

# ANÁLISE COMPARATIVA DO MATERIAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS: BRASIL X MOÇANBIQUE<sup>a</sup>.

## (COMPARATIVE ANALYSIS OF THE MATERIAL ON HEALTH EDUCATION TO PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS: BRAZIL X MOZAMBIQUE.)

Isabel Cristina Belasco Bento<sup>1</sup>, Odila Rigolin de Sá<sup>2</sup>.

1 – Faculdades Integradas Fafibe – Bebedouro -[icbel@fafibe.br](mailto:icbel@fafibe.br)

2 – Universidade Federal de Passos – MG. -[odilarigolin@yahoo.com.br](mailto:odilarigolin@yahoo.com.br)

### Abstract

In Brazil there are many advertising and governmental campaigns about the control and fight against HIV/AIDS epidemic, and this article will show the principal congruences and divergences of this production with the material of the booklet “HIV/AIDS know more ... live longer”. This study is part of a regional project about Health Communication including Botswana, Lesotho, Swaziland, Malawi, Zambia e Zimbabwe, Namibia, and Mozambique, supported by Soul City and funded by the European Community, The Netherlands Embassy, the Irish Cooperation to the Development, DFID and BP<sup>1</sup>.

Key words: educational campaigns, HIV/AIDS

### Resumo

No Brasil, muitas são as campanhas publicitárias e governamentais voltadas ao controle e combate à epidemia HIV/Aids, e neste artigo discutiremos as principais congruências e divergências desta produção com o material da Cartilha “HIV – SIDA Saiba mais...viva mais”. Este estudo faz parte de um projeto regional de comunicação para Saúde que inclui Botswana, Lesotho, Swazilandia, Malawi, Zâmbia e Zimbabwe, Namíbia e Moçambique, apoiado por Soul City e financiado pela comunidade Européia, Embaixada dos Países Baixos, Cooperação Irlandesa para o Desenvolvimento, DFID e BP<sup>b</sup>.

Palavras-chave: campanhas educativas, HIV/Aids

---

<sup>a</sup> “HIV – SIDA Saiba mais...viva mais”

<sup>b</sup> Material adquirido em missão de trabalho realizada pela professora Dra Nilce da Silva, em Maputo, Moçambique em que estão envolvidas as seguintes Instituições: Universidade de São Paulo, Universidade Eduardo Mondlane e Fafibe intitulado “Resgate da memória social e o papel da Revista Acolhendo a Alfabetização nos Países de Língua Portuguesa como suporte prático-teórico em favor da Lei 10639/03”, processo 490428/2007-0, EDITAL/CHAMADA: Edital 06/2007 - PROÁFRICA - Chamada 2: Apoio Financeiro a Atividades de Cooperação Internacional para a Execução de Projetos Conjuntos de C&T&I.

## Introdução

No Brasil, muitas são as campanhas publicitárias e governamentais voltadas ao controle e combate à epidemia HIV/Aids, e neste artigo discutiremos as principais congruências e divergências desta produção com o material da Cartilha “HIV – SIDA Saiba mais...viva mais” publicado em como parte de um projeto regional de comunicação para Saúde que inclui Botswana, Lesotho, Swazilândia, Malawi, Zâmbia e Zimbábue, Namíbia e Moçambique, apoiado por Soul City e financiado pela comunidade Européia, Embaixada dos Países Baixos, Cooperação Irlandesa para o Desenvolvimento, DFID (Departamento para desenvolvimento Internacional do Ministério de desenvolvimento Internacional) e BP ( Grupos de empresas de petróleo e gás do mundo na África a sul do Equador).

Iniciamos nossa discussão apontando algumas questões que achamos pertinentes para o momento atual no qual a pandemia do HIV/Aids desafia a todos no sentido a unirmos esforços no seu combate e prevenção, bem como na orientação das pessoas que atualmente vivem com o HIV/Aids.

Percebemos que apesar de todos os investimentos feitos em campanhas educativas relacionadas à vida sexual saudável e as Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids, seus índices continuam a crescer e invadindo casas, famílias, desmistificando a idéia de que a doença é do outro.

Embora nossa civilização tenha nos últimos séculos vivido alguns momentos de maior liberdade com relação à questão da sexualidade, este tema ainda se mantém como tabu. A respeito principalmente da sexualidade feminina, os preconceitos e a desinformação têm causado graves conseqüências para a saúde sexual.

Em se tratando de Educação Sexual no Brasil muitos avanços e retrocessos se apresentam ao longo da história. Na década de 1920 médicos e higienistas apontavam a necessidade da educação sexual com ênfase no combate a masturbação e as “doenças venéreas” bem como no preparo da mulher para o papel de mãe e esposa (BARROSO e BRUSCHINI, 1982).

Nas décadas posteriores o ensino sobre sexualidade teve a sua tônica voltada para as mudanças ocorridas no corpo do homem e da mulher com um caráter biologicista. No Brasil, a mídia trabalhou mais no sentido de amedrontar do que propriamente de educar (PARKER; GALVÃO, 1996). O caráter analítico das campanhas estava direcionado aos grupos de riscos: prostitutas, homossexuais e usuário de drogas (BARBOSA, 1999). Já na atualidade exige-se dos educadores instrumentos capazes de incentivar nos jovens a consciência crítica para o desenvolvimento de atitudes responsáveis voltadas às vivências sexuais livres de risco relativos à gravidez precoce ou não desejada e as DST, devido ao caráter de morbimortalidade do qual se reveste o binômio HIV/Aids que traz conseqüências deletérias para as sociedades no geral, tendo em vista que a população de adultos jovens, em idade produtiva e reprodutiva é a mais atingida.

Muitas nações têm buscado, através de políticas de saúde e promoção social, em parceria com organizações internacionais, preocupadas com as conseqüências globais desta pandemia, efetivar medidas de controle e ao mesmo tempo garantir que os indivíduos atingidos possam gozar da qualidade de vida necessária visto sua vulnerabilidade.

## Um pouco da história do HIV/Aids

Segundo Rouquayrol (2003), foi oficialmente confirmado em 1981 pelo Center for Disease Control (EUA) o primeiro caso de Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) no mundo. O diagnóstico teve como base constante ocorrência de neoplasias, pneumonia por *Pneumocystis carinii*, sarcoma de Kaposi e outras infecções em jovens previamente saudáveis.

Através das primeiras investigações epidemiológicas foi confirmado o envolvimento maciço de jovens homossexuais e usuários de drogas injetáveis com a síndrome, o que resultou na primeira hipótese de que o provável bio-agente patogênico era transmitido através do contato sexual e por agulhas contaminadas, sendo o sangue e o esperma os principais substratos de veiculação desse bio-agente patogênico.

Em maio de 1983, dois anos após a confirmação do primeiro caso de Aids, conseguiu-se isolar o vírus causador da doença que passou a se chamar HIV (vírus da imunodeficiência humana). Posteriormente o vírus foi identificado como sendo de dois tipos, o HIV-1 e o HIV-2 que são distintos do ponto de vista geográfico e sorológico, o tipo 1 é mais difundido, sendo encontrado na América, Europa, África sub-ariana e em quase todos os demais países, enquanto o tipo 2 é primeiramente encontrado na África Ocidental e alguns casos em outros países.

Após a identificação do primeiro caso de Aids (síndrome da imunodeficiência adquirida) nos Estados Unidos, é nítido o constante crescimento da disseminação do vírus HIV em todo o mundo, configurando-se na epidemia da atualidade. O binômio HIV/Aids é hoje talvez o maior problema de saúde pública.

Os dados das diversas pesquisas realizadas em todo o mundo apontam claramente o crescimento e as mudanças de característica da pandemia. Ao contrário do que se pensava no início da década de 80, o HIV não está e nunca esteve restrito a uma região específica ou a um determinado grupo de risco, pelo contrário na dinâmica das interações das mais variadas pessoas e grupos, principalmente em centro urbanos, desenvolvidos economicamente e demograficamente é onde estão instaladas as melhores condições para a difusão do vírus.

A epidemia que primeiramente afetava os homossexuais, drogados e prostitutas, atinge agora novas e maiores proporções, afetando camadas da sociedade antes menos atingidas. É constante e rápida a mudança de perfil socioeconômico da epidemia, principalmente no Brasil, que agora afeta a população mais pobre, maioria no Brasil, ao mesmo tempo em que reduz a proporção homem/mulher (SOUZA, 1997; PARKER, 1996). Não pode mais tratar a infecção pelo HIV como sendo algo distante, que pertença a um determinado grupo do qual não se faz parte, a grande verdade é que não existem grupos de risco, mas sim comportamentos de risco, o que torna qualquer pessoa uma potencial vítima da infecção.

Faz-se importante esclarecer que uma pessoa portadora do vírus do HIV, não é obrigatoriamente uma pessoa com Aids. “A Aids é caracterizada por uma situação de imunossupressão severa” (OLIVEIRA Neto. 1990 apud SOUZA, 1997). Rouquayrol (2003) afirma que o CDC (Centers for Disease Control) definiu em 1999 o diagnóstico de Aids em adultos tomando como base aspectos clínicos, epidemiológicos e imunopatológicos.

Clinicamente o diagnóstico é baseado na presença de doenças que costumeiramente aparecem quando há uma deficiência da imunidade celular em pessoas que não apresentam outras razões para a suscetibilidade, são exemplo dessas doenças oportunistas a pneumonia por *Pneumocystis carinii*, neoplasias (ex.: câncer cervical invasivo), sarcoma de Kaposi, linfoma de Burkitt e outros.

Também pode ser confirmado o diagnóstico de Aids, as pessoas soropositivas para a HIV que apresentem uma amostragem de CD4+ menor que 200 células por milímetro cúbico, ainda que elas não estejam no momento, acometidas por nenhuma doença oportunista.

No Brasil, existem dois critérios para diagnóstico da Aids em adultos e adolescentes. Ambos exigem soropositividade para o HIV detectado através de pelo menos dois testes Elisa, realizados na mesma amostra e/ou amostra diferente. (VERONESI, 2004).

Portanto, antes que se levante a suspeita do diagnóstico de Aids, faz-se necessário ser confirmada a infecção pelo HIV, conforme (SOUZA, 1997) a confirmação da soropositividade ao HIV é feita através de testes como por exemplo; o teste Elisa, ensaio de Western blot, Imunofluorescência indireta e outros.

A infecção pelo HIV ainda não tem cura, mas hoje existem medicamentos anti-retrovirais que controlam o crescimento e avanço do vírus, evitando maiores perdas da imunidade celular e aumentando a taxa de sobrevivência.

### **Atualmente o panorama do HIV/Aids: Brasil X Moçambique**

Desde o início da história do binômio HIV/Aids, passaram pouco mais de duas décadas, porém, o número de casos de pessoas infectadas pelo vírus e/ou doentes só tem aumentado, fenômeno esse mundial (CANINI, 2004). Segundo a listagem de países que notificam os casos de Aids anualmente à OMS (Organização Mundial da Saúde) mesmo com o vertiginoso crescimento da epidemia nos países da África Central, fica o Brasil entre os países mais afetados pela síndrome (PARKER, 1994).

Foram estabelecidas metas de controle e combate às DST/Aids numa convenção das Nações Unidas no ano de 2000 na qual estavam presentes 189 Estados membros, os quais assumiram o compromisso de elevar as condições de vida da sua população, no prazo de 10 anos.

A distribuição de medicamentos anti-retrovirais para portadores do HIV/Aids é uma das ações previstas por esta Convenção. CHEQUER(2008) afirma que se forem mantidas as tendências atuais de alocação de recursos e as ações em curso, esta meta não será atingida em 2010. A situação é bastante privilegiada segundo ele em Portugal e no Brasil, mas há países como Moçambique que vão exigir um grande esforço, sendo que metade da população afetada do país africano não tem acesso ainda aos medicamentos anti-retrovirais.

Ainda segundo CHEQUER (2008), Moçambique apresenta uma situação bastante agravante, devido a uma Rede de Saúde Pública incipiente e à ausência de profissionais de saúde que maximizem os recursos existentes.

O Ministério da Saúde no Brasil disponibiliza acesso gratuito à medicação a 100% das pessoas que preencham corretamente o cadastro para solicitar as medicações. O tratamento é dividido em três frentes distintas, adulto, gestante e crianças. Com o avanço das pesquisas, as dosagens e os tipos das drogas recomendadas também são variáveis, (BRASIL, 2005).

Análises afirmam que a epidemia no Brasil ainda se encontra em patamares elevados. Existe ainda uma confirmada tendência de crescimento desses números em todas as regiões brasileiras, com exceção da região sudeste que vem apresentando um decréscimo na notificação de novos casos, pois de uma taxa de incidência de 29,4 casos por cem mil habitantes em 1998, a região apresentou em 2003 uma taxa de 24,6 casos por cem mil habitantes, uma queda de aproximadamente 16% na taxa de incidência.

Mesmo com a diminuição na ocorrência de novos casos, a região sudeste é ainda a região mais afetada pela epidemia, pois do total de casos de Aids notificados no Brasil detêm aproximadamente 64% destes. E entre os estados brasileiros, o estado de São Paulo é nitidamente o mais afetado.

Levou-se mais de dez anos para se entender o que era essa epidemia. No princípio de sua história (em muitos casos até hoje) as pessoas conviviam com o binômio HIV/Aids com um misto de incredulidade, pasmo e medo, manifestado por ações quase sempre preconceituosas. Só após a primeira década de existência da doença foram aos poucos caindo por terra os efeitos perniciosos das primeiras pesquisas científicas, que divulgaram que a Aids era uma doença restrita a grupos de risco, sendo este grupo dividido em outros dois subgrupos; “das vítimas” formados pelos hemofílicos e “dos promíscuos”, constituídos por homossexuais, drogados e posteriormente prostitutas.

Durante este período, falou-se muito mais no doente do que na doença, em que a pessoa que desenvolvia a síndrome, era chamada de “aidético”, um termo utilizado como sinônimo de um grupo “diferente” de ser humano, um grupo de indivíduos “anormais”, que

estão à margem da sociedade e suas regras, um grupo que buscava seus próprios padrões de prazer e que vivia fora da moral. A Aids tornou-se uma doença extremamente preconceituosa.

As características da epidemia HIV/Aids no Brasil vêm mudando muito e com rapidez, sendo que os índices de contágio vêm crescendo assustadoramente entre as mulheres. É patente o silêncio sem proporções que envolvem as questões sobre a epidemia referentes à população feminina. A Aids é vista como um acontecimento restrito ao mundo masculino, principalmente ao homossexualismo. Criou-se uma falsa associação entre a sexualidade masculina e o perfil da doença e mesmo quando a transmissão pelo contato homossexual cedeu lugar à transmissão heterossexual, esta associação permanece enraizada ao imaginário social, fazendo com que as campanhas preventivas sejam quase sempre voltadas à proteção masculina, fato este que ocorre tanto na esfera governamental como em todos os demais setores da sociedade.

Rui Gama Vaz (2008), consultor da OMS para a Aids na África informou que 67% da população que vive atualmente com o vírus se concentram na África subsaariana, sendo mais da metade mulheres entre 15 e 24 anos. Este fato segundo o consultor está relacionado com a dependência econômica da mulher, à falta de acesso a empregos e à carência de informação.

O fenômeno da feminização da epidemia é um fato mundial, porém autores como Gonçalves e Varandas<sup>c</sup> e Parker e Galvão<sup>d</sup> afirmam que no Brasil esta mudança ocorreu de forma incomparavelmente profunda, atingindo todas as camadas sociais, principalmente as mulheres com menor escolaridade dos grandes centros urbanos mais desenvolvidos.

A sexualidade, via de regra, é tratada do ponto de vista pessoal, ou no máximo interpessoal, porém não se leva em consideração o fato de que entre os seres humanos existe a mediação do sistema social, ou seja, as relações homem-mulher, mãe-filho, e outras, são determinadas pelos aspectos sociais, culturais e políticos.

A dificuldade em compreender e atender a vulnerabilidade feminina frente à epidemia está presente em todos os setores da sociedade brasileira, incluindo movimentos feministas, movimentos políticos de saúde e toda a mídia de forma geral.

Interessante notar que os mesmos órgãos governamentais responsáveis pela divulgação dos dados epidemiológicos que apontam tão claramente a mudança no perfil da epidemia, voltado ao acometimento brutal das mulheres, eram os silenciadores do impacto da feminização da mesma.

As campanhas de prevenção ao HIV/Aids constantemente veiculadas no Brasil, no auge do crescimento da epidemia, quando dirigidas às mulheres, eram exclusivamente voltadas às mulheres promiscuas, mais especialmente as prostitutas, ignorando a realidade das mulheres heterossexuais monogâmicas.

Interessante notar o fato também de existirem atualmente diversos materiais brasileiros voltados a populações específicas como prostitutas, travestis, entre outros, o que nos leva a pensar que estas questões são encaradas de forma diversa numa cultura como a africana.

Relativamente ao material analisado vimos uma diferença crucial entre os dois países, enquanto no Brasil já se fala em terapia anti-retroviral de forma aberta<sup>e</sup>, orientando a pessoa que vive com o vírus, revelando a possibilidade de qualidade de vida, no material africano analisado podemos perceber um caráter de fatalidade muito presente, inclusive orientando a utilização destes medicamentos apenas “enquanto estiver saudável e o sistema imunológico ainda estiver forte”. A orientação brasileira com relação a esta questão difere no que diz respeito ao início ou retomada da medicação, sendo incentivado o uso contínuo e em qualquer fase da doença.

---

<sup>c</sup> O papel da mídia na prevenção do HIV/Aids e a representação da mulher no contexto da epidemia – Ciências e Saúde Coletiva. Vol 10, n 1 p 229-35. jan/mar. 2005

<sup>d</sup> Quebrando o Silêncio: mulheres e aids no Brasil. Rio de Janeiro. Relume-Dumará. 1996

<sup>e</sup> HIV Positivo...O Que Eu Faço Agora? – Manual Roche Produtos Farmacêuticos, 2000.

Chama-nos a atenção à promoção de redução de danos relativa à utilização de drogas injetáveis, que é uma tônica em alguns dos primeiros materiais produzidos pelo Programa Estadual DST/Aids-SP<sup>f</sup>, encarando o fato de usuários de drogas injetáveis reutilizarem as seringas e agulhas, já no material moçambicano vê-se certo velamento no que tange a discussão destas questões.

Observamos o cuidado com o qual é exposta a questão de “fazer sexo em troca de dinheiro ou favores especiais para melhorar as condições de vida”. O machismo é muito mais patente e revelado ao lermos o material africano. Não que não esteja presente nas entrelinhas de todos os materiais produzidos no Brasil. A afirmação de que “em muitas sociedades as mulheres não decidem sobre sua vida sexual”, ou que é certo que “muitas delas têm receio que seus namorados lhes batam ou maltratem quando lhes pedem que usem o preservativo por duvidarem de sua fidelidade” é muito franca e desnuda a condição concreta da mulher na sociedade moçambicana, fato que não encontramos tão patente no Brasil, talvez como forma de negação do problema, que na prática nos salta aos olhos.

Interessante a forma de abordagem relativa aos jovens, enquanto no Brasil se orienta a negociação do sexo seguro, o diálogo, que dados mostram não ocorrer, vemos no material a orientação à prática da masturbação e a fidelidade.

### **Considerações finais**

Os meios de comunicação não podem se eximir da função de debater os processos de socialização de mulheres e homens, as questões de gênero, a sexualidade, para que a prevenção do HIV/Aids seja realmente completa. Acredita-se que a mídia deva compactuar não somente com a arte de criação, mas com os dilemas morais que envolvem a temática e provocar o enfretamento desses conflitos, portanto é necessária uma cumplicidade entre os meios de comunicação e o debate sobre os rumos da epidemia que estão envoltos de conflitos morais pontuando sempre a vulnerabilidade das mulheres. Os meios de comunicação devem superar a distância entre os comunicadores, fazendo com que os afastamentos existentes, tanto físicos quanto de conhecimento de conteúdo, superem diferenças e com isso permita uma aproximação das realidades. A mídia tem de aproximar o teor das mensagens educativas e as imagens à realidade dos brasileiros e Africanos e ainda a realidade da mulher brasileira e africana para que a mídia atinja os objetivos de transmitir o conhecimento.

### **Referências**

BARROSO, C.; BRUSCHINI, C (1982). **Educação Sexual**:debate aberto. Petrópolis: Ed. Vozes.

---

<sup>f</sup> Atualidades em DST/Aids/Redução de Danos. São Paulo – SES. Ano I, n 5. Junho, 1998

BARBOSA RM. Negociação sexual ou sexo negociado? Poder, gênero e sexualidade em tempos de Aids, pp. 73-88. In RM Barbosa & R Parker (org.). **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder**. IMS/Uerj, Rio de Janeiro. 1999

BARBOSA, R.H.S. **AIDS e gênero**: as mulheres de uma comunidade favelada. Rio de Janeiro, 1993. 226p. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz.

BARBOSA, R.H.S.; VILLELA, W.V. A trajetória feminina da AIDS. In: PARKER, R.; GALVÃO, J. **Quebrando o silêncio**: mulheres e AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, ABIA, IMS/UERJ, 1996. p.17-32.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de doenças sexualmente transmissíveis/Aids. **Boletim epidemiológico DST/Aids**. Ano I, n.01. Brasília, março. 2005.

CANINI, S.R. M.S. Qualidade de vida de indivíduos com HIV/Aids: uma trajetória de literatura. Revista **Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.34, n.3, p. 258-263, 2004

CEQUER, P.; HEARST, N.; CASTILHO E. A.; RODRIGUES, L.; PERALTA, M.; LANDMANN, C.; BENZAKEN, A.; SANTOS, E.; ONAGA, E.; RAMOS, M. & BUENO, L., 1992b. HIV antibody prevalence in STD patients of five state capitals in Brazil. In: VIII International Conference on AIDS, **Abstracts**, poc 4296, p. C234, Amsterdã.

GONÇALVES, E.H.; VARANDAS, R. O papel da mídia na preservação do HIV/Aids e a representação da mulher no contexto da epidemia. **Cienc. Saúde coletiva**. Vol.10, n.1, p.229-235, jan/mar. 2005

PARKER R & GALVÃO J 1996. Introdução - A omissão do poder público, pp. 3-8 In R Parker & J Galvão (org.). **Quebrando o silêncio**. *Mulheres e Aids no Brasil*. (História Social da Aids, n. 7). ABIA-IMS/UERJ-Relume-Dumará, Rio de Janeiro.

PARKER, R. **A construção da solidariedade**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994

SOUZA, N.J.S. A Aids entre as mulheres do estado de São Paulo. 1997. In: PARKER R.; GALVÃO, J (orgs). **Quebrando o silêncio**: mulheres e aids no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996.p.79-87.

ROUQUAYROL, M.Z.; FILCO,N.A. **Epidemiologia & Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003