**XII Taller de Extensión Universitaria**

**Título: Relações de gênero, feminismos, sexualidade, raça, vulnerabilidade: Feminização da epidemia do HIV-aids.**

**Forma de apresentação: Comunicação Oral**

**Autora: Prof. Drª Ana Cleide Guedes Moreira- Coordenadora do Programa de Pós Graduação em Psicologia-Laboratório de Psicanálise e Psicopatologia Fundamental- Universidade Federal do Pará- UFPA-Brasil. E-mail:** **acleide@uol.com.br****. Co-autoras: Prof. Ms. Maria Eunice Figueiredo Guedes- Faculdade de Psicologia-Universidade Federal do Pará- UFPA- Brasil, Laboratório de Psicanálise e Psicopatologia Fundamental. E-mail** **nicepsique@hotmail.com****; GOMES, Patricia l.Nobre. Estudante do curso de Psicologia da Universidade Federal do Pará – UFPA, Brasil. Integrante do Projeto de extensão. E-mail** **luizanobre02@gmail.com**

**RESUMO**

A investigação de situação de risco e vulnerabilidade das mulheres vivendo, ou não, com hiv-aids, no campo e na cidade, é um problema de pesquisa já presente na literatura, dada a realidade da feminização da pandemia, tal como vem sendo nomeada pelo campo interdisciplinar de saúde e, mais especificamente, pela produção de conhecimento na área de saúde coletiva.A feminização da epidemia do hiv/aids vem se constituindo um grave problema de saúde pública dado o aumento progressivo de mulheres infectadas, da crescente contaminação vertical e do elevado número de óbitos, exigindo a conjunção de esforços do Estado brasileiro, seus gestores, profissionais de saúde, pesquisadores sociais e cidadãos em torno de investimentos materiais e humanos significativos em medidas de caráter preventivo visando a redução de fatores de vulnerabilidade à infecção. A partir do caminho até aqui percorrido por nós, que teve como ponto de partida o deslocamento do perfil da aids, incluindo um número significativo de mulheres entre os casos notificados, fomos incitados a pesquisar os processos de subjetivação de mulheres expostas à contaminação por hiv/aids, obtendo como primeira conseqüência o fato de não encontrarmos razões para validar explicações reducionistas que apontam para o *elo bissexual* ou para a ligação com usuários de drogas injetáveis, como fatores determinantes da feminização da epidemia. Parece-nos socialmente descontextualizada esta análise e desatenta para aspectos fundamentais da produção de subjetividade e do sofrimento psíquico, dada a profundidade da importância da realidade sociopolítica para o exercício da sexualidade feminina, que resultam em dificuldades de negociação do preservativo pelas mulheres, mesmo as que fazem disso seu oficio. A aids, esta estranha doença que resiste em se tornar familiar e fácil de enfrentar no cotidiano, parece ser tomada como “doença do outro No percurso até aqui percorrido pela equipe, desenvolvendo pesquisa e ensino relatados em publicações, artigos e livros, concluímos que a sexualidade continua sendo palco de conflitos e que, para além dos números e estatísticas, salta aos olhos a urgência de se escutar o silenciamento das mulheres frente à aids, seja por medo, às vezes, horror, frente à possibilidade de morte física e psíquica. Neste sentido, a direção maior deste projeto é ampliar nossa investigação às mulheres que iniciam um percurso pela rede pública de saúde e que podem ser abordadas em uma pesquisa que sai dos muros hospitalares e vai literalmente, ao campo e à cidade, no intuito de escutar o que ali se passa.

**Palavras-chave: AIDS, vulnerabilidade, feminização da epidemia, sexualidade, saúde pública**

**Abstract**

Research on risk and vulnerability of women living or not with HIV - AIDS in rural and urban areas , is a research problem already present in the literature , given the reality of the feminization of the pandemic , as it has been appointed by interdisciplinary field of health and , more specifically , the production of knowledge in the area of health coletiva.A feminization of the HIV / AIDS epidemic has constituted a serious public health problem given the progressive increase of infected women , the increasing vertical contamination and high number of deaths , requiring the combined efforts of the Brazilian state , their managers , health professionals , social researchers and citizens around significant human and material investments in preventive measures aimed at reducing vulnerability to infection factors . From the way here we passed through it , which took as its starting point the displacement profile of AIDS , including a significant number of women among reported cases were encouraged to research the processes of subjectification of women exposed to contamination by HIV / AIDS , getting its first consequence the fact of not finding reasons to validate reductionist explanations that point to bisexual or link to link up with injecting drug users , as determinants of the feminization of the epidemic . It seems socially decontextualized this analysis and inattentive to key aspects of the production of subjectivity and psychological distress , given the depth of the importance of socio-political reality for the exercise of female sexuality , which result in difficulty negotiating condom by women , even those make it their craft . AIDS , this strange disease that resists becoming familiar and easy to face in everyday life, seems to be taken as " disease In another path traversed so far by the team , developing research and education reported in publications , articles and books , we conclude that sexuality remains the scene of conflict and that , beyond the numbers and statistics , jumps out the urge to listen to the silencing of women facing AIDS , either out of fear, sometimes horror, facing the possibility of physical and psychic death . In this sense, the higher direction of this project is to expand our research to women who start a course for public health and that can be addressed in a research coming out of hospital walls and literally goes to the countryside and the city , in order to listen what goes on there **.**

**Keywords: AIDS, vulnerability, feminization of the epidemic, sexuality, public health**

**Introdução**

A epidemia de HIV aids permanece um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. O fato é que “o nível de incidência de Aids estabilizou-se, em um patamar muito elevado: mais de 30.000 casos anuais na última década”, segundo os estudos rigorosos das instituições brasileiras Fiocruz/Ipea. Publicação recente patrocinada pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República “A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro” (2012), não deixa margem para dúvida:

A proporção de casos com diagnóstico tardio é elevada. A rede de serviços especializados não está aumentando, e com a maior sobrevida dos pacientes a rede instalada encontra-se sobrecarregada. O Brasil não tem conseguido diminuir a incidência do HIV/Aids. Faz-se necessária a correção de rumos do programa, para que seja reduzida a transmissão da doença. Por outro lado, a maior sobrevida dos pacientes com HIV/Aids implica um esforço contínuo no aprimoramento da vigilância epidemioló­gica dos agentes oportunistas que cursam com a Aids”. ( MS, 2012, P. 103).

Partiremos desta conclusão para o panorama brasileiro, com a qual nossos resultados estão em consonância: *o Brasil não tem conseguido diminuir a incidência do HIV aids*. Nos serviços de referência aqui investigados, não apenas, não se tem conseguido reduzir a incidência do HIV aids, como a cidade de Belém apresenta hoje uma curva de mortalidade que é o dobro da encontrada para o país como um todo (BRASIL, 2012).

O Ministério da Saúde indica que o número de óbitos em Belém, atualmente, é duas vezes maior que a taxa brasileira, que é de 6,31 por 100.000 habitantes. Desde janeiro, deste ano de 2012, até junho, Belém tem uma taxa de 13,71 casos por 100.000 habitantes (BRASIL, 2012). Observando a taxa de mortalidade nota-se o nítido crescimento da epidemia de HIV aids no Pará, desde seu início em 1982 e, com isso, a vulnerabilidade programática do sistema de assistência à saúde em todo o Estado.

A revisão de literatura sobre a feminização da epidemia do HIV aids em mulheres encontrou indícios que a maioria dos trabalhos científicos publicados sobre a feminização da epidemia de HIV aids brasileira são estudos quantitativos e qualitativos que, quando levam em consideração a subjetividade, apresentam reduzidas contribuições da investigação dos processos psíquicos inconscientes, implicados no sofrimento psíquico dessas mulheres e, este estudo espera preencher esta lacuna. No projeto em andamento, utilizou-se os conceitos e teorias já produzidos pelas principais pesquisas realizadas sobre a realidade da epidemia entre as mulheres brasileiras à investigação das mulheres paraenses, o que permitiu concluir que o sistema de saúde pública deste Estado, em que pese os avanços do Sistema Único de Saúde, não oferece, no período considerado nesta investigação, acesso universal para atenção integral a saúde de portadoras de HIV aids, que apresentam-se vulneráveis à contaminação e à reinfecção pelo HIV, nas três dimensões do conceito, individual, social e programática, ou seja, a variadas dimensões determinantes de sofrimento psíquico.

A partir de década de 1990, o perfil epidemiológico do HIV modificou bastante, configurando-se, segundo Brito, Castilho e Szwarcwald (2000) como um fenômeno global, dinâmico e multifacetado, o qual é constituído por um mosaico de sub-epidemias. O perfil epidemiológico da aids é marcado pela crescente heterossexualização, feminização, interiorização e pauperização. Com o avanço da epidemia atingido cada vez mais a população pobre, mulheres, negros e jovens, para Polistchuck (2010) a aids começa a ser compreendida como um doença que atinge, principalmente, indivíduos que se encontram em situação mais vulnerável na sociedade. Neste sentido, a concepção de vulnerabilidade relacionada à aids nasce associada à formulação de um discurso vinculado à epidemia e à prevenção, onde aspectos coletivos e contextuais estão inclusos. Assim sendo, Polistchuck afirma “O conceito de vulnerabilidade busca revisar o conceito de responsabilidade, retirando a responsabilidade individual como única causadora ou determinante de um desfecho ou resultado específico” (2010, p.22).

Aqui novamente se impõe uma grave distorção no imaginário social local, senão brasileiro, pois que a aids já não atinge, predominantemente, as populações com práticas homoeróticas, ao contrário, incide hoje sobre a maioria da população, ou seja, aqueles cidadãos que tem práticas heterossexuais, homens e mulheres. Sobre este ponto, nossa investigação abrange a parte mais vulnerável desse conjunto, a saber, as mulheres.

Ayres et al (1999), ao analisar o conceito de vulnerabilidade apontam que no Brasil o modelo de vulnerabilidade é constituído por três eixos interdependentes, sendo estes: a vulnerabilidade individual, a social e a programática. O componente individual da vulnerabilidade vincula-se ao grau de qualidade de informações que o indivíduo tem sobre o tema em questão e das possibilidades de assimilação de tais informações ao ponto destas serem incorporadas ao seu cotidiano. O eixo social da vulnerabilidade enfoca os aspectos presentes na sociedade, tais como a possibilidade de obtenção de informação, o acesso aos meios de comunicação, os direitos políticos, a escolarização e disponibilidade dos recursos materiais.

Segundo Paiva Et all (2002) o conceito de vulnerabilidade, usado inicialmente na área da Advocacia Internacional pelos Direitos Humanos, correspondendo a grupos ou indivíduos fragilizados na garantia de seus direitos de cidadania, foi a partir da década de 1990 que o mesmo começou a ser utilizado na área da saúde, na tentativa de compreender as tendências mundiais da epidemia de Aids no final do século XX . Na área da saúde englobará aspectos individuais e coletivos que levam a uma maior predisposição à infecção e ao adoecimento, e uma maior ou menor disponibilidade de recursos para se proteger (PAIVA, AYRES ET al, 2002).

Segundo Paiva et al. (2002), a análise da vulnerabilidade ao agravo e riscos da saúde depende da avaliação articulada dos aspectos individuais, sociais e programáticos. Os aspectos individuais correspondem ao grau, qualidade e capacidade de assimilação de informações pelo indivíduo para a adotar novas condutas, o que depende da fase da vida, das vivências pessoais e experiências compartilhadas com pessoas significativas. Os aspectos sociais dependem da forma como o indivíduo está inserido na sociedade, ou seja, ao grau de exposição às desigualdades no acesso aos bens, serviços públicos, as situações de estigmas e discriminação que impedem o exercício pleno de cidadania. Os aspectos programáticos estão ligados à implantação das políticas públicas de acordo com a realidade sociocultural de um determinado local, ou seja, a estruturação de serviços de assistência e tratamento na rede pública de saúde e realização de programas de prevenção na rede pública de ensino. Este modelo de análise da vulnerabilidade, até aqui brevemente revisitado, por sua relevância e rigor científico é considerado, na pesquisa aqui proposta, paradigmático das investigações sobre a epidemia do HIV aids entre mulheres no país.

Apesar da contaminação do HIV aids ocorrer de várias maneiras, o maior veículo de contaminação ainda é o sexo, sendo o comportamento sexual um dos fatores que dificulta o controle da epidemia, conduzindo ao problema das relações entre os condicionantes de gênero e a vulnerabilidade da mulher à infecção pelo HIV**.** O comportamento sexual não é determinado apenas biologicamente, mas construído socialmente e marcado pela cultura, onde homens e mulheres possuem papéis e funções que devem ser desempenhados dentro de um determinado enquadre para que sejam aceitos socialmente. Chama-se de condicionantes de gênero a tudo o que é construído pela cultura e que define o “roteiro sexual”, ou seja, o que é próprio do sexo masculino e feminino deixando-os mais vulneráveis, e dificultando que ambos consigam agir em benefício de sua saúde (PAIVA et al., 1998).

Em estudo recente, Braga et al (2007) afirmam que o conceito de vulnerabilidade social enfatiza que o adoecimento resulta de aspectos individuais e coletivos e, referem especificamente aos modos de inserção dos indivíduos na sociedade, que favorecem sua susceptibilidade ao agravo à saúde em HIV aids, incluindo relações de gênero, iniqüidades raciais, religiosas, culturais, acesso à educação, aos meios de comunicação, às possibilidades de renda e de consumo (BRAGA et al, 2007). O terceiro componente, o aspecto programático, refere-se à vulnerabilidade dos programas nacionais, regionais e locais de prevenção, combate e cuidados relacionados ao HIV. Para Sánchez & Bertolozzi (2007), ao avaliar estes três aspectos, busca-se a compreensão dos comportamentos individuais, do contexto social e dos programas relacionados à doença, os quais favorecem para a vulnerabilidade à infecção pelo HIV:

O significado do termo vulnerabilidade, neste caso, refere-se à chance de exposição das pessoas ao adoecimento, como resultante de um conjunto de aspectos que ainda que se refiram imediatamente ao indivíduo, o recoloca na perspectiva da dupla-face, ou seja, o indivíduo e sua relação com o coletivo (SÁNCHEZ & BERTOLOZZI, 2007, p.3).

Também se impõe um breve questionamento à noção de vulnerabilidade biológica, que tantos desserviços pode prestar ao combate a epidemia. Em certos casos atendidos ouviu-se de jovens rapazes saudáveis que ‘homem não pega aids’ razão porque eles próprios não usam preservativo. Em um estudo brasileiro importante sobre diferenças de gênero em portadores de HIV aids, Braga et al (2007) encontrou que as mulheres avaliadas eram mais jovens que os homens, o que é análogo ao descrito em outros países, dos quais fez uma extensa revisão de literatura, onde se aponta que a mucosa das meninas mais jovens é mais delgada e, portanto, elas são mais vulneráveis à aquisição do HIV que jovens rapazes da mesma idade. Entretanto, e sem negar a vulnerabilidade biológica, é preciso considerar as desigualdades de gênero, uma vez que, frequentemente, as mais jovens se relacionam com homens mais velhos que, por sua vez, apresentam maior probabilidade de ter contraído alguma doença sexualmente transmissível (DST) em suas relações anteriores; ora, sabendo-se que um indivíduo com DST apresenta risco dez vezes aumentado de adquirir ou de transmitir o HIV, pode-se concluir que este modo de relacionamento desigual em termos de idade aumenta a possibilidade das mulheres serem contaminadas. Ainda mais que, em parcerias sexuais entre mulheres jovens e homens mais velhos, também se encontra, frequentemente, a desigualdade econômica, que resulta em menor poder de negociação por parte da mulher pelo uso do preservativo (BRAGA et al, 2007, p. 2658).

Monteiro e Vilela (2009) ao formular uma análise muito abrangente da luta contra a epidemia do HIV aids no Brasil, sustentam que é necessário manter o debate aceso e busca de unicidade entre os atores que fazem da combate ao HIV aids a sua luta:

“Se já foi dito exaustivamente que a inserção do tema da aids na agenda pública brasileira e a consequente formulação e implementação de políticas que visam conter o avanço da epidemia é fruto da constante articulação existente entre as esferas governamentais e a sociedade civil organizada, é sempre relevante ressaltar o que esse pioneirismo traz de positivo para a área de gestão de políticas públicas. Está claro em todo o processo que a função da sociedade não é, de maneira alguma, substituir o papel do Estado, mas sim torná-lo competente e obrigá-lo a funcionar de maneira a atender, satisfatoriamente, aos anseios e necessidades de sua população. O engajamento da sociedade civil brasileira na luta contra a aids é um processo contínuo, que se aprimora com o passar do tempo e se enriquece com o acréscimo de novos grupos e redes de pessoas vivendo com HIV aids, além de especialistas que se dedicam em pesquisar métodos e alternativas para o controle ou a cura da doença. A unicidade demonstrada pelos atores, e a homogeneidade encontrada nas narrativas que descrevem a trajetória da aids no País desde o seu início, evidencia que o movimento social para o enfrentamento da doença teve um impacto inegável nas articulações que culminaram com a criação do Programa e com a implementação das ações preventivas e de assistência que compõe o seu principal foco de atuação” (Monteiro e Vilela , 2009. p.3 ).

O conceito de vulnerabilidade, portanto, situa-se como uma interface entre individual e coletivo e, o foco na vulnerabilidade psíquica desenvolvido por esta pesquisa, não deve ser compreendida como uma adjetivação, mas como o modo de construção de um campo onde o *pathos*, a paixão, o sofrimento psíquico, desde a experiência trágica de finitude, que está em seus fundamentos, estão sendo investigados com método clínico. Neste campo de intercessão entre individual e coletivo habita uma psicopatologia, um saber sobre o *pathos* que analisa o humano desde a perspectiva de que se trata de um corpo erógeno finito, cujas vivências de prazer, dor e trauma nele inscritas, podem se tornar experiência, linguagem e, comunicação.

**1. Perfil epidemiológico demonstra progressão da doença no Pará**

A feminização da epidemia no Estado do Pará foi investigada anteriormente, na cidade, em sua capital Belém e, no campo, a cidade de Barcarena, seguindo o estudo de Oliveira (2008) que demonstra que na estrutura de saúde na região Amazônica o acesso à atenção especializada está circunscrito as cidades acima de 100 mil habitantes.

O do uso do preservativo, como modalidade de sexo seguro diante da epidemia é o principal indicador da vulnerabilidade feminina face aos problemas de investigação neste campo. Há unanimidade de que as mulheres brasileiras tem dificuldade de negociação do uso do preservativo, seja masculino ou feminino, em relações sexuais com seus parceiros em relações estáveis. Essa indicação vale também para mulheres sem parceiro fixo, embora um uso maior seja encontrado entre estas.

Começaremos por uma breve apresentação da análise das principais características epidemiológicas do Estado, publicada pela Coordenação do Programa Estadual de DST/AIDS/HV no Boletim Epidemiológico Estado do Pará em 2010. A incidência global aumenta anualmente e, o que talvez seja mais grave, “é desconhecido o perfil epidemiológico da infecção pelo HIV no Estado” (2010, pag.6). Segundo consta, somente a partir de 2010, o Estado começou a fazer a exportação de dados do Sistema de Informação de CTA (SI-CTA) para se ter conhecimento da prevalência da infecção no Estado, muitos CTA ainda não utilizam o sistema e outros que o utilizam não exportam seus dados para a Gestão Estadual. Este fato cria grande dificuldade para a gestão dos serviços. A implantação de cerca de cinquenta centros de testagem em todo o Estado do Pará foi uma importante tentativa de gestão para enfrentar o problema, e as características epidemiológicas permitem afirmar que os problemas maiores do Estado são relativos a estrutura de diagnóstico, gestão da informação e de atenção integral à saúde (SOUZA, 2009, SOUZA, MOREIRA & OLIVEIRA, 2010).

A mortalidade no Estado do Pará segue a tendência de aumento na região Norte, ao contrário da mortalidade geral no País, que está em redução (MS, 2010). O diagnóstico tardio junto com a inadequada qualidade de assistência dos serviços especializados em HIV aids podem estar entre os fatores responsáveis. Segundo o Boletim mais de duas décadas após a disponibilidade da terapia antirretroviral (TARV) de alta potência, no mundo e, do acesso gratuito e universal a estas drogas, no Brasil, o Pará ainda não teve o reflexo positivo no número de óbitos, na notificação de casos novos de AIDS e nas necessidades de ampliação de leitos de internação. A avaliação de causas de óbitos realizada em 2010 em Hospital de grande porte do Estado, citada no Boletim Epidemiológico Estado do Pará (2010, p.6), mostrou que quase 70% dos pacientes que evoluíram a óbito por AIDS no período avaliado tinham recebido o diagnóstico de infecção pelo HIV aids durante a internação, o que caracteriza diagnóstico tardio.

Outra característica epidemiológica no Estado dá conta que o número de mulheres com aids aumenta, levando a uma razão homem:mulher cada vez mais reduzida, que em 2010 tende a 1, sendo que, em algumas regiões do Estado a razão já está invertida (2010, p.4). Segundo o mesmo Boletim o aumento da incidência de AIDS no grupo feminino pode ser reflexo do comportamento sócio-sexual da população, associado a aspectos de vulnerabilidade da mulher e, em 2010, verifica-se a diminuição da razão de casos homem/mulher:1,5 homem para cada mulher com AIDS (2010, p. 8). O Boletim constata ainda que, no sexo feminino, predomina a categoria de exposição heterossexual (59%) que se apresenta em acordo com a realidade nacional (MS, 2010) e é melhor apreendida se levado em conta que no sexo masculino, observa-se tendência a estabilização entre os homossexuais (16,7%) e bissexuais (10,8%) com crescimento da categoria heterossexual (27,7%). (2010, p. 8). Os resultados de nossas pesquisas clínica e de campo são consistentes com as conclusões do Boletim e indicam claramente a feminização da epidemia no Pará.

2. **A Questão Racial**

A classificação racial no Brasil é um sistema complexo como já apontaram pesquisas de grande base populacional como os Censos e PNADs, indicando várias formas de classificação em uso. Porém, alguns autores indicam fortes marcadores para a discriminação tanto negativa como positiva entre brancos e negros. A persistência de situações de desigualdades entre aqueles que se autoclassificam como pretos e pardos (denominação utilizada pelo IBGE e parte do movimento negro) é um fenômeno que permite cruzar com ocorrências de eventos em saúde e doença. Ao focalizar, pela primeira vez, o critério de raça nesta pesquisa, objetiva-se compreender não somente a ocorrência do fenômeno da epidemia, mas como ela se manifesta no segmento das mulheres negras. Se há vulnerabilidade social, como esta se manifesta nas relações e quais os dispositivos acionados por homens e mulheres para constituir estas relações de desigualdade. Pelo método clínico, pretende-se identificar discursos raciais na relação entre mulheres negras e homens, instituições e sociedade.

O termo “raça”, antes de adquirir qualquer conotação biológica significou “um grupo ou categoria de pessoas conectadas por uma origem comum” (BANTON, 1994, p. 264), sendo utilizado para designar as diferenças físicas e mentais dos seres humanos somente a partir do século XIX. Enquanto conceito, “raça” surge no pensamento acadêmico europeu do século XIX, mas tem suas bases construídas pela ideologia racialista da Europa desde o século XVI, quando esta entra em contato com outros continentes. Conforme as ciências biológicas e genéticas foram avançando, no século XX, os estudiosos concluíram que a raça não existe enquanto realidade biológica, pois não havia marcadores genéticos suficientes que diferenciassem os grupos humanos. No entanto, embora não exista enquanto um fenômeno biológico, a ideia sobrevive, marcando o cotidiano das pessoas de diferentes maneiras. (SCHUCMAN, 2010)

Portanto, o conceito de “raça” utilizado neste projeto é o de “raça social”, que, conforme Guimarães (1999)

(...) são construtos sociais, formas de identidade baseadas numa ideia biológica errônea, mas eficaz socialmente, para construir, manter e reproduzir diferenças e privilégios (...) plenamente existentes no mundo social, produtos de formas de classificar e de identificar que orientam as ações dos seres humanos. (p. 153)

Neste sentido, ao inseri-lo na investigação da epidemia do HIV/ Aids, não está se partindo de uma concepção biológica, mas, conforme afirma Spiassi (2011):

como uma categoria sócio-antropológica e, enquanto tal, um recurso conceitual para apreensão e compreensão de determinantes estruturais da distribuição da doença. Neste sentido, quando falamos a relação entre raça negra e epidemia de AIDS, estamos nos referindo a um conjunto de situações de vida que perpassam experiências pessoais, condição social e suporte institucional que, em função das relações raciais próprias de um certo contexto, tornam os sujeitos vulneráveis em diferentes formas e intensidade à infecção e adoecimento pelo HIV. (p. 20-1).

O IDH no Brasil, apesar dos avanços, mantém diferenças entre brancos e negros. Em 1996, em IDH médio de 0,773, brancos tinham média de 0, 784 e negros, média de 0,663 (Santa Anna, 2001). Em 2011, o IDH anotava média brasileira de 0, 718, mas mantendo diferença entre brancos e negros (Fonte: PNUD, 2012 ). O IDH mede níveis de alfabetização, anos de escolaridade, renda e expectativa de vida, fundamentais para segmentos acessarem bens e direitos nas sociedades contemporâneas.

No Brasil, a existência de um sistema público de saúde não impediu a dificuldade do acesso e precarização dos serviços de saúde ofertados aos segmentos mais desiguais economicamente como das mulheres negras. Utilizando a classificação de exclusão racial de Telles (2014, p. 191), podemos incluir o sistema de saúde na dimensão vertical, onde estão os bens econômicos, mais difícil de transpor do que na dimensão horizontal (onde estão os bens culturais e de relacionamento com os casamentos inter-raciais). Nesse cenário, é fundamental a investigação da situação das mulheres negras quanto a vulnerabilidade ao HIV-aids como prevê a Política Nacional de Saúde Integral da Mulher, que aponta para a inexistência de dados mais sistemáticos e de profundidade sobre a situação das mulheres em relação à esta e outros doenças. Perceber a especificidade de uma situação “racial” nas relações com parceiros e a posição que assumem diante das instituições tanto de saúde como da sociedade em geral, é de grande valia para compreender estratégias sociais de poder que colocam as mulheres em situação de desvantagem.

Como tratamos em outro trabalho, a crença de que a aids só atingia os chamados "grupos de risco" - drogaditos, prostitutas, homossexuais e receptores de sangue contaminado – não tem fundamento. Entretanto, a idéia falsamente "tranquilizadora" de se estar protegido por não pertencer a estes grupos ainda persiste em homens e mulheres. Além disto, estas mesmas pessoas têm, na sua grande maioria, atitudes extremamente preconceituosas em relação à aids que podem ser entendidas como uma maneira de se lidar com o medo e com angústia associados, no imaginário social, à contaminação pelo HIV: sexualidade ilícita, pecaminosa, merecedora de castigo(Ceccarelli, 2000).

O que se depreende disto é que toda tentativa de se "falar de sexo", e isto em qualquer nível que se queira abordar a questão, tem necessariamente que levar em conta a dimensão fantasmática da sexualidade, uma vez que a informação objetiva pouco altera os aspectos afetivos do problema. As campanhas de informação sobre a sexualidade, e as de prevenção sobre as DST aids, trabalham, em sua grande maioria, com os aspectos objetivos da questão, o que pouco altera os aspectos afetivos/inconscientes do problema (Ceccarelli, 2010).

Infelizmente, às vezes é necessário situações limites para que determinados valores sejam revistos. O estado de coisas provocado por esta epidemia foi de tal forma dramático que a sociedade, de uma forma ou de outra, foi obrigada a integrar, que ela o queira ou não, os grupos chamados minoritários. A partir de um determinado momento, não se pôde mais, sobre um pretexto moral, marginalizar certos grupos pois era toda a sociedade que estava em jogo: isto provocou uma verdadeira crise, ou melhor, uma reorganização dos costumes e valores e não se pôde mais negar a existência de certas camadas da sociedade antes relegadas à invisibilidade. Face a uma doença como a aids que concerne a população como um todo e cujo contaminação é feita principalmente por contato sexual - ou seja, é a sexualidade do sujeito que está em jogo - não se pode mais ignorar o comércio sexual, tal como a prostituição, que até então era, de certa forma, marginal em relação a sociedade oficial (Ceccarelli, 2010).

 Ainda mais uma vez é preciso destacar o elevado preço que a sociedade está pagando por ter assimilado a aids a grupos minoritários que, por sua vez, puderam se organizar melhor e se proteger. Ao insistir em circunscrever a aids aos chamados "grupos de risco" - chegou-se mesmo a falar de "peste gay" - ao defini-la como "castigo de Deus" e outras tantas posições que traduzem uma rigidez moral, evitou-se, no fundo, abordar o centro da questão: a sexualidade e suas práticas. Tal postura só contribuiu para a proliferação do vírus. Como se uma doença tivesse preferências sexuais: projetamos no outro - no diferente, no inimigo, no estrangeiro - aquilo que ameaça de dentro; esta é a base do preconceito cuja função na economia psíquica é a de criar uma barreira imaginária contra aquilo que deve, a todo custo, ser afastado da consciência.

Como falar do sofrimento, do desespero, da angústia de se descobrir soropositivo, quando não se pode falar da própria sexualidade? Entretanto, a realidade não se preocupa com as vaidades humanas: a feminização da epidemia mostra que são as mulheres casadas que nunca tiveram relacionamento extraconjugal, as grandes vítimas atuais da aids.

Nesta nova etapa do combate à aids, uma nova questão terá obrigatoriamente que ser enfrentada sob pena de vermos as estatísticas crescerem ainda mais: não dá mais para dizer "aqui em casa isto jamais acontecerá", quando isto está acontecendo ao lado - com o vizinho - onde, igualmente, acreditou-se que isto jamais aconteceria. Ao mesmo tempo, e isto atinge a posição subjetiva da mulher, posicionar-se diante do parceiro quanto ao uso do preservativo é, antes de tudo, posicionar-se como cidadã e sustentar uma fala de sujeito para sujeito (CECCARELLI, 2000).

Há vulnerabilidade individual entre a maioria das mulheres internadas no HUJBB, que não faz uso consistente do preservativo nem de direitos sexuais e reprodutivos, adotam a abstinência sexual após o diagnóstico, sendo predominante a presença de um ideal de amor romântico que acarreta perdas narcísicas significativas, com pouca elaboração de luto e intenso sofrimento psíquico depressivo. Há vulnerabilidade social na amostra, encontrando-se baixos níveis de renda, escolaridade e acesso aos meios de informação de direitos sexuais e reprodutivos e, discriminação de gênero. Há vulnerabilidade programática no hospital de referência com diagnóstico tardio e baixo número de leitos femininos. Na maioria dos serviços ambulatoriais há melhores condições de acesso à assistência integral à saúde. Os resultados indicam que as mulheres acolhidas em um dispositivo clínico de abordagem dos processos subjetivos e inconscientes superam a vulnerabilidade individual identificada.

Continuamos questionando se, em um Estado altamente misógino como é o Pará, é possível campanhas públicas para os heterossexuais e suas famílias?

A análise da vulnerabilidade, tem se mostrado o novo paradigma para lidar com a aids, envolve três eixos: individual – que leva em conta o grau de informação que o paciente possui e incorpora em seu cotidiano; social – os meios disponíveis para o acesso à informação. De fato, muito se avançou na terapêutica do HIV/aids, o que permite até mesmo que se pense nela como uma doença crônica. No entanto, a sua história aliada à situação de diagnóstico tardio em nossa região, parece favorecer uma colagem imaginária entre aids e morte. Assim, questiona-se: como viver com esse vírus que passa a habitar os corpos e carrega consigo tantas representações inquietantes?

**Referências Bibiográficas**

AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JÚNIOR, I.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C.; Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. P. 42-79. In BARBOSA, R. M. PARKER, R. G. **Sexualidades pelo avesso**: direitos, identidade e poder. IMS/UERJ-Editora 34, Rio de Janeiro – São Paulo, 1999.

BADINTER, Elizabeth. **Um** **Amor conquistado**: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BANTON, Michael.(1979). **A Ideia de Raça**. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

BRAGA, P.E. CARDOSO, M., SEGURADO, A.C. (2007) Diferenças de gênero ao acolhimento de pessoas vivendo com HIV em serviço universitário de referência de São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Publica, Rio de Janeiro, 23(11):2653-2662, Nov.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. 1ª. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

BRITO, A.M.; CASTILHO, E.A; SZWARCWALD, C.L. (2000) AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. vol.34. n. 2, mar-abr.

CECCARELLI, Paulo Roberto. **Sexualidade e preconceito**.In: **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental***,* São Paulo, III, 3, p. 18-37, set. 2000.

CECCARELLI, Paulo Roberto. A nova ordem repressiva. In: **Psicologia Ciência e Profissão**. Brasília, 30 (4), p. 738-751, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano Integrado de Enfrentamento Da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST.** Brasil, Março, 2012.

MONTEIRO, Ana Lucia & VILLELA, Wilza Vieira. (2009). A criação do programa nacional de DST e Aids como marco para a inclusão da idéia de direitos cidadãos na agenda governamental brasileira. **Psicologia Política**. Vol. 9. n. 17 . p. 25-45. jan-jun. 2009.

PAIVA, V.; BUGAMELLI, L.; LEME, B.; VENTURA-FILIPI, E.; TUNALA, L.; SANTOS, N. A vulnerabilidade das mulheres ao HIV é maior por causa dos condicionantes de gênero? Cuardenos Mujer Salud, n° 3, 34-38.1998.

PAIVA, V; LATORRE, M. R.; GRAVATO, Neide; LACERDA, R.. Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/Aids em São Paulo. Cadernos de Saúde Pública, vol.18, n° 6. 2002.

PAIVA, V.; BUCHALLA, C. M.; AYRES, J. R. C. M.; HEARST, Norman. Capacitando profissionais e ativistas para avaliar projetos de prevenção do HIV e da Aids. Revista Saúde Pública, n°36, 4-11.2002.

Presidência da República 2008.**II Plano Nacional de Políticas para Mulheres.** Brasilia : Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. <http://www.spm.gov.br/> capturado em 13 de novembro 2012.

POLISTCHUCK, Ligia. **Mudanças na vida sexual após o sorodiagnóstico para o AIDS**: uma comparação entre homens e mulheres. Dissertação, Instituto da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2010.

SÁNCHEZ, A. I. M; BERTOLOZZI, M. R. (2007) Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol. 12. N.2. Rio de Janeiro Mar.Apri.

SANTA ANNA, Wania. Desigualdade Étnico-Racial e de gênero no Brasil. **As revelações possíveis do Índice de Desenvolvimento Ajustado por Gênero**. Proposta 88/89, 2001.

SOUZA, A. V.S., MOREIRA, A. C. G., OLIVEIRA, P.T.R. (2010) A Integralidade em Saúde e a Formação em Psicologia: reflexões sobre a prática clínica do Psicólogo no contexto do SUS. **Saúde em Debate**, v.34, p.559 - 565.

SCHUCMAN, Lia Vainer. Racismo e Anti-racismo: a categoria raça em questão. **Psicologia Política**. vol. 10, n. 19, p. 41-55, 2010.

SPIASSI, Ana Lúcia. **Conversas sobre o Movimento Social Negro sobre as Vulnerabilidades em Relação às DST’s/AIDS**. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2011.

TELLES, Edward. **Race in another American**: the significance of skin color in Brazil. Princeton e Oxford: Princeton Univerty Press, 2004.