

DESIGUALDADE DE RENDA, POBREZA, MULHERES E HIV

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN FINALIZADA

GT 11 - GÊNERO, DESIGUALDADES E CIDADANIA

Ana Cristina Vieira
Maria Solange Guerra Rocha
Taciana Maria da Silva

Resumo

Um olhar para a realidade do HIV/Aids em países como Brasil, África do Sul e Moçambique leva à reflexão sobre como se mesclam desigualdade de renda, pobreza e insuficiência de políticas sociais, condicionando a vida de mulheres que vivem com HIV. É fundamental para a garantia de direitos sociais às mulheres com HIV, a existência de uma política pública de saúde preventiva e curativa. O enfrentamento da epidemia nesses três países pelo Estado tem influenciado a dimensão da epidemia e repercussão sobre as mulheres. Na realidade moçambicana e sulafricana a epidemia atinge mais de 11% da população adulta, com predominância entre mulheres, diferentemente do Brasil, em que as mulheres vêm sendo crescentemente atingidas, mas somente 0,6% da população tem Aids.

Resumen

Una mirada a la realidad del VIH / SIDA en países como Brasil, Sudáfrica y Mozambique lleva a la reflexión sobre la manera de combinar la desigualdad de ingresos, la pobreza y la falta de políticas sociales, que afectan a las vidas de las mujeres que viven con el VIH. Es esencial para garantizar los derechos sociales de las mujeres con el VIH, la existencia de una política pública de salud preventiva y curativa. Para afrontar la epidemia en estos tres países, el Estado ha influido en el tamaño y el impacto de la epidemia sobre las mujeres. En realidad mozambiqueña y la epidemia de Sudáfrica afecta a más del 11% de la población adulta, sobre todo entre las mujeres, a diferencia de Brasil, donde las mujeres se han visto cada vez más afectados, pero sólo 0,6% de la población tiene SIDA.

Palavras chave: desigualdade, HIV em mulheres

Palabras clave: La desigualdad, VIH em mujeres

Introdução

Desenvolver uma pesquisa em três países do eixo sul-sul – Brasil, África do Sul e Moçambique, focalizando a epidemia de HIV/Aids, as políticas públicas que atuam no seu enfrentamento e a mobilização da sociedade civil para a garantia de direitos sociais, uniu pesquisadores, discutindo a realidade dos países e as dimensões da epidemia.

Parte-se da perspectiva que o Estado é responsável pela garantia de serviços sociais à população, apesar de, em tempos neoliberais, haver uma tendência à desresponsabilização do Estado quanto à oferta desses serviços, repassados à esfera da sociedade para que concretize a provisão. Somente com a pressão da sociedade civil organizada o Estado se mobiliza para responder às necessidades da população, podendo antecipar-se à reivindicação ou protelar respostas.

Parte-se também da compreensão que nesses países capitalistas existe uma desigualdade de renda marcante, própria desse modo de produção, em que a riqueza cresce mas não é dividida de forma justa e equitativa entre todos os trabalhadores. Portanto, entre aqueles que só têm sua força de trabalho para vender, o pauperismo se impõe, como condição imprescindível da criação de valor. Esse movimento se concretiza na dependência das condições particulares de cada realidade. Assim, foi preciso aprofundar o conhecimento sobre os países estudados para entender a relação entre desigualdade, pobreza, presença/ausência do Estado e os rumos da epidemia.

Foi preciso considerar ainda que, além dessa desigualdade de renda, insuprimível no capitalismo, convive-se com outras desigualdades que a ela se somam, como a existente entre as mulheres e os homens, entre pessoas de diferentes raças/etnias, assim como mitos e preconceitos permeiam as relações sociais, e repercutem sobre as vidas das pessoas.

Começamos a olhar, portanto, para esses três países que viveram processos político-sociais nas últimas décadas que os marcaram. O Brasil teve uma ditadura militar entre 1964 e 1988, abrindo-se com a Constituição de 1988 para um período considerado democrático. A África do Sul viveu o *apartheid* de 1948 a 1994, segregando negros e privilegiando a minoria branca (que atualmente representa cerca de 9% da população, enquanto os negros são 79,5%). O *apartheid* foi encerrado apenas em 1994 com a eleição de Nelson Mandela para presidente, inaugurando um período em que se esperava que acabassem as discriminações contra negros e *coloured* (mestiços). Moçambique somente tornou-se independente de Portugal em 1975, após uma luta armada de libertação que durou 10 anos, encabeçada pela Frente de Libertação de Angola – a FRELIMO, enfrentando após esse período, de 1975 até 1992, uma guerra civil que levou à luta seus cidadãos, divididos entre a FRELIMO e a RENAMO (Resistência Nacional Moçambicana). Há uma minoria branca (menos de 1%) de origem portuguesa, que assim como a população negra, dividiu-se entre os dois lados tanto do movimento de libertação como do conflito civil que a ele seguiu-se. No momento em que esses países pensaram em começar a construir uma sociedade com menos desigualdade, mais democrática, mundialmente se firmava o neoliberalismo, estimulado por nações como Inglaterra e Estados Unidos, num movimento que pretendia enfrentar a crise do capital, transmutada em crise do Estado, em dificuldades nos países centrais, supostamente por promover uma política de bem-estar social com caráter universalizante.

Mundialmente esse novo momento, determinou a limitação (o fracasso, para alguns), de todas as tentativas de ampliar e garantir direitos sociais nesses países. Certamente, o avanço neoliberal não chegou a esses três países com a mesma força. Na África do Sul corroeu as possibilidades de garantir à população negra, maioria no país, o alcance das mesmas condições de vida garantidas à minoria branca. No Brasil, tem limitado o acesso a direitos sociais, apesar do país apresentar indicadores de melhoria das condições de vida da população. A focalização da política de assistência social nos mais pobres, a privatização de serviços de saúde e a oferta limitada desses serviços, também voltados à população de mais baixa renda, quebram com a universalidade do direito. Em Moçambique, o crescimento econômico não tem garantido a redução da pobreza e o acesso aos serviços públicos, num país em que o Serviço Nacional de Saúde não alcança 42% do território nacional (Casimiro et al, 2012).

Desigualdade e pobreza

Na perspectiva de aprofundar o conhecimento sobre os países focalizados no estudo, buscando inclusive uma possibilidade de compará-los, apresentamos alguns dados no Quadro 1. O Brasil se destaca pelo seu contingente populacional de 198.360.493 habitantes, representando cerca de 4 vezes a população sulafricana e 8 vezes a moçambicana. Nesses países, as mulheres são maioria em relação aos homens, ainda que por pequena margem – 50,42% na África do Sul, 50,82% no Brasil e 51,65 em Moçambique, onde a população rural (68,57%) é maior que a urbana. O Brasil tem 84,9% de sua população vivendo em área urbana, enquanto a África do Sul tem 62,44%, mostrando que as

aglomerações urbanas vêm concentrando crescentemente a população. Isso expressa uma opção por uma forma de desenvolvimento econômico, em que a industrialização predomina sobre a atividade rural, e uma opção dos governos em concentrar investimentos de infra-estrutura em áreas escolhidas pelo capital privado para realizar empreendimentos, exigindo também disponibilidade de mão-de-obra. A diferença entre viver na área urbana ou rural acaba por significar maior ou menor acesso a serviços públicos, o que se expressa em dados como o acesso de apenas 47% da população à água potável em Moçambique, ou a taxa de alfabetização de apenas 46,2%, sendo necessário destacar que entre as mulheres a taxa de analfabetismo é de 64,1%. É preciso considerar também, em relação a Moçambique, que a língua portuguesa, apesar de estar oficializada, não é falada em todo o território: há línguas de origem bantu, faladas pela maioria da população negra, que têm o caráter da oralidade, sem que o domínio da escrita seja de todos.

Em relação à taxa bruta de natalidade, vem decrescendo no Brasil (15 por mil) e na África do Sul (21 por mil), mas ainda é alta em Moçambique (38 nascimentos por mil). Também se morre mais nesse país e na África do Sul, em que a taxa de mortalidade é de 15 por mil, enquanto no Brasil, essa taxa é de 6 por mil. A esperança de vida ao nascer, que no Brasil está na média de 73,8 anos, fica em 53,4 na África do Sul e 50,7 em Moçambique. Esses últimos indicadores mostram fundamentalmente o acesso reduzido a políticas públicas, determinando a limitação da vida, assim como expõem a epidemia de HIV. Há uma estimativa de 5.600.000 pessoas vivendo com HIV na África do Sul e de 1.400.000 em Moçambique, enquanto no Brasil, com uma população muito maior, essa estimativa é de 490.000ⁱ, considerando o ano de 2010. As mortes por Aids para esse mesmo período foram estimadas, respectivamente em 270.000, 74.000 e 15.000.

Focalizamos o Índice de Desenvolvimento Humano – IDH 2012, estabelecido pelo PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento), que expressa condições de vida, pois o mesmo considera renda, saúde e educação. Moçambique tem as piores condições, conforme mostra o IDH 2012 (PNUD, 2013) – está no penúltimo lugar entre 186 países, com índice de 0,327. A África do Sul situa-se no 121º lugar, com IDH 0,629, quase o dobro do moçambicano e o Brasil, com 0,730 em 85º lugar.

Destacar a desigualdade nesses países traz complicadores para nossa discussão, afinal o país com piores condições de vida não é o que tem maior desigualdade de renda, o que nos obriga pensar por que isso ocorre.

Quadro 1. Dados populacionais e econômicos da África do Sul, Brasil e Moçambique.

Indicadores	África do Sul	Brasil	Moçambique
Habitantes 2012	50.738.255	198.360.493	24.275.186
População feminina 2012	25.583.916	100.805.716	12.539.032
População urbana 2012	62,44%	84,9%	31,43%
População rural	37,56%	15,1%	68,57%
Densidade demográfica	42 hab/km ²	23 hab/km ²	31 hab/km ²
Taxa média anual crescimento população 10-15	0,511%	0,839%	2,239%
Taxa bruta natalidade 2010	21 por mil	15 por mil	38 por mil
Taxa bruta mortalidade 2010	15 por mil	6 por mil	15 por mil
Índice de Gini	0,631	0,547	0,457
IDH 2012	0,629	0,730	0,327
Esperança de vida ao nascer	53,4 anos	73,8 anos	50,7 anos
População subnutrida 10-12	<5%	6,9%	39,2%
Pop com acesso água potável	91%	98%	47%

2010			
Pop acesso a rede sanitária 2010	79%	79%	18%
Taxa alfabetização 15 anos ou mais 2010	89,3%	90%	46,2%
Total PIB 2011 (US\$)	408.237	2.476.651	12.823
PIB per capita 2011 (US\$)	8.090	12.594	536
Desemprego	25,6	6%	22,5%
Gastos públicos com saúde 2010	3,9%	4,2%	3,7%
Gastos públicos com educação 2010	5,5%	5,7%	Não disponível

Fonte: Dados obtidos em <http://www.ibge.gov.br/paisesat/>, em 16/07/2013, com exceção 1) do Coeficiente de Gini de rendimentos, obtido no Relatório de Desenvolvimento Humano 2013, PNUD; 2) Desemprego, com dados da África do Sul obtidos através de matéria veiculada em 30/07/2013, em <http://www.tradingeconomics.com/south-africa/unemployment-rate> citando como fonte Statistics South Africa (órgão oficial); dados do Brasil obtidos em <http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2013-07-24/taxa-de-desemprego-fica-em-6-em-junho-diz-ibge>, com base no IBGE, em matéria veiculada em 24/07/2013; dados de Moçambique obtidos em <http://www.verdade.co.mz/economia/37028-mocambique-com-taxa-de-desemprego-de-225> a partir de informação veiculada em 24/05/2013, pelo Director-geral do Instituto Nacional de Emprego e Formação Profissional (INEFP) do Ministério do Trabalho.

O Índice de Gini, que expressa desigualdade de rendimento e quanto mais próximo de 1 indica maior desigualdade, é estimado pelo PNUD em 0,457 em Moçambique, 0,547 no Brasil e em 0,629 na África do Sul, o mais desigual dos três, e que situa-se entre os 10 mais desiguais do mundo. Até alguns anos atrás o Brasil também se situava entre esses 10, escapando desse grupo na década de 2000, em razão de algumas ações governamentais, entre as quais, a política de valorização do salário mínimo, a redução do desemprego, a existência de programas de transferência de renda, conforme Paulani:

É palpável a melhora dos indicadores sociais do Brasil nos últimos anos, particularmente os referentes à distribuição da renda. O índice de Gini passa de 0,589 em 2002 para 0,543 em 2009, caindo sistematicamente em todos os anos da série. No mesmo período, o número de domicílios extremamente pobres se reduz de 5,5 para 3,3 milhões, enquanto o número de domicílios pobres cai de 13,7 para 9,3 milhões. Apesar de o foco da mídia recair sempre nos programas de renda compensatória, particularmente no Programa Bolsa Família (PBF) – que atinge hoje cerca de 11 milhões de domicílios –, esses resultados não teriam sido alcançados, pelo menos não na magnitude observada, na ausência do crescimento do salário mínimo (SM) real, o qual se elevou 53% entre 2003 e 2010. A influência do comportamento do valor do SM está longe de reduzir-se a seus impactos no mercado de trabalho propriamente dito. Bem ao contrário, sua importância maior vincula-se ao sistema previdenciário e de pagamento de benefícios pelo governo. Considerando-se os benefícios de prestação continuada (BPCs) para idosos de baixa renda e portadores de deficiência e as aposentadorias rurais (todos direitos conquistados com a promulgação da Constituição de 1988), bem como as aposentadorias urbanas, temos um total de cerca de 18 milhões de benefícios do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) no valor de 1 SM, constituindo, este sim, o verdadeiro programa de renda mínima do país (Paulani, 2010, p.99).

Se a pobreza vem se reduzindo no Brasil, ainda que sem mudar a condição de desigualdade, na África do Sul ocorre um processo em que a pobreza e a desigualdade se acentuam. Moçambique vive uma situação mais crítica – apesar da desigualdade não ser tão intensa quanto nos dois outros países, a pobreza tem maior dimensão, repercutindo na vida da maioria da população. É preciso registrar que o PIB total desses países, que expressa a riqueza produzida, é extremamente diferente: o brasileiro, de US\$ 2.476.651 contém 193 vezes o moçambicano e 6 vezes o sul-africano, enquanto o PIB per capita, ou seja, o que caberia em média a cada cidadão no ano, se essa riqueza produzida fosse distribuída equitativamente é, respectivamente, US\$ 12.594; US\$ 536 e US\$ 8.090. Diante do PIB de Moçambique, portanto, entende-se que os recursos gerados são muito mais limitados que nos demais países, implicando em grandes diferenças em relação ao que pode ser disponibilizado pelo setor público para realização de obras de infra-estrutura, para políticas públicas. Alguns dados podem dar essa dimensão: o gasto governamental com saúde em HIV/Aids que fica em torno de 3,7% do PIB nacional (percentual aproximado dos 3,9% que o governo da África do Sul gasta e dos 4,2% do governo brasileiro), mas responde por menos de 10% do gasto total (Tabela 1), se considerarmos os investimentos de organismos internacionais.

Panorama do HIV/Aids e as mulheres

Segundo Brito (sd), “qualquer epidemia é o resultado de uma construção social”. Para nós significa considerar que sua expansão ou contenção tem a ver com as condições sociais, políticas, econômicas vigentes. A realidade da epidemia nos três países estudados tem características e dimensões extremamente diversas.

Assim vamos pensar a epidemia de HIV/Aids nesses países, com essa realidade de desigualdade e pobreza, que os coloca como parte do conjunto dos países em desenvolvimento, e também do eixo sul-sul, o que indica que estão fora do bloco formado pelos países centrais. África do Sul e Brasil compõem atualmente os BRICS, juntamente com China, Rússia e Índia, que apontam uma tendência de crescimento econômico que os levaria a superar uma histórica condição de subalternidade em relação às grandes potências mundiais.

As diferenças encontradas nos aspectos populacionais e econômicos somam-se a diferenças na magnitude e enfrentamento da epidemia. A África do Sul tem o maior contingente de pessoas com HIV – são 5.600.000 pessoas infectadas atualmente. Em 1982 foram identificados dois casos de homens infectados, quando a homossexualidade era considerada ilegal, o que mudou em 1994. A epidemia ficou concentrada nas cidades de Johannesburgo e Cabo, até o final do *apartheid*. O governo de Nelson Mandela desenvolveu grande esforço para estender benefícios sociais à população negra, e desconstruir a legislação do *apartheid*, elaborando uma nova constituição, num momento em que era preciso garantir a estabilidade nacional. Internacionalmente, o neoliberalismo se fortalecia e imprimia a ideia de menos Estado, de redução de políticas sociais e seu direcionamento apenas aos mais pobres. Em relação à epidemia de HIV/Aids foram desenvolvidas ações de educação e informação, com programas nas escolas públicas, distribuição gratuita de preservativos, entre outras. No governo que sucedeu Mandela, de Thabo Mbeki, houve um retrocesso na atenção à epidemia, partindo do próprio presidente, que ao negar que a Aids era causada pelo HIV, limitou as ações governamentais, gerando mobilização da sociedade civil. Mas os caminhos do HIV foram definidos: se até 1994 havia 322.000 pessoas HIV positivas, ao final de 2008 esse número tinha subido para cerca de 5.700.000 pessoas. Mesmo com esse crescimento da epidemia, somente em 2010 adotou-se a política de garantir universalmente a distribuição de antirretrovirais, através de mais de 4.000 clínicas públicas e privadas. No país é intensa a contaminação por tuberculose, geralmente associada ao HIV, exigindo maiores cuidados. O país tem um sistema de saúde público baseado na lógica de seguro social, em que garante atenção primária a

todos os cidadãos, mas o atendimento em atenção secundária e terciária exige alguma capacidade de pagamento.

Dados de 2011 (Quadro 2) apontam que havia em 2011 cerca de 5.600.000 pessoas com HIV/Aids na África do Sul, em Moçambique havia 1.400.000 e no Brasil, 490.000. A estimativa de novos casos (incidência) era respectivamente, de 380.000 entre os sulafricanos e de 130.000 entre os moçambicanos. No Brasil ocorreram 38.776 novos casos em 2011, segundo o Boletim Epidemiológico (Ministério da Saúde, 2012), que indicava a prevalência de 656.701 casos de 1980 a 2011.

Quadro 2. Dados sobre HIV/Aids na África do Sul, Brasil e Moçambique

Indicadores	África do Sul	Brasil	Moçambique
Estimativa de prevalênciaⁱⁱ de HIV (pop.15-49 anos)	2001 – 15,90 2011 – 17,30%	2001 – 0,4% 2011 – 0,3%	2001 – 9,7% 2011 – 11,3%
Estimativa de Pessoas vivendo com HIV			
2001	4.400.000	450.000	850.000
2011	5.600.000	490.000	1.400.000
Estimativa de novas infecções por HIV			
2001	610.000		140.000
2011	380.000	Sem dado	130.000
Estimativa de mortes por Aids			
2001	210.000	11.000	46.000
2011	270.000	15.000	74.000
Pessoas precisam ARV	2.600.000	300.000	600.000
Pessoas em ARV	1.702.060	215.676	273.561
Porcentagem de jovens entre 15-24 anos vivendo com HIV	Mulher – 11,9% Homem – 5,3%	Mulher – 0,10 Homem – 0,10	Mulher – 8,2 Homem – 2,80

Fonte: UNAIDS, 2012

Nos 3 países, a distribuição do HIV pelo território é variável. Na África do Sul a maior concentração de casos é em KwaZulu-Natal e Mpumalanga, na região norte do país, seguida da província de Gauteng, onde fica situada a cidade de Johannesburg. Em Eastern Cape, onde fica Cape Town, a ocorrência de HIV é menor. No Brasil de 1997 a 2009, a região sul apresentou a maior incidência de HIV, com crescimento da epidemia, especialmente em cidades turísticas. A incidência da epidemia cresce também no nordeste, mas há menos casos que no sul. No sudeste inicialmente a incidência era maior, mas diminuiu ao longo desse período. Em Moçambique, a região sul, onde está situada a capital Maputo, tem maior incidência, seguida do centro e da região norte, que tem 1/3 da incidência do sul. Nas áreas rurais é menor a existência de casos de pessoas infectadas que nas áreas urbanas.

A estimativa de mortes por Aids foi reduzida no Brasil desde a introdução da terapia antirretroviral extensiva a todos os que precisam, em 1996, fornecida gratuitamente através de unidades de saúde no território nacional. Atualmente são cerca de 700 serviços de saúde em que as pessoas podem pegar a medicação. Na África do Sul há mais de 4.000 clínicas fornecendo antirretrovirais, compondo o maior programa de distribuição de medicamentos para Aids, ainda que não se consiga atender todos os que necessitam, dada a dimensão da epidemia no país. De acordo com o Quadro 2, a terapia antirretroviral é fornecida a 65,46% dos que precisam. No Brasil, cerca de 72% das pessoas

infectadas têm acesso à terapia, enquanto em Moçambique, menos da metade das pessoas têm acesso (45,6%). Diante disso, para 2011, a estimativa era de 270.000 mortes na África do Sul, 15.000 no Brasil e 74.000 em Moçambique.

Em relação às mulheres, se no início da epidemia, nos 3 países, elas eram minoritariamente atingidas, ao longo das décadas foram sendo infectadas em relações heterossexuais. Hábitos culturais, costumes locais, a condição da mulher, especialmente nos países africanos, levou a um quadro que mostra que as mulheres jovens estão sendo as maiores vítimas da epidemia. Na faixa etária entre 15 e 24 anos, as mulheres são mais atingidas pelo HIV – 11,9% de mulheres, em comparação a 5,3% de homens na África do Sul. Em Moçambique, a relação mulher/homem é mais acentuada: para 8,3% de mulheres jovens há apenas 2,8% de homens jovens atingidos. Apenas no Brasil, o percentual de mulheres e homens jovens se equipara – 0,10 para homens e mulheres nessa faixa etária. Nos países africanos, práticas como o sexo intergeracional, muitas vezes motivado pela possibilidade da mulher ser sustentada pelo homem mais velho e com melhores condições econômicas (“apadrinhamento de jovens”), em países em que os homens podem casar-se com mais de uma mulher, podem ser hábitos que contribuem para a disseminação da epidemia entre as mulheres jovens. Recentemente em Moçambique foi proibida a prática de purificação de viúvas através de práticas sexuais com parentes do marido morto, o que era hábito comum prescrito por curandeiros, que existem em grande proporcionalidade no país, pois são mais numerosos que os médicos. Mia Couto, escritor moçambicano escreveu um texto intitulado O Futuro por Metade, em que afirma sobre o seu país:

A nossa sociedade vive em permanente e generalizado estado de violência contra a mulher. Essa violência é silenciosa (eu preferia dizer que é silenciada) por razões de um alargado compadrio machista. Os níveis de agressão doméstica são enormes, a violência contra as viúvas já foi reportada em livro, a violência contra as mulheres idosas acusadas de feitiçaria e, por isso, punidas e estigmatizadas...as mulheres dos quinze aos 24 anos são duas vezes mais susceptíveis de serem contaminadas pela Sida do que os rapazes. Estes números todos sugerem uma silenciosa mutilação nacional, um estado permanente de guerra contra nós mesmos. Esta é a conclusão que podemos sugerir, a fechar: um país em que as mulheres só podem ser a sua metade está condenado a ter apenas metade do seu futuro. (2011, pp.137-8).

Esse mesmo autor indica que na maior parte das línguas africanas não há o equivalente para o termo futuro (2011, p.124-5). Há o equivalente a amanhã, como o dia seguinte. Mas não a futuro. Essa indicação pode ser reveladora do que significa viver na África, em que, segundo Couto, há uma minoria de dirigentes africanos preocupados com o bem público (2001, p.202), que não conseguem garantir a implementação de políticas públicas que possam alterar a expectativa de vida atual, em torno de 50 anos.

O que dizer sobre pobreza em relação às pessoas com HIV/Aids? Na falta de dados sobre a renda das pessoas infectadas, no Brasil a escolaridade tem sido usada para estimar a questão da pauperização da epidemia:

A escolaridade tem sido utilizada como variável *proxi* de situação socioeconômica, e o fenômeno de pauperização tem sido caracterizado pelo aumento da proporção de casos de aids com baixa escolaridade. Houve expressiva mudança no perfil da escolaridade dos casos notificados entre adultos. Em 1985, o percentual de casos com nível superior ou médio era de 76%, enquanto apenas 24% dos casos eram analfabetos ou tinham cursado até os primeiros quatro anos do ensino fundamental. Nos anos subsequentes, houve uma tendência progressiva de aumento no registro de casos com menor grau de escolaridade, observando-se em 2000, entre os casos com escolaridade informada, que 74% eram analfabetos ou tinham cursado o

ensino fundamental, e apenas 26% tinham mais de 11 anos de escolaridade ou curso superior. (Brito, n.d.).

Dados do Boletim Epidemiológico 2012 (Preliminar) indicam uma atualização da escolaridade de pessoas com HIV/Aids no país: são 50,1% de pessoas com menos de 11 anos de escolaridade, incorporando aí os analfabetos que representam apenas 2,3%. As pessoas com mais de 11 anos de escolaridade ou com curso superior são 26,5%, mas há 23,3% de pessoas que não forneceram essa informação. Entre os homens há 8,6% com curso superior completo, mas entre as mulheres esse percentual é de apenas 2,9%. Se ter curso superior representa ascensão social e possibilidade de maiores rendimentos, o baixo percentual de pessoas vivendo com HIV/Aids, com curso superior completo, especialmente de mulheres, significa que estão sujeitos a uma renda menor, à pobreza.

Se pensarmos nos indicadores apresentados no Quadro 1, destacando desemprego, veremos que este também pode ser utilizado para pensar a pobreza. Em relação ao desemprego, a África do Sul, considerada a potência econômica da região tem taxa de 25,6%, superando Moçambique, cuja taxa é de 22,5%. Ou seja, $\frac{1}{4}$ da população sulafricana e mais de $\frac{1}{5}$ da moçambicana não tem trabalho, o que significa que não tem como garantir sua sobrevivência. Não há como saber entre as pessoas com HIV como se comporta o desemprego, mas é de supor que as pessoas infectadas, sem acesso a tratamento antirretroviral, o que as faz vulneráveis a infecções oportunistas, deve ter maiores dificuldades de ter um emprego, em que precisa estar presente, produzir tanto quanto um trabalhador sadio. No Brasil, o desemprego está com baixa taxa, inclusive considerando que mundialmente tem crescido o desemprego estrutural, mas não há dados estatísticos em relação às pessoas com HIV. Nos 5 grupos focais realizados com homens e mulheres em hospitais de referência para HIV/Aids em Recife, que oferecem serviços ambulatoriais e internação, encontramos apenas um homem com emprego formal, que foi mantido no trabalho mesmo depois do padrão ter descoberto seu estado de HIV positivo (não podemos considerar a validade estatística dessa amostra). Mas devemos considerar a existência de legislação anti-discriminação. Encontramos nos grupos focais pessoas que trabalhavam no setor informal, sem contribuir para o sistema oficial de seguridade social. Essas pessoas relataram que em muitas situações de doenças oportunistas, ou da necessidade de atendimento médico ou buscar a medicação, precisavam se afastar do trabalho, o que significava redução do rendimento.

Um elemento fundamental para a garantia de melhores condições de vida para as mulheres com HIV no enfrentamento da epidemia é a existência de uma política pública de saúde de caráter universal, que garanta universalmente, o acesso a serviços de prevenção e tratamento. Não é o que ocorre nos países africanos estudados. No Brasil existe desde os anos 90 uma política de saúde para pessoas com HIV, com acesso a antirretrovirais, de caráter universal. Entretanto, os serviços estão localizados apenas nas capitais e em algumas cidades que centralizam os serviços de saúde, atendendo os municípios de seu entorno. Em Pernambuco em 2012 foram criados novos SAEs – Serviço de Atendimento Especializado, que contam com infectologista para consultas ambulatoriais e fazem distribuição de antirretrovirais. Verificamos que há médicos que trabalham em mais de um serviço, dividindo sua carga horária entre diferentes vínculos de trabalho. Assim, a abertura de novos serviços não significa que há mais profissionais disponíveis para atender às pessoas. Há uma reclamação quanto à dificuldade de marcação das consultas, e em relação a alguns profissionais, que não têm tempo de dar maior atenção aos pacientes. Em relação aos programas de apoio assistencial, que garantam também condições de vida para os sujeitos que não conseguem acessar o mercado de trabalho em função da doença e do estigma a ela vinculado, não existem programas específicos para as pessoas com HIV/Aids. Como afirmaram algumas mulheres com HIV, participantes dos grupos focais – “não vivemos só de antirretrovirais”.

Os gastos públicos com a saúde no Brasil, para enfrentamento do HIV/Aids em 2010 (Tabela 1) foram de US\$1.329.000.000, exclusivamente de fontes governamentais (Brazilian Ministry of Health,

2012, p.63). Desse total, 70,2% foram gastos com ações de tratamento e 19,9% com prevenção (2012, p.64).

Tabela 1. Gastos com HIV com indicação da fonte dos recursos (em US\$)

País	Gasto total	Público		Internacional		Privado	
		Total	%	Total	%	Total	%
África do Sul 2010	1.616.533.224	1.217.979.739	75	265.099.986	16,4	133.456.498	8,3
Brasil 2010	1.329.000.000	1.329.000.000	100	-	-	-	-
Moçambique 2008	146.420.694	5.033.452	3	139.907.799	96	1.479.443	1

Fonte: Relatórios dos países para UNAIDS. Os gastos da África do Sul somam ações para HIV e Tuberculose, dada a conexão entre as duas doenças.

Apesar dos problemas enfrentados nos serviços para HIV/Aids no Brasil, as dificuldades com a oferta de políticas públicas são maiores na África do Sul e, principalmente em Moçambique. Os sul-africanos somente passaram a contar com a garantia de antirretrovirais, segundo o protocolo internacional, a partir de 2010. Apesar do país ser recordista na distribuição de antirretrovirais no mundo, não consegue atingir todos os que precisam. O gasto com HIV na área de saúde é assumido basicamente pelo governo, é de R\$1.616.533.224, reunindo também os gastos com tuberculose, infecção correlacionada ao HIV no país. Desse total, 75% vêm de recursos governamentais, públicos, enquanto apenas 16,4% vem de organismos internacionais e 8,3% de instituições privadas do país. Na área de assistência social, o governo criou programa de transferência de renda especificamente para pessoas com HIV/Aids. Há também uma forte rede de solidariedade social em que organizações não governamentais recebem subsídios para dar acompanhamento a pessoas com HIV/Aids, indo às casas, ajudando na higiene e na alimentação, assim como na administração de medicação.

Em Moçambique, o sistema de saúde não consegue atingir a todos os cidadãos. Segundo Casimiro et al (2012), o país continua a não conseguir responder a certos indicadores exigidos pelas Nações Unidas: não se sabe nada do que acontece no ambiente de prostituição; não há informação sobre homens que fazem sexo com homens. A precariedade do sistema nacional de saúde, que não chega a todas as áreas do país, leva a que apenas pouco mais da metade dos partos - 56 a 57% - sejam institucionais. Portanto, pode haver mais mulheres grávidas infectadas e é possível que mais crianças nasçam infectadas, fora do controle estatal. As despesas com o HIV/Aids totalizaram o montante de US\$146.420.694 em 2008, valor cerca de 20% superior ao registrado nos três anos anteriores. Entretanto, o peso relativo do financiamento externo direto para HIV/Aids atingiu naquele ano 96% do total, em comparação aos 3% de recursos públicos governamentais e 1% de recursos privados (Republic of Mozambique, 2012). Ou seja, a maior parte dos recursos gastos com HIV vem de fontes internacionais. Num país em que o PIB é muito baixo e o PIB per capita está em torno de R\$ 536, as ações governamentais têm um peso enorme para dar novos rumos à epidemia de HIV/Aids e à garantia de direitos sociais. A população moçambicana, pobre em sua maioria não tem como arcar com os custos do tratamento de Aids, que deve ser assumido pelos órgãos governamentais.

Considerações finais

O enfrentamento da epidemia no sentido de reduzir a infecção em mulheres exige diferentes ações, entre as quais o fortalecimento das políticas sociais. O crescimento exponencial da epidemia na

África do Sul e em Moçambique, só se explica pela ausência do Estado diante de uma epidemia que começou com poucos casos na década de 80. Havia 6 casos em Moçambique em 1988, e 25 anos depois há 1.400.000. Na África do Sul até 1994 havia 322.000 pessoas HIV positivas, e quase 20 anos depois, há cerca de 5.600.000 pessoas. No Brasil, o crescimento da epidemia não teve a mesma proporcionalidade, e a ação governamental foi fundamental. No caso brasileiro, discute-se atualmente a regressão das políticas de saúde que contribuíram para manter a epidemia sob controle, questionando-se a limitação da prevenção, a dificuldade em expandir os serviços, em garantir profissionais de saúde qualificados não só nas capitais e regiões desenvolvidas. Se a política preventiva fosse mais eficaz, não teríamos a situação de ter ao menos um caso de HIV/Aids em grande parte dos municípios brasileiros. O diagnóstico tardio leva as pessoas a descobrir a doença apenas quando já estão sofrendo infecções relacionadas ao HIV, o que retarda o uso dos medicamentos. Uma das mulheres que participou de um grupo focal, moradora do interior, perdeu um filho e estava perdendo outro, quando um médico da capital, para onde a criança foi enviada, descobriu que era soropositiva, assim como a mãe. A transmissão vertical, apesar de haver um programa nacional de controle, ainda acontece, por falhas dos serviços de saúde. A diminuição de recursos destinados às organizações não governamentais, tem contribuído para a redução de programas preventivos e de apoio às pessoas com HIV/Aids.

Finalizando, as condições de pobreza das mulheres, principalmente das que são chefes de família, o menor acesso à educação, assim como os costumes tradicionais, especialmente a ideia da mulher como ser inferior ao homem, somam-se à precariedade dos serviços de saúde, da atenção do Estado às mulheres. Se assim não fosse, a epidemia não teria atingido a razão de sexo de hoje, em que há mais mulheres que homens infectados nos países africanos e em que, no Brasil, em certas faixas etárias, essa razão equipare homens e mulheres na infecção.

Bibliografia

Brazilian Ministry of Health. Health Surveillance Secretariat. Department of STD, Aids and Viral Hepatitis. (2012). Progress Report on the Brazilian Response to HIV/AIDS (2010-2011). Brazil.

Brito, A. M. (n.d.). A evolução e distribuição social da doença no Brasil. Com Ciência. Revista Eletrônica de Jornalismo Científico. SBPC. Disponível em <http://comciencia.br/comciencia/?section=8&edicao=13&id=116>

Casimiro, I. M., et al. (2012). Relatório de Moçambique para projecto de pesquisa “Desafio do sida nas suas dimensões socioeconómicas, culturais e políticas no Brasil, África do Sul e Moçambique”, 2011-2012.

Couto, Mia. (2011). O futuro por metade IN E se Obama fosse africano? E outras interinvenções. Ensaio. São Paulo: Companhia das Letras.

Ministério da Saúde. (2012) Boletim Epidemiológico Aids.DST. Versão preliminar. Brasília.

Paulani, L. (2010). A inserção da economia brasileira no cenário mundial: uma reflexão sobre a situação atual à luz da história. Boletim de economia e política internacional/Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Diretoria de Estudos e Relações Econômicas e Políticas Internacionais. – n.1, (jan./mar. 2010). – Brasília: Ipea. Dinte.

PNUD. (2013). Relatório de Desenvolvimento Humano 2013. Disponível em <http://www.pnud.org.br/arquivos/rdh-2013.pdf>. Acesso em 04/08/2013.

Republic of Mozambique. (2012). National AIDS Council. 2012 Global AIDS Response Progress Report for the Period 2010 - 2011.

Republic of South Africa. (2012). Global Aids Response Progress Report 2012. South Africa.

UNAIDS. (2012). Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2012. Disponível http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_en.pdf. Acesso em 04/08/2013

Sites pesquisados:

<http://www.ibge.gov.br/paisesat/>

<http://www.verdade.co.mz/economia/37028-mocambique-com-taxa-de-desemprego-de-225> Acesso em 10/08/2013

<http://www.tradingeconomics.com/south-africa/unemployment-rate>. Acesso em 10/08/2013.

<http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2013-07-24/taxa-de-desemprego-fica-em-6-em-junho-diz-ibge>. Acesso em 10/08/2013

ⁱ Optamos por trabalhar principalmente com dados de uma mesma fonte, pensando na questão da comparabilidade. Essa fonte foi UNAIDS REPORT ON THE GLOBAL AIDS EPIDEMIC 2012. Disponível http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_en.pdf. Acesso em 29/07/13. Quando outra fonte for utilizada, será informado.

ⁱⁱ Prevalência indica quantas pessoas estão doentes em números absolutos ou percentuais. Incidência aponta quantas pessoas tornam-se doentes a cada ano (casos novos, ou seja, a intensidade da epidemia diante da população).