissão perinatal quando houver, visto que a análise dos dados será

sob a perspectiva de gênero, no período que vai do ano 2000 a 2013, para evitar erros nas informações, visto que as notificações ocorrem com um certo atraso, exceto a categoria mortalidade que será pesquisada até o ano 2012, por ser o último ano disponibilizado.

Quanto aos municípios escolhidos para o estudo, foram selecionados os sete municípios do litoral do Paraná, composto por: Antonina, Guaraqueçaba, Guaratuba, Matinhos, Morretes, Paranaguá e Pontal do Paraná, com o objetivo de estabelecer uma aproximação com a temática da aids junto a população feminina no âmbito regional.

RESULTADOS

A caracterização da população pesquisada segundo a categoria sexo, encontra-se no QUADRO 1, confirmando a feminização e interiorização, ambas associadas a expansão da aids em municípios de médio e pequeno porte.

Assim, no litoral paranaense, há registros de casos de aids em todos os municípios pesquisados, com proporção homem x mulher próximas da nacional.

Entre os municípios pesquisados, constata-se que Paranaguá se enquadra nos municípios com grande magnitude da epidemia por apresentar mais de 50 casos considerando ambos os sexos. Já os demais municípios se enquadram no grupo de pequena magnitude, pois apresentam 19 casos ou menos.

Quanto à regularidade das notificações, apenas Guaraqueçaba apresenta notificações irregulares, em que não há registro em todos os anos, nos demais municípios há registro de notificações regulares, contudo há variação no número de casos registrados ao longo dos anos.

Vale mencionar que o atraso nas notificações e as subnotificações, indicam que há um número maior do que o divulgado, já que muitas notificações ocorrem anos

mais tarde o tempo para manifestação de doenças oportunistas (RODRIGUES JR; CASTILHOS, 2004).

Município	Sexo	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	Total
Antonina	Mas.	1	1	3	1	2	3	3	0	5	2	1	2	1	8	33
	Fem.	1	2	3	4	1	2	3	0	1	1	1	1	2	1	23
Guaraqueçaba	Mas.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	1	2	0	7
	Fem.	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	4
Guaratuba	Mas.	1	7	9	14	9	8	8	5	11	6	3	6	12	8	107
	Fem.	1	4	6	5	6	2	9	3	13	5	2	7	13	2	78
Matinhos	Mas.	6	6	4	6	3	5	5	13	19	11	4	5	7	6	100
	Fem.	3	3	4	4	3	2	2	3	5	7	5	5	5	4	55
Morretes	Mas.	0	0	2	1	0	1	0	2	4	2	0	4	1	2	19
	Fem.	0	1	2	0	1	0	1	3	0	3	3	4	0	2	20
Paranaguá	Mas.	40	41	55	50	36	43	35	34	76	49	44	33	39	43	618
	Fem.	32	25	31	38	21	21	19	16	40	28	36	40	27	25	399
Pontal do Paraná	Mas.	1	2	2	2	3	3	3	4	5	5	4	2	7	7	50
	Fem.	3	1	0	0	2	2	1	2	6	3	9	6	5	6	52

QUADRO 1: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE AIDS EM ADULTOS SEGUNDO MUNICÍPIO E SEXO-2000- 2013.

FONTE: DATASUS

No QUADRO 2, observa-se a incidência da aids na população feminina em todas as faixas etárias, sendo as maiores taxas de incidência acumuladas na faixa etária que vai dos 20 aos 39 anos, o que vai ao encontro do que afirmam os autores (BRITO; CASTILHO; SCWARCOWALD, 2000), que aponta esse grupo etário como sendo o mais atingido desde o começo da epidemia.

Ou seja, a aids continua a acometer em sua maioria a população jovem e em idade reprodutiva, o que nos ajuda a compreender as ações dirigidas às mulheres em grande parte se limitem à prevenção da transmissão.

Idade	Antonina	Guarapuã	Guaratuba	Matinhos	Morretes	Paranaguá	Pontal do Paraná	Total
13-19	0	0	3	1	2	8	0	14
20-24	2	0	8	12	2	41	2	67
25-29	4	2	10	6	2	54	14	92
30-34	4	1	20	3	6	66	12	112
35-39	3	0	14	12	1	69	8	107
40-49	3	1	12	11	3	96	10	136
50-59	5	0	7	8	2	50	5	77
60 e mais	2	0	4	2	2	15	1	26
Total	23	4	78	55	20	399	52	631

QUADRO 2: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE AIDS SEGUNDO MUNICÍPIO E FAIXA ETÁRIA- 2000- 2013.

FONTE: DATASUS

Com base na TABELA 1 que apresenta as categorias de transmissão do HIV, nota-se que a categoria mais frequente entre as mulheres pesquisadas é a heterossexual. Característica essa que no Brasil contribuiu para o aumento de casos em mulheres, e que segundo Bastos (2001), essas mulheres vem contraindo HIV dos seus próprios parceiros

Porém, nos chama atenção o item preenchido como categoria Ignorado, que se deve a subnotificação ou à incerteza quanto à forma de infecção pelo vírus.

TABELA 1: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE AIDS SEGUNDO MUNICÍPIO E CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO- 2000- 2013

Município	Homossexual	Bissexual	Heterossexual	UDI	Ignorado	Total
Antonina	0	0	11	2	10	23
Guarapuã	0	0	3	0	1	4
Guaratuba	0	0	51	0	27	78
Matinhos	0	0	37	3	15	55
Morretes	0	0	11	0	9	20
Paranaguá	0	0	307	6	86	399
Pontal do Paraná	0	0	34	1	17	52
Total	0	0	454	12	165	631

FONTE: DATASUS

Quanto a escolaridade, no QUADRO 3 podemos observar que a maior parte das mulheres acometidas pela aids nos sete municípios não concluíram o ensino fundamental, ou seja, possuem menos de 8 anos de escolaridade.

Apesar da escolaridade isoladamente não ser suficiente para indicar o poder socioeconômico da população analisada, ela é utilizada como variável da situação socioeconômica, ou seja, a baixa escolaridade é um indicativo de que a maior proporção de mulheres acometidas são as mais desfavorecidas economicamente.

Sendo assim, a pauperização da aids é evidenciada pelos números expressivos que representam os indivíduos infectados pelo HIV e que apresentam menor grau de escolaridade. (BRITO; CASTILHO; SCWARCWALD, 2000)

Escolaridade	Antonina	Guaraqueçaba	Guaratuba	Matinhos	Morretes	Paranaguá	Pontal do Paraná	Total
Analfabeto	1	0	2	0	0	15	0	18
1ª a 4ª inc.	2	1	7	8	1	60	6	85
4ª comp.	0	0	2	6	1	12	5	26
5ª a 8ª inc.	7	1	23	14	3	134	15	197
Ens. Fund.	2	1	3	2	1	20	2	31
Ens. Méd. Inc.	2	0	6	5	1	42	2	58
Ens. Méd. Com	0	0	2	3	0	17	1	23
Sup. Inc.	0	0	0	0	0	1	0	1
Sup. Com	0	0	2	1	1	6	1	11
Ignorado	9	1	31	16	12	92	20	181
Total	23	4	78	55	20	399	52	631

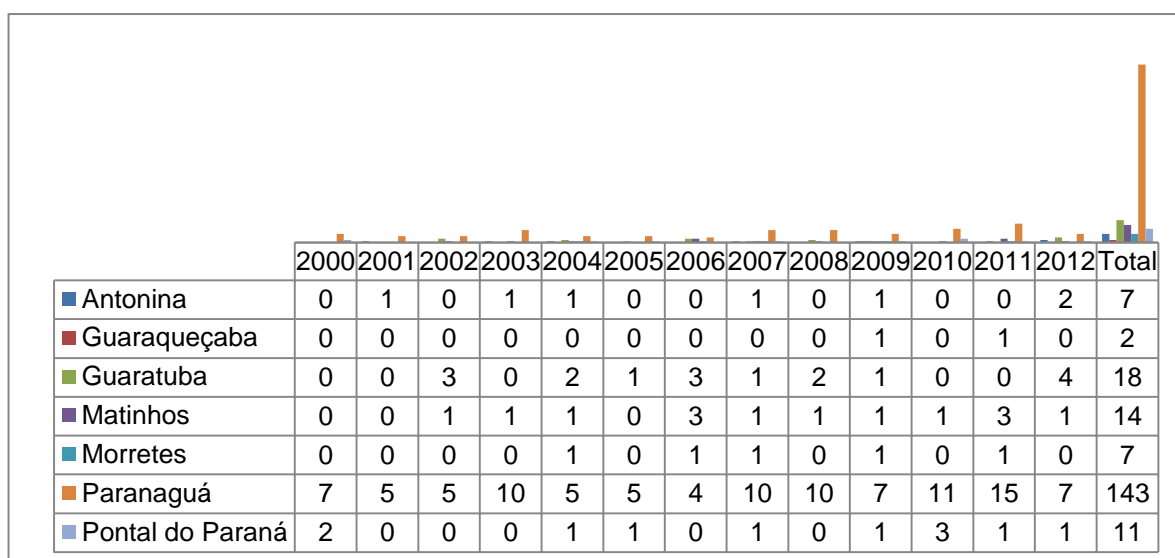
QUADRO 3: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE AIDS SEGUNDO MUNICÍPIO E ESCOLARIDADE-2000- 2013.

FONTE: DATASUS

A mortalidade por aids nos municípios do litoral paranaense se manteve praticamente igual ao longo dos anos, exceto Paranaguá, que apresentou variação ao longo dos anos, conforme o QUADRO 4.

Se considerarmos que no início receber o diagnóstico de aids era como receber a sentença de morte, a diminuição no índice de mortalidade hoje é decorrente do acesso universal e gratuito de medicamentos antirretrovirais pelo Sistema Único de

Saúde a partir de 1996. Foi a partir das intervenções profiláticas e terapêuticas que os indivíduos com aids passaram a ter uma sobrevida maior, fato este que caracterizou a aids como doença crônica, assim como diabetes e pressão alta.



QUADRO 4: TAXA DE INCIDÊNCIA DE MORTALIDADE POR AIDS SEGUNDO MUNICÍPIO- 2000-2013.

FONTE: DATASUS

CONSIDERAÇÕES

A partir do estudo, constatou-se que a população feminina pesquisada acometida pela aids, é uma população de mulheres em sua maioria jovem, com pouca escolaridade e conseqüentemente empobrecida, confirmando que houve a feminização, interiorização e pauperização da aids nos municípios do litoral paranaense.

Apesar de uma leve queda no número de notificações de aids no público feminino, deve-se estar atento, para saber quem são essas mulheres que vem sendo infectadas, para que de fato elas tenham acesso aos serviços de saúde e

tratamento garantido.

Com os dados obtidos, temos uma noção mais geral do quadro, evidenciando que, apesar da epidemia estar estabilizada os números são bastante significativos e apontam a necessidade da continuidade desse estudo, pois essas mulheres não são apenas números, mas sim donas de histórias que precisam serem ouvidas.

É certo que nesse primeiro momento os dados são importantes, pois proporcionam uma aproximação com a temática e evidenciam a problemática da aids no nível local, pois infecções pelo vírus HIV continuam a ocorrer, e muitas dessas mulheres contaminadas são silenciadas pelo medo e vergonha, tendo em vista que a aids ainda é carregada de estigma.

Vale ressaltar que a aids é considerada uma doença crônica, apesar disso, o portador consegue ter uma boa qualidade de vida quando descoberta a sorologia e iniciado o tratamento. Por isto, a necessidade de se investir em ações que vise o diagnóstico precoce e garanta acesso ao acompanhamento e tratamento.

Portanto, conhecer a magnitude da feminização da aids no litoral paranaense caracteriza-se como possibilidade de apresentar a vulnerabilidade feminina ao vírus HIV, bem como necessidade de implementar as ações de enfrentamento ao HIV/aids, e reafirmar que a aids não pode ser esquecida e nem tão pouco ser associadas a mais uma das mazelas que atinge os pobres.

REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. C. M.; JUNIOR, I. F. ; CALAZANS, G. J. SAÚDE REPRODUTIVA EM TEMPO DE AIDS (II SEMINÁRIO). Aids, vulnerabilidade e prevenção. Rio de Janeiro. ABIA, 1997.

AYRES, J. R. C. M. **Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais.** Interface- Comunicação- Saúde e Educação. V 6, nº11 p. 11- 24, ago 2002.

BARBOSA, R. H. S. **AIDS e Gênero: As Mulheres de uma Comunidade Favelada.** 1993. 135 f. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1993.

BARBOSA, R. M. **HIV/AIDS TRANSMISSÃO HETEROSSEXUAL E MÉTODOS DE PREVENÇÃO CONTROLADOS PELAS MULHERES.** Coleção ABIA, Saúde Sexual e Reprodutiva nº 2, Rio de Janeiro, 2000.

BASTOS, I. F. A Feminização da Epidemia de Aids no Brasil: Determinantes Estruturais e Alternativas de Enfrentamento. Coleção ABIA, Saúde Sexual e Reprodutiva nº3, Rio de Janeiro. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST.** Secretária de Vigilância a Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Brasília (DF) 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2013.** Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília (DF), 2013.

Brito, A. M.; Castilho, E. A. e Szwarcwald, C. L. **AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada.** Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 34: 207-217, mar- abr, 2000.

CAMARGO, Jr., K. R. **Ciências da Aids e Aids das Ciências: discurso médico e construção da Aids.** Rio de Janeiro: Relume- Dumará: ABIA: IMS/ UERJ, 1994.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda, 1910- 1989. **Miniaurélio Século XXI Escolar: O minidicionário da língua portuguesa/** Aurélio Buarque de Holanda Ferreira; coordenação de edição, Margarida dos Anjos, MarinaBaird Ferreira; lexicografia, Margarida dos Anjos...[et al.]. 4. Ed. Rev. Ampliada. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 20001.

PARKER, R. A construção da solidariedade: AIDS, Sexualidade e **Política no Brasil.** Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA: IMS/ UERJ, 1994.



Ministério da Educação
Universidade Federal do Paraná
Setor Litoral



PARKER, R.; Galvão, J. (orgs.). **Quebrando o Silêncio: Mulheres e AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumbará: ABIA: IMS/ UERJ, 1996.

PARKER, R; CAMARGO JR., K. R. **Pobreza e HIV/AIDS: Aspectos Antropológicos e Sociológicos**. Caderno de Saúde Pública, v.16, n.1, p.89- 102, 2000.

RODRIGUES-JUNIOR, A. L; CASTILHO, E. A. **A epidemia de AIDS no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal**. Revista Da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Uberaba, v. 37, n. 4, p. 312-317, jul-ago. 2004.

SANTOS, N. J. S. et al. **Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, nº 2, p.321- 333, 2009.

SCOTT, Joan Wallace. **Gênero: uma categoria útil**. In: Educação e Sociedade, Porto Alegre, 1990.

TAQUETTE, S. **Feminização da aids e adolescência**. Adolescência & Saúde. V 6, nº 1, abr 2009.