



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL  
NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM POLÍTICAS E DIREITOS  
SOCIAIS (NEPPS)-UFPE**

**IDENTIFICAÇÃO**

Nome do autor 1: **TACIANA MARIA DA SILVA**

Nome do autor 2: **MARIA SOLANGE ROCHA**

Título do Trabalho: **DESIGUALDADE, POBREZA E FEMINIZAÇÃO DA AIDS NO  
BRASIL E NA ÁFRICA DO SUL.**

**Recife, Setembro de 2010**

## **RESUMO DO TRABALHO.**

Este projeto tem como finalidade analisar as relações entre desigualdade, pobreza e AIDS no Brasil e na África do Sul. Apesar de esses países serem diferentes quanto ao índice de infecção e a postura adotada no desenvolvimento de políticas de saúde para o enfrentamento a epidemia da Aids, se aproximam se analisarmos os impactos da Aids em situações de vulnerabilidade frente à pobreza, desigualdade de gênero e raça. O conhecimento dessa questão no Brasil e na África do Sul se dará através de determinantes econômicos, políticos e sociais, na procura de entender como são construídas as respostas para a epidemia da Aids.

Ao longo da epidemia pode-se perceber uma inversão na contaminação, o que no início da epidemia por volta de 1982 os homens, principalmente os homossexuais, eram os mais infectados atualmente é percebida a heterossexualização e a feminização da Aids.

## SUMÁRIO

**Introdução** \_\_\_\_\_  
4-5

**Objetivos** \_\_\_\_\_  
6

**Metodologia** \_\_\_\_\_  
7

**Resultados e Discussões** \_\_\_\_\_  
8-14

**Conclusão** \_\_\_\_\_  
15

**Referências** \_\_\_\_\_  
16-17

## INTRODUÇÃO

A epidemia do HIV/AIDS é crescente a nível mundial, com características próprias em cada país. Em 2007 foram constatados 33,2 milhões de pessoas infectadas com HIV no mundo, naquele ano ocorreram 2,5 milhões de novas infecções e a quantidade de pessoas mortas pela AIDS foi de 2,1 milhões (UNAIDS, 2007).

Na América Latina, houve uma estabilização, as novas infecções foram de 100 mil, e o número de mortes 58 mil. A prevenção é o desafio mais urgente no combate à Aids na América Latina. Segundo a UNAIDS, há na América Latina e no Caribe quase 2 milhões de pessoas que vivem com o vírus HIV, das quais 170 mil são novos infectados. Até 2008, a Aids matou 77 mil pessoas. A África Sub-Sariana concentra o patamar de 68 % das pessoas infectadas pelo HIV e 76 % das mortes por causa da doença (UNAIDS, 2008).

Brasil e África do Sul tomaram diferentes rumos quanto às políticas de saúde. “Enquanto o Brasil tem investido recursos em tratamento e diagnóstico da doença, apresentando uma redução a cada ano do número de mortes e infectados, mais de 80% dos contaminados da África do Sul não são tratados nem acompanhados de forma adequada” (Costa, 2002). Em que pese essas diferenças, os dois países possuem semelhanças quanto aos impactos da Aids em situações de pobreza, vulnerabilidade, desigualdade de renda, gênero e raça.

Cada país tem sua própria articulação para enfrentar a epidemia da AIDS. No Brasil, os primeiros casos foram em 1982 e a AIDS era conhecida com a “doença Gay”, pois inicialmente a AIDS era atribuída a relações homossexuais, o que levou ao aumento do preconceito sexual. Isso fez com que grupos de movimentos homossexuais surgissem como responsáveis pelas primeiras articulações da sociedade civil com órgãos de saúde para produzir uma resposta governamental à AIDS.

Na África do Sul, pode – se notar algumas semelhanças quanto à trajetória da AIDS com o Brasil. No continente africano os primeiros grupos atingidos pela AIDS também foram os homossexuais (Santos 2009)<sup>1</sup>, na sua maioria composta por brancos, mas diferentemente do Brasil a atitude da militância homossexual sul – africana foi de isolar os grupos contaminados e alegar que a preocupação com a doença era um exagero, retardando bastante as primeiras iniciativas para combater a doença. E todo esse descaso, tanto da sociedade civil quanto do governo fez com que a África do Sul se transformasse no país com os maiores índices de contaminação por AIDS no mundo. Mas apesar de serem diferentes quanto ao grau dos índices de infecção por HIV/AIDS e desenvolverem diferentes políticas de saúde (as quais foram iniciadas em diferentes períodos, enquanto que no Brasil o tratamento com antirretroviral (ART) data de 1990 na África do Sul só iniciou em 2003) para enfrentar a epidemia, esses dois países tem uma proximidade nos impactos da AIDS frente a situações de vulnerabilidade como a desigualdade de renda, gênero e raça e a pobreza.

De acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD, Brasil e África do Sul apresentam um Coeficiente de Gini de 56,0 (2009) e 57,8

---

<sup>1</sup> “Aids, política e sexualidade: refletindo sobre as respostas governamentais à AIDS na África do Sul e no Brasil”. Autor Gustavo Gomes da Costa Santos, doutorando em ciências políticas pela Universidade Estadual de Campinas(UNICAMP). Extraído de *Physis: revista de saúde coletiva*, vol.19 n° 2 RJ 2009.

(2000) respectivamente. Os dois países estão entre os dez mais desiguais do mundo, com grupos populacionais muito ricos e outros em extrema pauperização.

Brandt (2009), afirma em artigo publicado no PNUD (2009), que o fator desigualdade de renda influencia mais a taxa de infecção por HIV/Aids que a pobreza (pelo fato de a epidemia atingir também pessoas que não são consideradas pobres), a educação (pois a epidemia atinge tanto alfabetizados quanto analfabetos) e a desigualdade de gênero, por exemplo. Mas estes fatores não podem nem devem ser analisados separadamente, pois um influencia o outro e quando relacionados à desigualdade social intensificam os danos gerados pela epidemia de HIV/Aids.

## **OBJETIVOS**

### **Geral**

- Realizar uma discussão acerca dos determinantes econômicos e sociais, que incidem nas estratégias e políticas de saúde frente à epidemia da AIDS no Brasil e na África do Sul, dando ênfase as políticas de saúde e suas condicionalidades na relação pobreza, desigualdades de gênero e raça e epidemia da AIDS.

### **Específicos**

- Realizar uma análise das estratégias de enfrentamento à AIDS no Brasil e na África do Sul, procurando estabelecer as diferenças e os impactos que as estratégias de ação podem ter sobre as características atuais da epidemia: maior desigualdade de renda, feminização, interiorização.
- Analisar a ação dos movimentos da sociedade civil pela garantia do direito à saúde, de forma mais específica em relação à epidemia de AIDS no Brasil e na África do Sul.

## **METODOLOGIA DO TRABALHO**

Esta pesquisa foi realizada a partir da discussão de pesquisadores brasileiros e sul africanos, que preocupados com a epidemia da Aids, desigualdade de renda, pobreza e políticas públicas uniram – se. O intercambio foi realizado entre o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Políticas e Direitos Sociais (NEPPS)-UFPE e a Universidade de Cape Town na África do Sul. As equipes das duas universidades desenvolvem pesquisas acerca do papel do Estado e da sociedade civil no enfrentamento à AIDS, pretendendo envolver os movimentos sociais feministas e em defesa do direito à saúde, esta pesquisa é voltada mais especificamente no Brasil, para Pernambuco e Região Metropolitana do Recife (RMR).

Para analisar a temática desigualdade, pobreza e Aids foi realizada uma revisão bibliográfica, fichamentos e discussões sobre o assunto.

Foi realizada coleta de dados em órgãos governamentais e não governamentais nos dois países, focalizando a epidemia de Aids, desigualdade e pobreza.

Dados sobre políticas de saúde, focalizando programas e ações de enfrentamento a epidemia de HIV/Aids, mais especificamente a feminização.

Levantamento de dados através do DATASUS e do Boletim Epidemiológico 2009 a respeito do perfil epidemiológico das pessoas vivendo com HIV/Aids de 2000 a 2009 na Região Metropolitana do Recife – RMR.

Análise (através dos sites) dos movimentos sociais envolvidos no enfrentamento a epidemia do HIV/Aids, tanto no Brasil quanto na África do Sul. Nesta pesquisa foram analisados os SOS corpo, Gestos e GTP+ atuantes no município de Recife. Para uma melhor estruturação da análise destes movimentos foram feitas as seguintes indagações: tempo de atuação, campo de luta, público prioritário, embates/conquistas, quais as demandas.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Desde a notificação dos primeiros casos e a identificação do vírus HIV, a AIDS vem se constituindo como um grande problema de saúde pública, isso a nível mundial. No período entre 1980 e junho de 2009 foram notificados 544.846 mil casos de AIDS no Brasil<sup>2</sup>.

Com o advento da terapia antirretroviral (ART) combinada, os indicadores de mortalidade por AIDS sofreram acentuadas alterações, principalmente nos países que dispõem desses medicamentos para distribuição universal e gratuita.

Na África do Sul a quantidade de soropositivos é maior que em qualquer outra nação, com 50 milhões de habitantes, 5,7 milhões de infectados pelo HIV e 1000 mortes diárias. O número de óbitos pela doença mais que triplicou no país desde 1997. Estima-se que 550 mil pacientes com AIDS recebem o tratamento ART, mas ainda é alta a quantidade de pessoas que não recebem o tratamento<sup>3</sup>.

A luta pela produção ou distribuição de genéricos de ART em países de economia menos favorecida é apontada como um grande desafio a ser enfrentado pelas políticas de AIDS nesses países, e a distribuição gratuita dos medicamentos ou até a produção de genéricos correspondentes, a um preço menor, feriria os interesses do capital internacional representado pelos laboratórios farmacêuticos multinacionais, os quais alegam que os medicamentos ART usados são bens de consumo e objeto do lucro do capital. Por outro objeto, os países menos favorecidos consideram a ART como um direito à saúde, motivados pela legitimidade dada pela política social. Como exemplos, recentemente ocorreram grandes batalhas travadas por Brasil e África do Sul com os laboratórios multinacionais.

O Brasil foi denunciado por violar a Lei de patente, ao produzir dois genéricos de ART além dos oito já fabricados, isso no ano de 1994 e no caso sulafricano por importar e produzir o genérico de ART. Cerca de 39 laboratórios recorreram à justiça para impedir, indo de encontro à lei sulafricana que autoriza o governo a adquirir remédios genéricos mais baratos.

Dado o baixo poder aquisitivo da maioria da população desses dois países e de outros, o seu elevado número de infectados com HIV/AIDS, observa-se que a conduta dos laboratórios multinacionais apresenta-se com uma negação ao direito à saúde aos portadores do HIV/AIDS. Foi a partir dessa luta de interesses econômicos e político-sociais que, em 2001 a Comissão de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU) aprovou o acesso aos medicamentos ART como uma questão de direitos humanos. Esse foi um marco importante na luta contra a AIDS, pois pôde possibilitar a distribuição do medicamento a um maior número de infectados, acarretando assim na diminuição de mortes decorrentes da AIDS.

Segundo o Ministério da Saúde (2010) as taxas de incidência da Aids foram crescentes até 2000 e estabilizaram-se desde então. Em 2007, a taxa de incidência observada foi de 17,9 casos para cada 100 mil habitantes. Até 2015, o Brasil deverá ter detido a propagação do HIV/Aids e começado a reduzir os casos. A meta específica de

---

<sup>2</sup> Durante esse período, 217.091 mortes ocorreram em decorrência da doença. Por ano, são notificados entre 33 mil e 35 mil novos casos de Aids. Em relação ao HIV, a estimativa é de que existam 630 mil pessoas infectadas no país. Extraído do site [WWW.aids.gov.br](http://WWW.aids.gov.br)

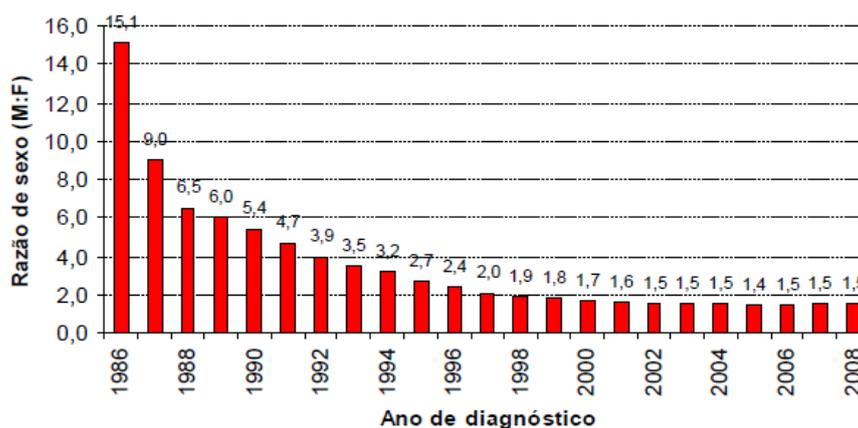
<sup>3</sup> Dado extraído do site [Report2009.amnesty.org/pt-br/regions/afrika/south-africa](http://Report2009.amnesty.org/pt-br/regions/afrika/south-africa)

oferecer acesso universal ao tratamento de HIV/Aids para todas as pessoas que necessitam já foi alcançada. Em 2009, o Ministério da Saúde disponibilizou antirretrovirais para 197 mil pessoas com indicação de tratamento para Aids, mas ainda é evidente uma grande quantidade de pessoas que não recebem essa medicação. Além disso, no mesmo ano foram distribuídos 466,5 milhões de preservativos masculinos e 2,06 milhões de preservativos femininos.

No início o HIV era identificado particularmente em homossexuais, homens que fazem sexo com outros homens (HSH) e usuários de drogas injetáveis (UDI), isso nos países industrializados e na América Latina. Atualmente o HIV se disseminou por outros segmentos da sociedade como crianças, homens e mulheres com práticas heterossexuais.

Nos anos 1986 a razão era de 15,1 homens para cada mulher, em 1996 essa razão foi para 2,4 e no ano de 2008 era de 1,5 (Ver gráfico 1).

**Gráfico 1- Razão de Sexo (M:F).**



Fonte: MS/SVS/Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais.  
 NOTA: (1) Casos notificados no SINAN e registrados no SISCEL/SICLOM até 30/06/2009 e SIM de 2000 a 2008. Dados preliminares para os últimos cinco anos.

A prática heterossexual é no momento o principal meio de contaminação das mulheres, das quais uma grande adquire a doença através de seus parceiros sexuais (que podem ser maridos, namorados, noivos). Outro fator que influencia a feminização da AIDS é a diferenciação de gênero ainda existente, na qual se criam diferentes formas de poder entre homens e mulheres. As mulheres têm dificuldade de exigir a prevenção do HIV e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis - DSTs através do uso do preservativo, pois poderia parecer que não acreditam na fidelidade de seus parceiros, podendo até sofrer agressões caso exijam a prevenção.

Estudos realizados pelo Ministério da Saúde, e o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS) ao longo desses anos de epidemia de HIV/Aids mostraram que no Brasil 64% das mulheres com HIV contraíram o vírus com os seus companheiros. Se nos anos 1980 as mulheres representavam 0,5% do total de infectados, em 2009 esse percentual passou para 30% desse total (Ministério da Saúde 2009).

A confiança no parceiro é o principal fator que faz com que as mulheres deixem de usar o preservativo, como se o amor imunizasse contra o vírus.

A Região Metropolitana do Recife (RMR) é caracterizada pelo envolvimento de municípios num mesmo espaço metropolitano e com grandes diferenças socioeconômicas e populacionais entre a capital e os outros municípios. A RMR é uma área com grande desigualdade de renda.

D acordo com dados da última PNAD (IBGE) em 2008, a RMR teve uma queda de 53% em 1999 para 40% em 2008, para a participação dos domicílios pobres, mostrando assim que não houve uma queda tão substancial no número de pobres. A Região Metropolitana do Recife apresentava um Coeficiente de Gini de 0,569 em 2008 e no ano de 1999 esse Coeficiente era de 0,616. A renda média dos 60% mais pobres da RMR cresceu apenas 14% enquanto que em Pernambuco, por exemplo, esse crescimento foi mais elevado, alcançando a marca de 27% (PNAD).

De acordo com o levantamento quantitativo de dados na última década é evidente a crescente contaminação feminina. No ano de 2000 de um total de 593 casos de AIDS notificados na Região Metropolitana do Recife, 187 (o que nos dá um percentual de 31,5%) eram mulheres na faixa etária entre 20-59 anos, com uma identificação racial prioritariamente parda. A maior parte dessas mulheres tem uma escolaridade entre 1-11 anos de estudos. Além disso, a categoria de exposição hierárquica de mais de 50% dessas mulheres é heterossexual não tendo sido identificado nenhum caso homossexual ou bissexual.

No ano de 2009 foi percebida uma redução nos casos de AIDS. Foram notificados 273 infectados, um total inferior ao do ano anterior com 968 casos. Desses 273 casos em 2009, 105 eram de mulheres, aí percebemos que apesar da diminuição de infectados o número de mulheres é quase a metade dos casos (ver tabela 1). A faixa etária prevalecente ainda é entre 20-59 anos (ver tabela 2), pardas na sua maioria, e escolaridade entre 1-11 anos de estudo (ver tabela 3), com a categoria de exposição hierárquica na maioria heterossexual (ver tabela 4). É importante salientar que neste levantamento não foram levadas em consideração as informações consideradas ignorada (DATASUS 2009).

**Tabela1- Feminização da epidemia na última década.**

Ano	Total de casos	Masculino		Feminino	
		Casos	%	Casos	%
2009	273	168	61,53	105	38,46
2008	968	583	60,22	385	39,77
2007	1.004	617	61,45	387	38,54
2006	973	597	61,35	376	38,64
2005	1.064	645	60,62	419	39,37
2004	871	561	64,40	310	35,59
2003	801	501	62,54	300	37,45
2002	900	569	63,22	331	36,77
2001	722	480	66,48	242	33,51
2000	593	406	68,46	187	31,53

Fonte: DATASUS 2009

**Tabela 2- Faixa Etária das mulheres vivendo com HIV/Aids na última década.**

Ano	Faixa Etária			
	<5-19	20-34	35-59	60+
2009	4	54	47	-
2008	12	165	198	9
2007	13	189	177	7
2006	21	161	214	8
2005	34	191	177	16
2004	18	148	139	5
2003	21	168	107	3
2002	28	161	131	9
2001	18	117	98	8
2000	11	86	81	7

Fonte: DATASUS 2009

**Tabela 3 – Escolaridade e Raça das mulheres vivendo com HIV/Aids na última década.**

Ano	Escolaridade					Raça/Cor				
	Nenhum	1-3	4-7	8-11	12+	Branco	Negro	Pardo	Amarelo	Indígena
2009	-	3	6	6	1	5	2	13	-	-
2008	4	27	50	28	5	29	20	79	1	-
2007	8	14	75	49	7	44	28	121	1	-
2006	4	30	86	54	4	71	21	141	1	-
2005	16	40	89	50	8	76	32	153	2	-
2004	18	43	93	43	5	69	32	141	1	1
2003	17	35	91	48	6	74	30	135	-	-
2002	24	50	98	46	14	77	19	125	1	1
2001	11	66	44	39	11	38	22	69	1	-
2000	15	36	30	29	9	34	6	46	-	2

Fonte: DATASUS 2009

**Tabela 4 – Categoria de Exposição Hierárquica das mulheres vivendo com HIV/Aids na última década.**

Ano	Categoria de Exposição Hierárquica						
	Homossexual	Bissexual	Heterossexual	UDI	Transmissão Vertical.	Transfusão	Hemofílico
2009	-	-	24	-	-	-	-
2008	-	-	145	4	-	-	-
2007	-	-	196	5	2	-	-
2006	-	-	243	1	6	-	-
2005	-	-	286	1	9	-	-
2004	-	-	266	5	7	-	-
2003	-	-	271	3	13	-	-
2002	-	-	277	6	17	-	-
2001	-	-	197	-	13	-	-
2000	-	-	159	-	10	-	-

Fonte: DATASUS 2009

Na África do Sul a epidemia da Aids também afeta grande parte das mulheres. Um levantamento realizado em 2008 por um grupo de pesquisa em Cape Town HSRC com representação a nível nacional sobre o HIV: Prevalência, Incidência, Comportamento e Comunicação: constatou que as taxas da epidemia entre as mulheres eram mais que o dobro que entre os homens na faixa etária 20-24 e 25-29; principalmente entre as mulheres com idade entre 25-29, o equivalente a quase um terço das mulheres nesta faixa (32,7%) eram soropositivas em 2008. De acordo com o “South African Health Review” (2008), entre os jovens com idade de 20-24 anos, mais de 90% das novas infecções foram encontradas em mulheres. Já nos homens a prevalência é na faixa entre 30-34, em que a taxa de infecção é mais alta.

Comparando as taxas de mortalidade entre as mulheres da África do Sul e as mulheres do Brasil no ano de 2004, enquanto as taxas de mortalidade das brasileiras entre as idades de 30-35 anos foram de aproximadamente 250 em 100 000, as taxas de mortalidade das sul africanas é de quase dez vezes mais com 2250 mortes em 100 000.

O gráfico demonstra a prevalência da infecção entre as mulheres em relação aos homens, principalmente na faixa etária de 25-29 anos em 1992 e 2005, que é mais elevada.

**Gráfico 2: Disparidades de Idade e Sexo na Infecção do HIV na África do Sul 1992 e 2005**

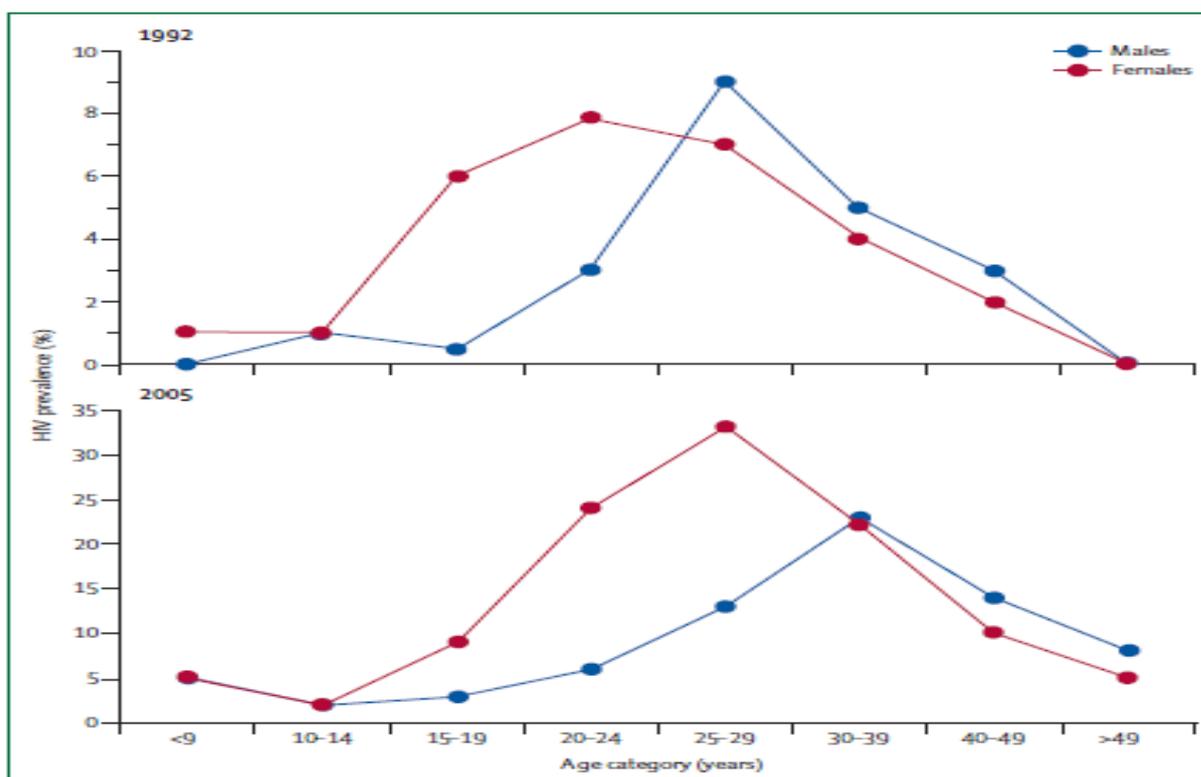


Figure 2: Age and sex disparities in HIV infection in South Africa 1992 and 2005  
 Fonte: Karim et al. 2009: 926

O planejamento das ações de prevenção à infecção pelo HIV deve considerar o conhecimento da forma de exposição ao vírus, embora tenha um elevado número de notificações destas variáveis de exposição classificado ignorado entre aquelas pessoas com mais de 13 anos. Dentre as formas de transmissão conhecidas a que se sobressai é a sexual em relação às outras (sanguínea, perinatal, drogas injetáveis) que é a mais conhecida. Na primeira década da doença (até 1990) os bissexuais e os homossexuais representavam mais ou menos 85% dos casos de transmissão sexual, na década seguinte foi percebido o aumento entre os heterossexuais chegando a aproximadamente 73%, esse crescimento pode ser atribuído ao aumento no número de mulheres infectadas (SINAN- Secretária de Saúde de Recife).

Uma tentativa identificada para o enfrentamento da feminização da epidemia do HIV/Aids lançada pelo governo foi o Plano de Enfrentamento à Feminização da Aids e outras DSTs, em 2007. O referido plano visa à construção de uma resposta integrada baseada no reconhecimento da importância da participação ampliada dos diferentes atores sociais que constroem uma resposta ao HIV/Aids no Brasil. Mostra – se como um marco histórico para o fortalecimento da atuação no campo de direitos humanos das

mulheres, da promoção da saúde e da prevenção de doenças e agravos. Visa também contribuir para a alteração dos contextos de vulnerabilidade que tornam as mulheres mais susceptíveis à infecção pelo HIV/Aids e outras DSTs. Esse plano e outras estratégias adotadas pelo governo, aliadas também à atuação dos movimentos sociais contribuíram para a diminuição da epidemia de Aids em geral e também da feminização, pode – se perceber que de 2007 em diante há uma acentuada diminuição dos novos casos de Aids, mais expressiva em 2009, com 273 casos dos quais 105 são mulheres (ver tabela1).

Esse projeto de pesquisa visa análise da atuação dos movimentos sociais engajados com a temática do HIV/Aids no Brasil e na África do Sul.

No Brasil o Movimento de Reforma Sanitária articulado a outros movimentos, no final da década de 1980, no âmbito das políticas públicas de saúde, concretizou uma proposta para o modelo de saúde que tornou-se eixo orientador do Sistema Único de saúde (SUS). É nesta década que se inicia a inclusão do HIV/Aids na agenda internacional dos movimentos sociais.

A epidemia de Aids no Brasil surgiu em um momento político marcado pela redemocratização do país, de grande mobilização social.

O programa brasileiro adotou ações focalizadas e precárias e por não dar conta do enfrentamento da epidemia dividiu a responsabilidade com as ONGs/Aids que acabam por realizar o que era papel do Estado.

Aqui vale citar Montañó (2008), para este autor o tema Terceiro Setor é bastante relevante, pois por um lado, é um fenômeno que envolve um número cada vez maior de organizações e instituições (como ONGs sem fins lucrativos, filantrópicas, entre outras). E por outro lado envolve o Estado, mesmo de forma encoberta, o qual promove o “Terceiro Setor” tanto no plano legal quanto financeiro, como contrapartida à retirada paulatina da responsabilidade estatal no trato da “questão social”.

Na tentativa de diminuir a epidemia de Aids no Pós Apartheid a África do Sul adotou no ano 2000 o programa ABC, que tem como premissa a Abstinência, fidelidade e uso de preservativo, o que não é aceito por diversos ativistas e governos, pois eles acreditam que este programa é um atraso aos direitos sexuais e reprodutivos e é também uma limitação às políticas de enfrentamento à epidemia. Os movimentos sociais tentaram avançar no campo dos direitos tanto quanto fosse possível. A saúde passou a ter uma gestão privada, surgiram os seguros de saúde como grandes negócios e os serviços públicos passaram a ser garantidos a todos não só aos brancos como anteriormente, mas estes serviços foram terceirizados, baixando sua qualidade e exigindo co – participação para atendimento.

Nos anos 2000 é percebida a implementação de políticas mais eficazes voltadas para a prevenção e medicamentos antirretrovirais, tendo a participação das ONGs, destacadamente a ONG TAC que realizou estratégias importantes para o direito ao acesso a medicamentos. Essas ações colaboraram para que o governo sulafricano organizasse as primeiras respostas de enfrentamento à Aids.

Nos dois países, apesar dos movimentos sociais terem participação fundamental para a ruptura de valores culturais e sociais e contribuírem para o avanço dos direitos reprodutivos e sexuais, tem uma ação limitada e fragmentada frente à hegemonia neoliberal.

Os movimentos sociais voltados para a temática HIV/Aids aparecem como “tradutores” da linguagem médica, com a pretensão de democratizar as informações e de incentivar o cuidado de si mesmo.

As ONGs/Aids estabelecem relações formais, institucionais e de parceria com os atores sociais, ao mesmo tempo em que são movidas pela necessidade de pessoas soropositivas

de informações sobre a Aids. Segundo Silva (1998), as ONGs/Aids criam matrizes de solidariedade que surgem apesar do Estado, além do Estado e com o Estado.

Nesta perspectiva de análise da atuação das ONGs /Aids, na RMR, especificamente no município de Recife foram identificadas três ONGs que atuam na prevenção e enfrentamento da epidemia do HIV/Aids. A SOSCORPO, a Gestos e a GTP+, as quais têm uma atenção às pessoas tanto do Recife quanto da RMR.

A ONG Gestos, foi criada em 1993 por dois sociólogos e uma assistente social com o objetivo de defender os Direitos Humanos das pessoas soropositivas e das populações vulneráveis às DSTs e ao HIV. Ressalta a importância de suas ações para definir as políticas públicas, e a participação e representação que fortaleçam as instâncias de controle social. A Instituição tem participação ativa no processo de controle social e destacada visibilidade junto ao movimento brasileiro de Aids, com sintonia permanente com as lutas políticas locais, nacionais e internacionais. Tem consolidada intervenção no campo dos Direitos Humanos, levando – se em conta que o Brasil bate recorde em desigualdade de renda.

Atua no fortalecimento da mobilidade, monitoramento e avaliação de políticas públicas de modo a tornar – se agente fomentador de demandas sociais reprimidas. Tem atividades pautadas em experiências orientadas pelas dimensões de Gênero, raça e Cidadania Sexual. Realiza atendimento Psicossocial a Crianças e Adolescentes, Mulheres, Homens e Transgêneros.

A SOSCORPO – Instituto Feminista para a Democracia, fundada em 1981 com sede na cidade do Recife, é uma organização da sociedade civil autônoma e sem fins lucrativos. Tem como missão a contribuição para a democratização da sociedade brasileira por meio da promoção de igualdade de gênero com justiça social. Pretende fortalecer o feminismo popular, ou seja, construir o feminismo como um movimento social do campo popular e democrático. Estrutura – se a partir de programas, núcleos e setores, a partir dos quais se organizam as ações e trabalhos das equipes, voltados para a saúde da mulher, sexualidade e Direitos Humanos. Em 1993 iniciou a elaboração de projetos sobre Aids e a feminização da doença. Trabalha com o fortalecimento do sujeito e acredita que tem objetivos bem diferentes do governo, afirma que os movimentos não devem fazer o papel do Estado e sim lhe cobrar ações eficazes. Realiza pesquisas e trabalhos para o fortalecimento das mulheres, inclusive com HIV/Aids para que tenham maior autonomia.

O Grupo de Trabalho em Prevenção Positivo (GTP+) se intitula como uma organização sem fins lucrativos e não governamental, com sede em Recife, fundada em 2000. É coordenada por pessoas vivendo com HIV/Aids. Surgiu devido à necessidade de despertar nas pessoas soropositivas o sentimento de identificação e pertença à instituição. Desenvolve trabalhos de prevenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis, com o objetivo de contribuir no enfrentamento à Aids, encorajando o ativismo e a educação em função dos Direitos Humanos e Cidadania das pessoas vivendo com o vírus HIV. Tem como público beneficiário Pessoas Vivendo com HIV e AIDS, Profissionais do Sexo (travestis, transexuais e homens) e pessoas com deficiência (surdos) em situação de risco social e econômico. Atua junto a populações diretamente beneficiadas, moradores das comunidades da cidade do Recife, RMR e interior do estado.

## CONCLUSÕES

A política em torno dos direitos sociais e civis desempenha um papel importante na questão da Aids, porque a necessidade de garantia de direitos a todos diante de um novo contexto de desigualdades sociais se impõe. Em se tratando da epidemia da Aids, este debate ganha relevância para as pessoas atingidas pela epidemia, para a sociedade civil.

Com o advento da emergência da epidemia na década de 1980, surgiram iniciativas tanto dos movimentos sociais quanto dos órgãos governamentais, que incentivaram a criação de programas e políticas que deram visibilidade à doença e a sua compreensão como uma questão de saúde pública mediada pela desigualdade de gênero, raça, classe e orientação sexual.

O Brasil e a África do Sul adotaram diferentes medidas de enfrentamento ao HIV/Aids. No Estado brasileiro já na primeira década da epidemia foi percebida a participação da sociedade civil, cobrando do governo ações, políticas e programas para sua minimização e controle. Com a forte participação/pressão dos movimentos sociais o governo adotou medidas de enfrentamento à epidemia; foram criadas unidades especiais e coordenações para conceber programas de luta à Aids. Na África do Sul não ocorreu o mesmo, a preocupação de Mandela pós – apartheid foi a redução de mortalidade infantil e materna e de doenças crônicas de adultos. O governo de Mbeki inclusive negou que o vírus HIV fosse o causador da Aids, assim as medidas para enfrentar a epidemia foram tomadas tardiamente, mais especificamente em meados dos anos 2000 é que se implementou uma política de enfrentamento a doença com o uso de antirretrovirais.

Brasil e África do Sul diferem nas respostas governamentais e organização da sociedade civil, também diferem na magnitude da epidemia. Mas ao longo desta pesquisa pode – se perceber que nos dois países é crescente a contaminação das mulheres, sendo insuficientes as respostas governamentais das políticas públicas.

Apesar dos avanços alcançados pelo Brasil e pela África do Sul para o enfrentamento da epidemia do HIV/Aids, no âmbito dos direitos a saúde e medicamentos, fica evidente que muito ainda tem que ser feito para que todas as pessoas vivendo com HIV/Aids tenham amplo acesso aos serviços de saúde especializados que devem ser garantidos pelo governo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRANDT, F. 2009. **Países desiguais são mais afetados pelo HIV**. Estudo aponta que disparidade de renda tem relação mais forte com taxa de Aids do que educação, pobreza e diferenças entre gêneros. Disponível em: <http://www.ipc-undp.org/pressroom/pdf/ipcpressroom214.pdf>

Health Systems Trust, 2008, South African Health Review for 2008, available from <http://www.hst.org.za/publications/841>

IBGE.PNAD 2008

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/default.shtm>

Montaño, Carlos. **Terceiro Setor e Questão Social: Crítica ao padrão emergente de intervenção social**. 5 ed. São Paulo, Cortez 2008.

Santos. G. G. C “**Aids, política e sexualidade: refletindo sobre as respostas governamentais à AIDS na África do Sul e no Brasil**”. Physis: revista de saúde coletiva, vol.19 n° 2 RJ 2009.

SAÚDE. Ministério. **Boletim Epidemiológico 2009**. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Disponível em <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS9A49113DPTBRIE.htm> Data de acesso julho de 2009.

SAÚDE. Ministério. DATASUS <http://www2.aids.gov.br/cgi/defthtm.exe?tabnet/pe.def> Data de acesso julho de 2009.

SAÚDE. Ministério. **Plano de Enfrentamento à Feminização da Aids e outras DSTs**. Disponível em <http://sistemas.aids.gov.br/feminizacao/index.php?q=plano-de-enfrentamento-da-feminiza%C3%A7%C3%A3o> Data de acesso janeiro de 2010.

SAÚDE. Secretária de Recife [www.recife.pe.gov.br/pr/secsaude](http://www.recife.pe.gov.br/pr/secsaude) Data de acesso julho de 2010.

Shisana et al. 2008, South African National HIV Prevalence, Incidence, Behaviour and Communication Survey, 2008, Cape Town: HSRC.

SILVA, C.L.C. **ONGs/Aids, intervenções sociais e novos laços de solidariedade social**. Cad. Saúde pública, Rio de Janeiro, 14(sup.12): 129-139, 1998.

Site Gestos [www.gestospe.org.br](http://www.gestospe.org.br) data de acesso 10 de agosto de 2010.

Site GTP+ [www.gtp.org.br](http://www.gtp.org.br) data de acesso 10 de agosto de 2010.

Site SOS CORPO [www.soscorpo.org.br](http://www.soscorpo.org.br) data de acesso 10 de agosto de 2010.

Report2009.amnesty.org/pt-br/regions/áfrica/south-africa

[www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br) acesso janeiro 2010.

[www.unaids.org](http://www.unaids.org) acesso janeiro 2010.

[www.pnud.org.br](http://www.pnud.org.br) acesso janeiro 2010.