

Aids, a Hora das Mulheres: Vulnerabilidade Versus Responsabilidade

Maria Izabel Simões Germano¹

Resumo

O número de casos de aids vem aumentando entre as mulheres, inclusive entre as que possuem parceiro fixo. Um importante fator coadjuvante concernente a este fato relaciona-se ao status social, político e religioso das mulheres e a sua dependência em relação aos homens, particularmente no aspecto econômico. A aids tem sido associada a grupos ou comportamentos considerados de risco. Salienta-se que o comportamento individual constitui fator determinante de vulnerabilidade (relações e interações nas quais o risco pode ocorrer) das mulheres à aids, exigindo que o enfoque das ações preventivas seja voltado para o indivíduo. Deste conceito deriva o de responsabilidade, que no caso do HIV requer indivíduos capazes de aprender sobre a doença e de exibir comportamentos adequados a sua prevenção. Destaca-se a participação do homem na disseminação do HIV para sua parceira, particularmente devido ao uso inconsistente do preservativo. Recomenda-se a realização esforços conjuntos, dos órgãos públicos e da sociedade, com ênfase especial

¹ Pedagoga pela PUCSP, mestre em Saúde Pública pela FSP/USP, doutora em Saúde Pública pela FSP/USP.

nas ações realizadas pelas empresas e pela mídia. Destaca-se, ainda, o papel da escola, mediante a inclusão do tópico referente à aids nos currículos como tema transversal, ressaltando-se a necessidade de preparar os docentes para assumirem esta responsabilidade.

Palavras-chave: aids, gênero/poder, vulnerabilidade, educação.

AIDS – The women’s turn: vulnerability versus responsibility

Abstract: The number of cases of AIDS has been increasing greatly among women, inclusively among those with a fixed partner. An important coadjutant factor related to this phenomenon concerns the women’s social, political and religious status as well as their dependency on men, particularly in the economical aspect. AIDS has been associated with groups or behaviors considered as risky ones. It is worth emphasizing that the individual behavior constitutes a determinant factor for the women’s vulnerability to AIDS (relations and interactions in which a situation of risk might occur), requiring that the focus of preventive actions be directed towards the individual. From this concept derives another one – that of responsibility – which, in the HIV’s case, requires individuals able to learn about the disease and who present behaviors adequate to its prevention. It should be noticed the important role played by man in the HIV’s transmission to his female partner, particularly due to his inconsistent use of the condom. It is recommended the gathering of efforts on the part of both public organizations and society, with special emphasis on actions carried out by business companies and the media. The role played by the school through the inclusion of topics related to AIDS in its educational curriculum, as a transversal theme, is also stressed as well as the need for preparing teachers for taking this kind of responsibility.

Keywords: AIDS, gender/power, vulnerability, education.

Introdução

O número de mulheres portadoras da síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) vem aumentando nos últimos anos, inclusive daquelas que vivem em união estável, ou seja, que possuem um parceiro fixo e não apresentam comportamento promíscuo. Esse fato tem levado os pesquisadores a buscarem verificar as razões dessas mulheres não adotarem comportamentos preventivos em relação à aids, assim como para outras doenças sexualmente transmissíveis. Respostas concernentes às razões pelas quais as mulheres não estão se protegendo, ou os motivos que as levam a abrir mão de sua própria segurança em situações “domésticas”, ainda necessitam ser aprofundadas (Nutbeam, 1999).

A aids constitui um desafio para as ciências biológicas e sociais. No campo das ciências biológicas, ainda são necessárias pesquisas para desenvolver uma vacina eficaz, assim como aprimorar os tratamentos anti-vírus da imunodeficiência adquirida (HIV).

No que concerne às ciências sociais o grande enigma que se propõe refere-se ao fato que mesmo informados sobre os meios de prevenção da aids, os indivíduos continuam se expondo aos riscos do HIV. Não existe relação direta entre informação e ação, assim como os indivíduos em geral não reagem positivamente a representações alarmistas e aterrorizantes da doença (Monteiro, 1998; Paicheler, 1999). A prevenção da aids precisa considerar as dimensões sociais e culturais da epidemia na definição de comportamentos preventivos. Deve-se, sobretudo, dar atenção ao significado atribuído por diferentes grupos de pessoas à informação que recebem e às possíveis barreiras, tanto para compreender a informação quanto para mudar de atitude, devido às normas intrínsecas ao grupo (Bakker, 1999).

As diferentes faces da aids – breve histórico

Os primeiros casos de aids, na década de 1980, ocorreram em homossexuais masculinos. Desta maneira, a aids nasceu vinculada a grupos com características peculiares. Subseqüentemente, seguindo a tendência de “grupos de risco”, associou-se a doença aos haitianos e aos usuários de drogas injetáveis, além dos hemofílicos – estes considerados vítimas. A partir do maior controle do sangue e de seus hemoderivados, e sobretudo, após os testes laboratoriais para detecção de anticorpos anti-HIV, minimizou-se o problema da transmissão para os hemofílicos. Em síntese, as duas principais vias de transmissão do HIV são a sexual e a sanguínea.

A aids tem sido associada a comportamentos considerados “anormais”, assim a criação de estereótipos ou de grupos estigmatizados ajudam a torná-la uma doença do outro (Barbosa; Villela, 1996; Gil; Temporini, 2000; Santos, 1996; Schiemann, 1998), tornando mais difícil para que a maioria da população se sinta ou se perceba como vulnerável à epidemia, bem como venha a adotar comportamentos preventivos.

A noção de “grupo de risco” foi substituída pela de “comportamento de risco” (Ayres, 1999). Atualmente, a maior preocupação quanto ao rumo da epidemia refere-se às relações heterossexuais e, particularmente, à contaminação das mulheres em união estável, que vêm sendo infectadas por seus parceiros, usuários de drogas ou não. Salienta-se que, neste caso, a transmissão do HIV não ocorre por um comportamento considerado “anormal”, mas dentro de uma relação estável, considerada “segura” (Patton, 1994a). Tal fato veio reverter o perfil dos portadores do HIV e dos doentes; e reveste-se de importância ainda maior devido à possibilidade da transmissão da doença da mãe para o feto.

No Brasil, a aids é a principal causa de morte de mulheres na faixa etária de 15 a 49 anos nas maiores cidades do país (Villela; Diniz, 1998), assim como nos demais continentes, especialmente na África

onde 10% da população encontra-se infectada pelo HIV (Ahluwalia, 1998). O primeiro caso feminino foi detectado em 1983 e a razão de casos entre homens e mulheres que era de 24/1, em 1985, evoluiu para 2/1, entre 1999 e 2000 (Dhalia et al, 2000).

O aumento de casos entre heterossexuais, a partir da década de 1990, vem ocorrendo sobretudo nas populações marginalizadas e vulneráveis (Brito, 1998; Mann, 1999; Ministério..., 1999), sendo que em relação à escolaridade 65% dos casos ocorreram entre analfabetos ou pessoas que possuíam apenas ensino fundamental; chama, ainda, a atenção o fato do analfabetismo ser maior entre as mulheres (6,1%) que entre os homens (3,5%) (Ministério, 1998).

Aids, gênero e poder

Gênero é uma construção social pela qual várias atividades e características são associadas a um ou outro sexo. Um fator coadjuvante ao aumento de casos de infecção pelo HIV entre as mulheres relaciona-se ao seu status social, político e religioso e à sua dependência em relação ao homem. As mulheres são dependentes economicamente, têm pouca influência nas decisões concernentes a ela mesma e a seus familiares, inclusive nas relações sexuais apresentam limitado poder de barganha para negociar o uso de preservativo.

Um elemento relevante neste contexto relaciona-se ao amor e ao desejo de ser mãe, pois a identidade da mulher constrói-se em torno da maternidade. Nesta perspectiva as relações com seu parceiro são vistas como seguras, na medida que não são consideradas comportamento de risco – relações homossexuais, com profissionais do sexo ou com usuários de drogas injetáveis (Laski, s.d.) e quando duvidam da fidelidade de seu parceiro não ousam questioná-lo, diretamente, para não colocar a relação em risco (Paicheler, 1999). De maneira

geral, as mulheres só se percebem em risco quando seu parceiro adoece. A somatória desses fatores torna a mulher mais vulnerável não apenas à aids, como também às doenças sexualmente transmitidas, à gravidez inesperada, à indignidade e à dor (Cook, 1999).

A desigualdade entre homens e mulheres torna o discurso masculino hegemônico na maior parte das sociedades e, praticamente, anula a capacidade de negociação, entendida como a comunicação interpessoal que tem lugar durante um encontro sexual para influenciar o que ocorre na relação em termos de necessidades e desejos dos dois parceiros envolvidos. Em geral, os homens decidem onde, quando e como as relações sexuais terão lugar.

A aids constitui, ainda, um problema de relevância na medida em que existe ligação entre aids e baixa idade da mulher, relacionada à preferência do homem por mulheres mais jovens nas relações que ocorrerem dentro e fora do casamento (extraconjugais com profissionais do sexo ou não e casamentos polígamos) (Berer 1997), seguindo padrões culturais. Estas jovens, em geral, são menos capazes de fazer frente às pressões dos parceiros em relações desiguais de poder, sobretudo quando decorrentes de fatores econômicos .

Por outro lado, mulheres com mais idade podem ter seu poder de barganha também diminuído, devido ao temor de serem abandonadas. Quanto menor o poder de negociação da mulher, torna-se mais difícil evitar os riscos de contaminação pelo HIV (Barbosa; Villela, 1996). A probabilidade de perder o parceiro pode representar não apenas abrir mão de uma relação que lhe confere status no grupo, mas também, o apoio afetivo e o suporte financeiro. As mulheres com filhos podem ser consideradas, ainda, mais vulneráveis.

O quadro a seguir sintetiza a questão de gênero e poder frente aos riscos à aids.

Quadro 1. Fatores relacionados ao gênero que influenciam a disseminação da epidemia de HIV/Aids

A sociedade atribui a homens e mulheres papéis de gênero e status desigual. No que concerne as relações sexuais, independentemente do tipo de estabilidade conjugal é o homem quem determina o ritmo e a forma destas.

<i>Mulheres status inferior</i>	<i>Homens status superior</i>
Déficit de educação (Patton, 1994a). Encarregada dos trabalhos domésticos, da criação dos filhos, dos cuidados com idosos e doentes. A epidemia de aids aumenta os encargos destes papéis tradicionais.	Melhores chances de educação. Pequena ou nenhuma responsabilidade com crianças, trabalhos domésticos ou cuidados com velhos e doentes.
Falta de liberdade pessoal. Limitada liberdade de movimentos. Limitado acesso à informação. Falta de informação sobre o HIV/aids	Maior liberdade pessoal. Liberdade sexual. Liberdade de movimentos. Acesso à informação, inclusive sobre o HIV/aids.
Pequena ou nenhuma renda. Pequeno controle sobre o orçamento doméstico e como dispêndê-lo. Menos viável economicamente. Pauperização das mulheres: – Realizam 2/3 dos trabalhos da humanidade, entretanto recebem apenas 1/3 dos salários e detêm 1% dos bens imóveis (Patton 1994a); – No Brasil, dos 1.3 bilhões de miseráveis 70% são mulheres; – Importância do comércio sexual.	Renda própria e controle sobre o orçamento.
Pequeno poder de barganha nas relações pessoais. Pequena influência sobre a vida sexual do parceiro. Inabilidade de discutir sexo com o parceiro, independentemente de fatores geográficos, socioeconômicos e culturais. Sexo visto como obrigação (Barbosa, 1999). A mulher é considerada responsável por proteger o homem de doenças e evitar que estas se transmitam para a prole (Patton, 1994b).	Maior poder de escolha de parceira sexual, “de fato” direito de ter várias parceiras, direito de visitar profissionais do sexo, direito de controlar a relação sexual com a parceira/esposa. Sexo visto como um direito. O preservativo é visto como um método para preservar a própria saúde.

Resultado Final

Não pode impor por sexo seguro.	Pode escolher quando praticar sexo seguro.
---------------------------------	--

Áreas para serem construídas/enfatizadas

Os papéis tradicionais tornam as mulheres boas organizadoras. Elas têm tradição de organizar grupos de auto-ajuda que podem ser usados para fortalecê-las e conferir-lhes maior poder. Reforçar seus direitos à cidadania.	Podem escolher mudar o estilo de vida e praticar sexo seguro. Podem escolher mudar de atitude em relação à mulher e lutar ativamente contra a epidemia, assumindo papéis de liderança.
---	--

Obstáculos a superar

<p>Dependência em várias áreas. Déficit nutricional (Patton, 1994a). Dificuldade no acesso aos serviços de saúde.</p> <p>Espera-se das mulheres que se abstenham de relações sexuais antes do casamento e que não mantenham relações extraconjugais (Parker, 1997).</p>	<p>Machismo, expectativa de viver o “macho ideal”, que inclui correr riscos pessoais e prejudicar a vida dos outros. A cultura do machismo pressupõe: atividade ou domínio masculino X passividade/submissão feminina. Espera-se que o homem inicie a atividade sexual assim que entra na adolescência e que tenha múltiplas parceiras, antes e depois do casamento (Parker, 1997).</p>
---	---

Efeitos sobre a epidemia de HIV/aids

Desigualdade de poder entre os papéis de gênero facilita a disseminação da epidemia. Num cenário tradicional, nas camadas mais pobres da população a capacidade das mulheres negociarem as práticas sexuais e reprodutivas são mais restritas. (Parker, 1997)

Identificando os pontos fortes e fracos de cada um dos papéis de gênero, identificam-se pontos focais para intervenções.

Necessidade de hierarquizar riscos – o HIV talvez um dentre outros riscos mais prementes (fome, violência, desemprego) .

Fonte: Adaptado de Guerny, 1999.

Vulnerabilidade

Os termos vulnerável e vulnerabilidade são cada vez mais utilizados nas ciências sociais e em pesquisas sobre prevenção da aids. No presente estudo destacam-se as idéias de Jonathan Mann (1993), representante da corrente norte-americana e François Delor e Michel Hubert (2000), da linha européia. Salienta-se, ainda, que o conceito de vulnerabilidade começou a ser utilizado na literatura a partir de catástrofes naturais – consideradas como uma coincidência entre acidentes da natureza (inundações, tremores de terra, secas, entre outros).

Conforme mencionado anteriormente, no que concerne a epidemia de HIV/aids o primeiro estágio na construção do conceito de risco ocorreu no início de 1980, quando haitianos foram considerados grupos de risco. Posteriormente consideraram-se determinados comportamentos como sendo de risco, sobretudo determinadas práticas sexuais. Atualmente, fala-se, prioritariamente, de vulnerabilidade com

uma conotação de relações e interações nas quais o risco pode ocorrer, ou seja, prioriza-se a identificação de situações de vulnerabilidade, coloca-se maior ênfase nos programas voltados para a educação e “empowerment” dos indivíduos face à epidemia, com o objetivo de chegar próximo ao risco zero de sexo totalmente seguro (Delor; Hubert, 2000).

O desafio atual para os pesquisadores refere-se a criar meios para analisar a vulnerabilidade implícita no dia-a-dia. As reações dos indivíduos ao risco e a adoção de um dado comportamento não são influenciadas apenas pela qualidade da informação disponível, mas também pelas relações entre ação e estrutura. Quando confrontado com um evento hostil, o sujeito racional é substituído por outro ligado a um sistema de relações que influenciam suas escolhas e condições atuais de existência. Cabe investigar as condições políticas, econômicas e espaços sociais que geram essas condições de existência (2000).

Vulnerabilidade, então, significa “exposição a contingências e estresse, bem como, dificuldade para lidar com essas situações. A vulnerabilidade tem dois lados: um externo em que o indivíduo ou membros de uma família estão sujeitos a estresse, outro interno em que o indivíduo está indefeso, com falta de meios para lidar com as perdas e prejuízos” (Chambers, citado por Delor; Hubert, 2000).

Disso resultam três vulnerabilidades coordenadas: risco de ser exposto a situações de crise (exposição), risco de não ter os recursos necessários para lidar com esta situação (capacidade) e o risco de estar sujeito a sérias conseqüências como resultado da crise (potencialidade). Assim, *exposição* refere-se aos fatores que aumentam o risco de infecção por HIV – homens e mulheres que apresentam comportamento de risco em contextos nos quais a prevalência de HIV é alta e/ou está aumentando estarão particularmente expostos ao risco de contrair o HIV. *Capacidade* refere-se à possibilidade de mobilizar, em tais contextos, os recursos adequados para lidar com a situação. Pessoas em desvantagem (migrantes, mulheres e outras minorias) e jovens, em busca de sua identidade sexual, podem ser considerados

particularmente suscetíveis ao HIV. *Potencialidade* relaciona-se, principalmente, às conseqüências do evento, a importância do qual dependerá de onde a infecção ocorre – em um país industrializado ou naqueles com serviços de saúde praticamente inexistentes (Watts e Bole, citados por Delor; Hubert, 2000).

Ao nível biológico todas as pessoas são vulneráveis ao HIV (expostas – quer nas relações sexuais ou pelo sangue e seus hemoderivados). Em termos da realidade epidemiológica, salienta-se que comportamentos ou ações específicas, envolvendo dois ou mais participantes, precisam ocorrer para que haja a transmissão do HIV, a qual obviamente também pode ser evitada mediante comportamentos específicos. São ainda necessários outros fatores ou influências para sustentar ou acelerar o progresso da epidemia no âmbito mundial. Todavia, o comportamento individual constitui o determinante final da vulnerabilidade à infecção pelo HIV, portanto, é necessário um enfoque no indivíduo, embora este não seja suficiente. O comportamento individual é tanto mais mutável quanto conectado socialmente, variando durante a vida da pessoa, mudando em resposta à história e experiência pessoal, sendo fortemente influenciado por indivíduos-chave (familiares, amantes, amigos), comunidades e entidades sociais e culturais mais abrangentes, como religiões e Estados-nações.

A tarefa final da prevenção é a responsabilidade individual. A prevenção ao HIV requer indivíduos investidos da responsabilidade de aprender e responder. Para tal, três elementos são essenciais: informação/educação, serviços de saúde e um ambiente social de apoio (Mann, 1993).

Mann (1993), propõe a seguinte definição de vulnerabilidade ao HIV/aids:

Em termos absolutos: desprotegido.

Em termos relativos: exposto a um risco maior do que a média.

Em termos epidemiológicos: exposto a maior risco da infecção pelo HIV.

Em termos médicos: incapaz de avaliar o nível satisfatório e qualidade da assistência médica.

Em termos operacionais: necessita de um maior grau de proteção e assistência.

Em termos de direitos humanos: exposto ao risco de discriminação ou tratamento injusto desafiando princípios básicos de equidade e dignidade humana.

Em termos sociais: privado de alguns ou de todos os direitos ou serviços sociais.

Em termos econômicos: devido a limitações financeiras, incapaz de compensar o risco de infecção ou ter acesso ao nível e qualidade de assistência satisfatória.

Em termos políticos: incapaz de conseguir representação total ou carente de poder político.

Como se depreende esta visão enfatiza fatores socioeconômicos e políticos, relacionando-os ao risco do indivíduo vir a infectar-se pelo HIV. Para este autor, a vulnerabilidade individual à infecção pelo HIV depende de três elementos: o comportamento pessoal, o contexto social e a existência e eficácia de Programas Nacionais de Combate à Aids que prestem assistência ao indivíduo.

Por outro lado, Delor e Hubert (2000) propõem uma matriz heurística de vulnerabilidade, também baseada em três níveis:

- Trajetória social, em que cada indivíduo passa por diferentes fases em sua vida, mas vários indivíduos podem compartilhar a mesma trajetória. A posição no transcórre da vida é decisiva para compreender certos comportamentos sexuais e os riscos a eles associados;
- Interações, estágio em que duas ou mais trajetórias se interceptam – no caso do HIV, a infecção requer, no mínimo, dois indivíduos, isto é, duas trajetórias que se encontram. Estes indivíduos podem adotar diferentes comportamentos de risco segundo sua posição ou status na interação. Por exemplo: um usuário de drogas injetáveis que entra para um novo grupo, será o último a se injetar e, portanto, terá uma possibilidade maior de se infectar com o HIV; e,

– Contexto social, influencia o momento e as formas de encontro de diferentes trajetórias. Por exemplo, as relações entre um homem e uma mulher em uma dada sociedade têm lugar em um contexto em que seus papéis estão previamente determinados. Constitui consenso entre os autores a influência que o contexto sócio cultural representa para a transmissão do HIV (Brito, 1998; Gil; Temporini, 2000; Monteiro, 1998; Delor; Hubert, 2000).

Segundo Delor e Hubert (2000), os três níveis, anteriormente citados, podem ser vistos de dois ângulos: o comumente aceito por todos – objetivo, e o particular – trabalhado por cada indivíduo. Como exemplo citam o uso de preservativo, comumente considerado como um comportamento preventivo, mas que em algumas situações pode ser visto como um convite a trazer à tona o risco de infectar-se com a aids, implica numa falta de confiança no(a) parceiro(a) ou pode estar associado, na mente de algumas pessoas, com a imagem de promiscuidade.

Os elementos acima expostos, são construídos e reconstruídos no processo de criação da identidade. Assim, a confrontação com o risco do HIV, mas também, com o risco de ficar só ou de ser abandonado requer uma constante reconstrução da identidade do indivíduo e produz uma síntese temporária das 3 dimensões; onde é necessário entender as relações entre risco, identidade e vulnerabilidade. Situações de vulnerabilidade são aquelas circunstâncias – em termos de momentos específicos – durante os quais este exercício é mais doloroso, difícil ou perigoso.

O estudo da vulnerabilidade necessita focar o exame rigoroso da situação social em que ela ocorre e cresce. Exige análise precisa e sistemática da trajetória social (fragilidade biográfica do indivíduo), das interações sociais (influências das relações) e do contexto social (impacto macrossocial) para se poder diferenciar vulnerabilidade de identidade, de relações e de contexto.

Responsabilidade

Tendo em vista o exposto, pode-se questionar: mas, afinal, a quem cabe a responsabilidade pela prevenção ao HIV/aids?

Ao que parece, na maioria das culturas este ônus tem recaído sobre a figura feminina, o que vem ocasionando o aumento do número de casos de aids entre as mulheres, em particular aquelas com parceiro fixo e que não são promíscuas.

Pode-se igualmente pensar o problema por um outro ângulo, procurando descobrir porque os homens, parceiros dessas mulheres, não apresentam comportamentos preventivos.

Existe consenso na literatura sobre a dificuldade de a mulher negociar o uso de preservativo com seu parceiro como forma de prevenção. Este fato associa-se a padrões culturais que determinam um papel passivo à mulher nas relações sexuais, bem como à idealização do “amor” romântico e à vontade de ter filhos, pois sexo seguro significa sexo sem concepção.

O uso do preservativo parece ser uma prerrogativa do homem e mesmo o preservativo feminino deve ser aceito por ele. Lembra-se, igualmente, que o preservativo feminino tem custo superior ao masculino (Barbosa, 1999). Assim, cabe estudar os motivos que impedem ou dificultam a adoção do preservativo pelos homens e, pode-se levantar os seguintes questionamentos: Como os homens, em geral, têm mais parceiras não deveriam sentir-se mais responsáveis pela adoção de comportamentos preventivos? Não deveriam proteger-se a fim de evitar sua própria contaminação? E, caso contraíam o HIV, não deveriam impedir sua disseminação?

Conclusões

A questão da responsabilidade implica em ser capaz de avaliar o perigo que uma determinada situação representa com pleno conhecimento da origem do perigo, assim como ser capaz de fazer a escolha

mais criteriosa possível (Paicheler, 1999). É importante a participação do homem na prevenção do HIV, protegendo a mulher e a própria família, porém, historicamente, o homem não assume as conseqüências pelo ato sexual (Barbosa, 1996), assim, frequentemente a mulher arca com a responsabilidade pela gravidez ou opta pelo aborto, apesar das conseqüências deste ato. Mesmo as campanhas de prevenção à aids têm colocado a mulher como responsável pela segurança da relação e como sendo capaz de infectar o homem (Temporini, 1999).

O fato de discutir sobre sexo seguro e uso de preservativo parece causar desconforto para a maioria das pessoas e traz à mente a questão da promiscuidade. Em estudo realizado em Serra Leoa, 59% dos participantes da pesquisa disseram acreditar ser responsabilidade do homem propor sexo seguro em relações heterossexuais, sendo que o dobro do número de homens em relação ao de mulheres concordaram com esta afirmação (Stewart; Richter, 1998).

Quanto ao uso de preservativo é necessário que haja consistência, isto é que seja utilizado em todas as relações sexuais. No entanto, pesquisas têm revelado que nos relacionamentos prolongados, quando existe compromisso mais sério entre os parceiros ou amor, o uso de preservativo é inconsistente ou, simplesmente o preservativo não é usado (Dhalia et al, 2000; Gil; Temporini, 2000).

Recomendações

Faz-se necessário um esforço conjunto, que envolva órgãos públicos e sociedade, com ênfase nas associações e Organizações Não Governamentais (ONGs) que vêm desenvolvendo atividades, sobretudo junto a grupos de mulheres e jovens, no sentido de instrumentalizar estas pessoas para ampliar o diálogo a respeito da sexualidade e das medidas que previnam as doenças sexualmente transmissíveis, especialmente o HIV/aids.

Por outro lado, as empresas poderiam oferecer uma contribuição importante incluindo esta temática em eventos que reúnam seus funcionários, trazendo especialistas para desenvolver estes assuntos, se possível utilizando metodologias ativas que propiciem uma maior participação do público.

A mídia pode, igualmente, desempenhar papel de destaque, particularmente, rádio e televisão, pela abrangência que têm no Brasil, estando presentes na grande maioria dos lares.

Finalmente, todavia não menos importante, é o papel da escola. De acordo com a legislação vigente a temática referente à aids inclui-se nos temas transversais de saúde que podem ser desenvolvidos pelos docentes de todas as disciplinas. Entendo-se por temas transversais o “conjunto de conteúdos educativos e eixos condutores da atividade escolar que, não estando ligados a nenhuma matéria em particular, pode-se considerar que são comuns a todas, de forma que, mais do que criar disciplinas novas, acha-se conveniente que seu tratamento seja transversal num currículo global da escola” (Yus, 1998). Sabe-se que, para mencionar a área da saúde, é amplo o espectro de assuntos a serem tratados e existem barreiras, inclusive por parte dos próprios professores que deverão ser superadas para tratar de temas que causam “certo desconforto” pessoal (Germano; Temporini, 2001), afinal estas pessoas, também, se confrontam no cotidiano com os mesmos problemas que seus alunos, visto participarem da mesma cultura. Cabe, pois, preparar os docentes para assumirem mais uma responsabilidade, a de se tornarem agentes de mudança comportamental para prevenção da aids.

Bibliografia

AHLUWALIA I. B.; DE VELLIS, R. F.; THOMAS, J. C. Reproductive decisions of women at risk for acquiring HIV infection. *Aids Educ Prev*, 1998, 10, p. 90-97.

AYRES, J. R. de C. M.; FRANÇA, Jr. L.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: BARBOSA, R. M.; PARKER, R. *Sexualidades pelo avesso: direitos identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ São Paulo: Editora 34, 1999. p. 49-72.

BAKKER, A. B. Persuasive communication about AIDS prevention: need for cognition determines the impact of message format. *Aids Educ Prev*, 1999, 11, p. 150-62.

BARBOSA, R. M. Negociação sexual ou sexo negociado? Poder, gênero e sexualidade em termos de AIDS. In: BARBOSA, R. M.; PARKER, R. *Sexualidades pelo avesso: direitos identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ. São Paulo: Editora 34, 1999. p. 73-88.

BARBOSA, R. M.; VILLELA, W. V. A trajetória feminina da epidemia. In: PARKER, R.; GALVÃO, J. (Orgs.). *Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996. p. 17-32.

BARBOSA, R. M. Feminismo e AIDS. In: PARKER, R.; GALVÃO, J. (Orgs.). *Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996. p.153-68.

BERER, M. *Mulheres e HIV/AIDS: um livro sobre recursos internacionais: informação, atividades e materiais relativos às mulheres e HIV/AIDS, saúde reprodutiva e relações sexuais*. São Paulo: Brasiliense; 1997. A epidemiologia do HIV/AIDS em mulheres; p. 80-88.

BRITO, L. Desafios da prevenção do HIV/AIDS no contexto transcultural. *AIDS Bol Epidemiol*, 1998, mar/maio 9 a 21.

COOK, R. Gender, health, and human rights. In: MANN, J. M.; GRUSTIN, S.; GRODIN, M. A.; ANNAS, G. J. *Health and human rights: a reader*. New York: Roultdge, 1999. p 253-264.

DHALIA, C.; BARREIRA, D.; CASTILHO, E. A. de. *A Aids no Brasil: situação atual e tendências*. Disponível em www.aids.gov.br/udtv/boletim_dez99_jun00/aids_brasil.htm. Acesso em: 10/11/2000.

DELOR, F.; HUBERT, M. Revising the concept of "vulnerability". *Soc Sci Med* 2000; 50, 1557-1570.

GERMANO, M. I. S.; TEMPORINI, E. R. Promoção de saúde em aids: percepção da equipe escolar. *Rev Portuguesa de Saúde Pública*, 2001,19, p. 49-54.

GIL, A. C.; TEMPORINI, E. R. Prevenção da AIDS entre estudantes universitários: existe influência dos pares? *Medicina*, Ribeirão Preto, 2000, 33, p. 147-154.

GUERNY, J. Du; SJÖBERG, E. Interrelationship between gender relations and the HIV/AIDS epidemic: some possible consideration for policies and program. In: MANN, J. M.; GRUSTIN, S.; GRODIN, M. A.; ANNAS, G. J. *Health and human rights: a reader*. New York: Roultdge, 1999. p. 202-215.

LASKI, M. Mujeres, vulnerabilidades y género. *Rede de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe*. Cuadernos Mujer Salud 3.s.d. p. 118-22.

MANN, J. M. Human rights and the future of the pandemic. In: MANN, J. M.; GRUSTIN S, Grodin M. A.; ANNAS, G. J. *Health and human rights: a reader*. New York/London: Routledge, 1999. p. 216-226.

MANN, J.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, I. W. (Orgs.). *A AIDS no mundo*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS; p. 275-300. (História Social da AIDS, 1).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. *AIDS no Brasil: um esforço conjunto governo-sociedade*. Brasília (DF): 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. *A resposta brasileira ao HIV/AIDS: experiências exemplares*. Brasília (DF): 1999b.

MONTEIRO S. A AIDS prevention in Brazilian public schools: a partnership between four municipalities and a nongovernmental organization. *Ciênc Cult*, 1998, 50, p. 319-27.

NUTBEAM, D. The challenge to provide “evidence” in health promotion. *Health Prom Int*, 1999, 14, p. 99-101.

PAICHELER, G. General population and HIV prevention: from risk to action. *Cad Saúde Pública*, 1999, 15, p. 93-105.

PARKER, R. G. Reflexões sobre a sexualidade na sociedade latino-americana: implicações para intervenções em face do HIV/Aids. *Physis: Rev Saúde Coletiva*, 1997, 7, p. 99-108.

PATTON, A. *Last served? Gendering the HIV pandemic*. London: Taylor & Francis; 1994a. Women’s health in a global perspective; p. 77-96.

PATTON, A. *Last served? Gendering the HIV pandemic*. London: Taylor & Francis; 1994b. Women at risk, p. 97-119.

SANTOS, N. J. S. A Aids entre as mulheres no Estado de São Paulo. In: PARKER, R.; GALVÃO, J. (Orgs.). *Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996. p. 33-59.

SCHIEMAN, S. Gender and AIDS-related psychosocial processes: a study of perceived susceptibility, social distance, and homophobia. *Aids Educ Prev*, 1998, 10, p. 264-277.

STEWART, T. J.; RICHTER, D. L. Perceived barriers to HIV prevention among university students in Sierra Leone, west Africa. In: BUCHANAN, D.; CERNADA, G. *Progress in preventing AIDS? Dogma, dissent and innovation global perspectives*. Amityville: Baywood Publishing Company; 1998. p. 35-54.

TEMPORINI, E. R.; BANDEIRA, A. C. de A.; MEDEIROS, M. do C. Aids prevention – condom use and perceptions among college students. *Medicina*. Ribeirão Preto: 1999, 32, p. 316-325.

VILLELA, W.; DINIZ, S. *A epidemia da AIDS entre as mulheres: aprendendo a enfrentar o desafio*. São Paulo: Nepaids/CFSS; 1998. As mulheres agora? Só agora? E por que agora? A vulnerabilidade das mulheres ao HIV. p. 7-18.

YUS, R. *Temas transversais: em busca de uma nova escola*. Porto Alegre: ArtMed, 1998.