



VIH/sida en Brasil: la feminización de la epidemia en análisis

Luciana Narciso da Silva Campany¹, Daniela Murta Amaral², Roberta Nascimento de Oliveira Lemos dos Santos¹

1. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro/RJ, Brasil. 2. Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro/RJ, Brasil.

Resumen

Este artículo analiza el proceso de feminización de la epidemia de HIV/sida en Brasil y su importancia en las acciones de planificación en la salud pública. La investigación parte de una revisión de la literatura y de datos oficiales del Ministerio de Salud de Brasil. Las acciones efectivas para combatir la infección por VIH/sida entre las mujeres deben abordar las diferencias de género y las condiciones socioculturales en cada región. Es esencial un amplio proceso de educación sanitaria, que abarque a las poblaciones masculinas y femeninas, centrándose en el empoderamiento, el autocuidado y el cuidado de los demás dentro de las relaciones establecidas.

Palabras clave: VIH. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Feminización. Prevención de enfermedades. Promoción de la salud. Planificación en salud. Empoderamiento para la salud.

Resumo

HIV/aids no Brasil: feminização da epidemia em análise

Este trabalho analisa a feminização da epidemia de HIV/aids no Brasil e a importância de considerar esse processo no planejamento de ações em saúde pública. A pesquisa foi desenvolvida por meio de revisão de literatura e estudo de dados oficiais do Ministério da Saúde. Os resultados mostram que ações eficazes no combate à infecção por HIV/aids entre as mulheres devem contemplar diferenças de gênero e condições socioculturais de cada região. O artigo ainda propõe que é imprescindível um processo amplo de educação em saúde, que abranja simultaneamente homens e mulheres e tenha foco no empoderamento e no cuidado de si e do outro.

Palavras-chave: HIV. Síndrome de imunodeficiência adquirida. Feminização. Prevenção de doenças. Promoção da saúde. Planejamento em saúde. Empoderamento para a saúde.

Abstract

HIV/aids in Brazil: the feminization of the epidemic under analysis

This article analyzes the feminization of the HIV/aids epidemic in Brazil and the importance of considering this process when planning public health actions. This study is a literature review and also includes the analysis of official data from the Ministry of Health. The results show that effective actions to combat HIV/aids infection among women must take gender differences and the sociocultural conditions of each region into consideration. The need for a broad health education process for both men and women focusing on empowerment, self-care and caring for others can also be highlighted.

Keywords: HIV. Acquired immunodeficiency syndrome. Feminization. Disease prevention. Health promotion. Health planning. Empowerment for health.

Las autoras declaran que no existe ningún conflicto de interés.

A principios de la década de 1980, un gran número de pacientes varones, residentes en San Francisco y Nueva York, en los Estados Unidos de América, presentaron un cuadro clínico similar, caracterizado por la aparición de sarcoma de Kaposi, neumonía por *Pneumocystis carinii* y deterioro del sistema inmunitario. Se trataba de una enfermedad nueva, que parecía ser infecciosa y transmisible. Casos similares también ocurrieron en Haití y África Central, en un grupo aparentemente restringido de personas, compuesto por hemofílicos, homosexuales, usuarios de drogas inyectables y profesionales del sexo^{1,2}.

En 1983, los investigadores Luc Montagnier y Robert Gallo fueron capaces de aislar el virus VIH-1 en muestras de sangre de pacientes enfermos, y un comité internacional recomendó el uso del término “human immunodeficiency virus”, o “virus de la inmunodeficiencia humana”, para nombrar la causa de la nueva patología, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (“sida”, en español, o “aids”, en inglés)¹. En 1986, se identificó un segundo agente etiológico, con características similares al VIH-1, que se denominó VIH-2^{1,2}.

El sida es el agravamiento de la infección por el VIH, marcado por un gran deterioro del sistema inmunológico del paciente, que conduce a la aparición de enfermedades oportunistas causadas por virus, bacterias, protozoos, hongos y neoplasias. Debido a los avances en las terapias antirretrovirales, los pacientes que viven con el VIH pueden mantenerse sanos durante muchos años. Sin embargo, estudios recientes han demostrado que la infección por VIH comienza un proceso de envejecimiento más acelerado en comparación con las personas sanas, por lo que hoy en día ya se discute el carácter degenerativo de la enfermedad³. Un factor que posiblemente contribuye a este proceso es la respuesta celular añadida a la edad del individuo —que ocurre prematuramente, en respuesta al estrés— y sus relaciones con comorbilidades y terapias antirretrovirales³.

A lo largo de las décadas, Brasil ha avanzado en la evaluación y monitoreo de la enfermedad, llegando a la notificación obligatoria de la infección por VIH en el Sistema de Vigilancia de la Salud, a partir de 2014. En la actualidad, el sida y la infección por el VIH figuran en la Lista Nacional de Notificación Obligatoria de enfermedades. Sin embargo, a pesar de todos estos esfuerzos,

los boletines epidemiológicos del Ministerio de Salud (MS)^{4,5} revelan el subregistro de casos en el Sistema de Información de Agravamientos de Notificación (Sinan) y señalan las fallas en el registro de la información, como la falta de campos para identificar la orientación sexual de los individuos y el enfoque exclusivo en las parejas sexuales, las prácticas y las relaciones afectivo-sexuales y en la clasificación de las personas como cisgénero o transgénero (las personas cisgénero y transgénero se distinguen en función de la concordancia, en el caso cis, o discordancia, en el caso trans, entre la identidad de género autodeclarada y el sexo anatómico designado al nacer⁶).

Estas deficiencias en la notificación, que imposibilitan la producción de datos importantes para comprender las vulnerabilidades a la infección por el VIH, pueden comprometer la continuidad del sistema de suministro de medicamentos y, consecuentemente, la definición de estrategias más consistentes para enfrentar la epidemia⁴. Los datos epidemiológicos del MS muestran que se reportaron 342.459 casos de infección por VIH en Brasil de 2007 a junio de 2020, con 152.029 (44,4%) en la región Sudeste, 8.385 (20%) en la región Sur, 5.106 (19%) en la región Nordeste, 30.943 (9%) en la región Norte y 25.966 (7,6%) en la región Centro-Oeste. En cuanto al sida, de 1980 a junio de 2020, se identificaron 1.011.617 casos, con la mayor concentración en las regiones Sudeste (51%) y Sur (19,9%), seguidas por las regiones Nordeste (16,2%), Norte (6,7%) y Centro-Oeste (6,2%). Hubo una disminución en el registro de casos de sida en el Sistema de Información de Agravamientos de Notificación; de los 37.308 casos de sida detectados en 2019, el 48,5% provenía del Sinan, el 8,2% del Sistema de Información de Mortalidad (SIM) y el 43,3% del Sistema de Información de Exámenes de Laboratorio (Siscel)⁴.

Aunque en los últimos años haya disminuido el número de casos de sida en el país, el Ministerio de Salud señala que una parte de esa disminución puede deberse a problemas de transferencia de información entre las bases de datos de los municipios, los estados y la Federación (esferas de gestión del Sistema Único de Salud). Actualmente, la reducción de los números también puede ser el resultado de una liberación lenta de los datos en las bases de datos de Sinan, debido a la movilización de profesionales y servicios por la pandemia de covid-19⁴.

En Brasil, la epidemia de VIH y sida se compone de varias subepidemias relacionadas con diferentes realidades producto de perfiles económicos, nivel educativo de la población y capacidad de inversión en salud. Con el tiempo, la infección viral ha seguido diversas tendencias, como la interiorización, la feminización, el empobrecimiento y, en los últimos años, la juvenilización y el nuevo crecimiento en la población masculina, que se nota en el aumento de las tasas de infección entre los hombres gay y bisexuales más jóvenes⁴⁻⁸.

Actualmente, el Sistema Único de Saúde (SUS) proporciona recursos para combatir la infección por el VIH a través de la Profilaxis Preexposición (PrEP) y la Profilaxis Posexposición (PEP). La primera está indicada para personas más vulnerables al contacto con el virus, miembros de las llamadas “poblaciones clave”: gays, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, población trans, trabajadores(as) del sexo, personas que tienen relaciones sexuales sin protección con personas que viven con el VIH y pacientes que tienen episodios frecuentes de infecciones de transmisión sexual o hacen uso repetido de PEP. Esta segunda forma de profilaxis está dirigida a personas que, como resultado de violencia sexual, relaciones sexuales sin protección o accidente laboral, están en riesgo de contacto con el virus. Sin embargo, a pesar de su importancia en la comprensión del perfil del individuo, los usos anteriores de estas estrategias no se registran en el sistema de notificación^{9,10}.

Aunque el campo de lo femenino incluya a mujeres diversas (cis, trans heterosexuales, lesbianas y bisexuales), la feminización del VIH/sida se ha tratado tradicionalmente como un tema exclusivo de las mujeres cisgénero y heterosexuales. Las mujeres trans (incorporadas por error durante mucho tiempo en el segmento de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres o hombres homosexuales) siempre han sido reconocidas como una población vulnerable. Ya las mujeres lesbianas son a menudo entendidas como un grupo excluido del riesgo de contraer esta infección. Sin embargo, las mujeres cis heterosexuales (y bisexuales, cuando mantienen relaciones afectivo-sexuales heteronormativas) solo se han convertido en un objeto de preocupación para abordar la epidemia de VIH y sida después del aumento de las tasas de infección de este segmento. Este hecho reveló el alto riesgo de exposición a un

agravio tradicionalmente asociado con la “promiscuidad” y las prácticas homoafectivas.

A pesar de no profundizar en la discusión sobre la diversidad de género y la feminidad, este artículo reflexiona sobre el proceso de feminización de la epidemia de VIH/sida para buscar formas de superar los diferentes contextos de vulnerabilidad de este grupo. Inferimos que la naturalización de la concepción sexista de que las mujeres cisgénero y heterosexuales son monógamas y mantienen relaciones estables terminó por hacer invisibles las debilidades, incluyendo a estas mujeres en un territorio de falsa protección. Así, en resumen, este artículo tiene como objetivo analizar el proceso de feminización de la epidemia en Brasil y discutir acciones de promoción y planificación de la salud dirigidas a ese segmento.

Método

El método elegido fue la revisión bibliográfica narrativa, que plantea la producción científica disponible y construye conceptos que combinan conocimientos diversos de manera armónica, haciendo más explícito el tema de investigación. Para ello, se utilizó una estrategia de búsqueda adaptable a las características del sitio web de MS y las bases de datos buscadas (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud y Scientific Electronic Library Online). Las palabras clave buscadas, todas registradas en los Descriptores de Ciencias de la Salud, se combinaron con los operadores booleanos *or* y *and*: “VIH”, “sida”, “feminización”, “prevención”, “vigilancia de la salud” y “promoción de la salud”. La búsqueda bibliográfica, realizada en febrero de 2021, sin filtros limitativos, devolvió 100 documentos. Se excluyeron 38 documentos duplicados y se realizó una lectura exploratoria de los 62 documentos restantes. Finalmente, quedaron 30 documentos que cumplían con el propósito del artículo. Estos textos son analizados y discutidos a continuación.

La mujer en la sociedad brasileña

Las desigualdades de género, que colocan a las mujeres en una situación cultural de inferioridad en relación con los hombres, forman parte de la formación histórica del Brasil^{10,11}. Al analizar

el papel de las mujeres brasileñas a principios del siglo XX, Biasoli-Alves¹¹ señala que la sumisión a los hombres (padres, hermanos y maridos) era vista como deseable. Sin embargo, a medida que la mujer ingresó a la escuela e ingresó al mundo laboral, se empezaron a negar los valores tradicionales que caracterizaban a la “niña buena”: obediencia, delicadeza en el trato, destreza manual y pureza. Sin embargo, esos valores no dejaron de existir, sino que comenzaron a manifestarse de otras maneras.

La desigualdad de género hace que las mujeres sean vulnerables al poder de los hombres en diversas situaciones: violencia doméstica y sexual, violación de derechos humanos y desigualdades socioeconómicas, entre otras¹²⁻¹⁴. Estas relaciones asimétricas promueven una doble moral sexual: se espera que las mujeres sean recatadas y fieles a sus parejas, mientras que los hombres son vistos como depredadores sexuales, incluso cuando se insertan en una relación afectiva estable^{13,15}.

Este patrón de comportamiento, cuando se constituye como una norma, se convierte en una forma de opresión. En nuestra sociedad persiste la naturalización del comportamiento femenino monógamo vinculado al afecto, a pesar de todo el progreso representado por la píldora anticonceptiva, en la segunda mitad del siglo XX, y otros métodos anticonceptivos que dieron a las mujeres mayor libertad en las experiencias sexuales y en la búsqueda del placer, disociando el acto sexual de la reproducción.

Relación VIH/sida y las mujeres en Brasil

De 2007 a junio de 2020, Brasil registró 104.824 casos de infección por VIH en mujeres, lo que corresponde al 30,6% de los casos registrados en el período, con una proporción de 2,6 en 2019 (26 hombres por cada 10 mujeres). Entre estas mujeres, el 86,6% se contagiaron en relaciones heterosexuales. De 1980 a junio de 2020, se registraron 346.791 casos de sida en mujeres (34,3% del total), con un 87,8% de infecciones por relaciones heterosexuales. La relación entre los sexos ha cambiado a lo largo de los años, pasando de 15 hombres a 10 mujeres entre 2002 y 2009, con un aumento gradual posterior, que se ha mantenido desde 2017 en 23 hombres por 10 mujeres⁴.

El estigma de que la epidemia solo afectaría a un “grupo de riesgo” (hombres homosexuales, travestis y mujeres transexuales) dejó a las mujeres cisgénero heterosexuales en una situación vulnerable. En general, se creía que solo las profesionales del sexo (aquellas que se sabía que tenían múltiples parejas) estarían expuestas a la infección. Pero lo que pasó fue la feminización de la epidemia dentro de un contexto de relaciones heterosexuales estables.

La naturalización del deseo sexual masculino como continuo e inagotable, símbolo de virilidad, hace que los hombres se pongan en riesgo y extiendan esta situación a sus parejas fijas. En este contexto, se deben aprovechar todas las oportunidades de tener relaciones sexuales, incluso extramatrimoniales, aunque no haya preservativos disponibles para la práctica del sexo seguro¹⁵.

Para el modelo hegemónico de la experiencia masculina, el uso del preservativo se justifica solo con la función de anticoncepción, o cuando la pareja es una “mujer fácil”, es decir, ofrece algún tipo de riesgo para la salud. Es común que los hombres utilicen el método de barrera solo al comienzo de las relaciones, cambiando al sexo sin protección cuando piensan que la pareja no los traiciona (incluso si ellos mismos mantienen relaciones extramatrimoniales)¹⁵⁻¹⁷.

Por otro lado, desde la perspectiva femenina, el amor tiende a ser visto como sinónimo de abnegación, y la confianza en la pareja perjudica la percepción de los riesgos de infección por VIH y otras enfermedades de transmisión sexual¹⁸. Este exceso de confianza en el otro, así como el miedo a ser incomprendida y causar el fin de la relación, aumenta las vulnerabilidades de la mujer, dificultando la negociación con la pareja para que el preservativo pueda usarse en las relaciones sexuales^{12,17-21}.

Carvalho y Piccinini²² afirman que la tasa más alta de infección por el VIH ocurre entre las mujeres que se han aferrado a la falsa creencia de que las casadas no contraen el virus, solo las “promiscuas”. Estas mujeres se someten a sus maridos, delegando al hombre el papel de protección y cuidado. Como son fieles en sus relaciones, creen que sus cónyuges también lo son, y en este contexto no hay espacio para negociar el uso de preservativos²³. De esta manera, el sexo seguro solo se requiere en períodos cortos, al comienzo de la relación o cuando hay sospecha de una traición^{16,18}.

Entre las mujeres más jóvenes la realidad no es diferente. En una encuesta con adolescentes de entre 12 y 21 años, Sampaio y colaboradores²⁴ también encontraron relatos sobre la dificultad de negociar el uso del preservativo. Nogueira, Saavedra y Costa²⁵ llaman la atención sobre el hecho de que entre los jóvenes, principalmente mujeres, existe una peligrosa tendencia a creer que el riesgo de infección por el VIH es pequeño. Entre los que mantienen relaciones estables, la pareja fija y la "confianza" son justificaciones para prescindir del uso del preservativo²⁶. Esta situación se agrava cuando las mujeres ya están esterilizadas y no necesitan protegerse de un embarazo no deseado²⁷.

Las campañas de prevención del MS se centran en la práctica del sexo seguro ("usa condón") y las consecuencias de exponerse a riesgos. Sin embargo, a juzgar por el avance de la epidemia, especialmente entre la población femenina cisgénero, estas campañas no han sido efectivas²⁸. Los medios de intervención deben producir transformaciones, pero para eso es necesario conocer las creencias y prácticas sexuales del lugar donde se quiere intervenir²⁹.

Comprender el aumento de la infección por el VIH en las mujeres no es una tarea fácil, ya que el sida lleva el estigma de una enfermedad vergonzosa, fuertemente asociada con comportamientos moralmente devaluados. La condición social de las mujeres dificulta aún más esta tarea, principalmente porque la prevención del sida está vinculada al control de la conducta sexual, que a su vez está relacionada con la reproducción y los roles de género³⁰.

Publicado por el MS en marzo de 2007 y actualizado en ediciones posteriores, el Plan Integrado de Enfrentamiento de la Feminización de la Epidemia de sida y otras enfermedades de transmisión sexual (EST) discute escenarios en los que el género femenino es más vulnerable y propone 12 estrategias para reducir el número de casos entre las mujeres. Por lo tanto, el plan identifica las causas de la vulnerabilidad de las mujeres y sugiere importantes actividades de intervención para alcanzar los objetivos propuestos³¹.

Luego de más de tres décadas de enfrentar el VIH/sida, la epidemia sigue siendo un tema importante y actual, considerando que la sexualidad humana es uno de sus aspectos fundamentales²⁹. En cuanto a la vulnerabilidad de las mujeres, son muchos los factores que la definen, como el

grupo de edad y el nivel educativo, y que no pueden descuidarse si queremos adoptar medidas eficaces para combatir la enfermedad³²⁻³⁴.

Resultados y discusión

El papel social de la mujer está cambiando. Educadas inicialmente para permanecer en el espacio doméstico y para ser amas de casa, más recientemente las mujeres han ingresado al mercado laboral. Sin embargo, en el campo afectivo, es posible observar la permanencia de este lugar de la mujer forjado a finales del siglo XIX, de dependencia y sumisión al hombre, que es uno de los factores de vulnerabilidad a la infección por VIH^{11,15,21,22}. La apreciación de la relación estable y la creencia de que la fidelidad garantiza la protección hacen la vista gorda a la posibilidad de que el cónyuge tenga relaciones sexuales con otras personas, incluso con otros hombres, algo común en una sociedad que estimula un comportamiento sexual dual, que separa al esposo/pareja/novio del hombre que siempre está disponible para experiencias sexuales fuera del contexto afectivo o familiar^{12,13,15,17,20,21,23}.

Por temor a perder el estatus social que promueve la relación estable (ya sea un noviazgo o matrimonio), o por temor a perder la confianza de la pareja, se deja de lado la discusión sobre la adopción de prácticas sexuales seguras, como el uso de preservativos. Por otro lado, cuando el tema es la anticoncepción, el diálogo es más aceptado^{17,20}. Esto se debe a creencias y valores morales que atribuyen al matrimonio (y a las relaciones estables en general) cualidades como el amor, el respeto, la fidelidad, la complicidad y la confianza²⁶.

La visión romántica del amor puede llevar al abandono de las prácticas sexuales protegidas y a la falsa creencia de que, en una relación estable, no hay riesgo de infección por el VIH (u otra infección de transmisión sexual)²⁶. Por lo tanto, no es sorprendente que Barroso, Miranda y Pinheiro²⁷ encontraran un punto en común entre las mujeres infectadas por sus parejas: todas eran fieles a sus compañeros y, debido a que creían en la reciprocidad de sentimientos, contrajeron el VIH.

Incluso entre la población adolescente prevalece el pensamiento de que le corresponde al hombre

portar el preservativo y tomar la iniciativa de usarlo, delegando a la mujer un papel pasivo y dependiente en la relación, con poca influencia en las decisiones tomadas en la esfera sexual^{24,25}. La juventud es otro factor importante de vulnerabilidad, porque combina la inmadurez biopsicosocial, la dependencia económica, el desconocimiento de los derechos y el menor acceso a los servicios de salud. Además, es común que las mujeres jóvenes se relacionen con hombres mayores y, en muchos casos, sufran violencia sexual^{32,33}.

En nuestra sociedad, las mujeres siguen sometidas a diario a la dominación patriarcal, la subordinación y la violencia. La normatividad social determina que deben ser femeninas, delicadas, cariñosas, sensibles y sumisas, mientras que se espera que los hombres exterioricen su masculinidad al ser dominantes, activos, agresivos, masculinos^{29,30}. En este sentido, es posible que las mujeres mayores, por haber sido educadas en un contexto en el que la esposa debe obedecer a su esposo, tengan un menor nivel de apertura al diálogo sobre la vida sexual, lo que las hace aún más vulnerables^{12,19}.

Otro aspecto significativo es la asociación entre preservativos y incomodidad o disminución del placer, lo que reduce su uso y aumenta el riesgo de infección^{18,24,29}. La preocupación por el sexo seguro parece restringida al inicio de la relación, mientras hay un período de evaluación mutua para validar un “cambio de fase” marcado por la renuncia al uso del preservativo. Esto sucede incluso en las relaciones extramatrimoniales, lo que aumenta el riesgo de infección para todos los participantes en la relación^{16,18}.

Cuando sospechan de una traición, algunas mujeres exigen que sus parejas empiecen a usar preservativos en las relaciones maritales, pero esta exigencia suele durar poco tiempo^{16,18}. Incluso si se realiza una prueba de laboratorio para descartar la posibilidad de infección, el resultado negativo puede ser falso, ya que los anticuerpos solo se detectan en la sangre después del llamado “período ventana” (para la prueba rápida, 30 días después de la exposición al VIH)³⁵. Además, las pruebas solo reflejan la condición serológica del sujeto hasta el momento del examen. Si las relaciones sexuales sin protección siguen ocurriendo, el riesgo de infección permanecerá.

Las campañas de prevención del VIH se centran en el uso de preservativos y solo se realizan

durante la temporada de carnaval. Estas campañas, incapaces de contener la epidemia, no tienen en cuenta las relaciones de poder entre hombres y mujeres y las diferentes realidades socioeconómicas, culturales y religiosas^{14,21,22,28,36}.

A través del Plan Integrado de Enfrentamiento de la Feminización de la Epidemia de Sida y otras EST, el MS y la Secretaría Especial de Políticas para las Mujeres hacen un llamado a la sociedad civil organizada, a los gestores y participantes de los movimientos sociales para *desarrollar, monitorear y evaluar programas, acciones y estrategias equitativas e integrales para promover el acceso universal a la prevención, diagnóstico, tratamiento y apoyo para las personas que viven con VIH y sida*³⁷. Como forma de ampliar el acceso a la salud, se contempla, entre otras acciones, la integración del plan en la Estrategia Salud de la Familia y el Proyecto Salud y Prevención en las Escuelas, a nivel municipal, estatal y federal³¹.

El continuo crecimiento del número de infectados, con cerca de 40 mil casos nuevos de sida por año⁴, revela que las acciones de afrontamiento son todavía incipientes. El marco político actual hace que la situación sea aún más crítica. Las áreas de educación y salud (incluida la Estrategia Salud de la Familia) se han visto debilitadas por los recortes de recursos, y una ola conservadora busca borrar temas como la epidemia del VIH de los espacios de debate y de la estructuración de políticas públicas.

En medio de todas estas dificultades, especialmente la de la autoprotección femenina en nuestro contexto sociocultural, los datos epidemiológicos nacionales revelan que la incidencia de infecciones entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres está en aumento⁴. Teniendo en cuenta el hecho de que estos hombres también mantienen relaciones heterosexuales, es posible que el número de mujeres infectadas siga aumentando en los próximos años. Por lo tanto, es necesario prestar más atención a este hecho y aplicar medidas que protejan a la población femenina.

Como propone la bioética feminista, es necesario cambiar *las relaciones sociales que se caracterizan por la dominación y subordinación humana y que impiden el ejercicio de la libertad*³⁸. Es necesario mirar críticamente las estructuras de poder establecidas y su potencial daño sobre los más vulnerables para buscar mecanismos de reparación³⁹.

Consideraciones finales

La investigación mostró que, frente a la complejidad de las relaciones y la desigualdad de género, las campañas de prevención del VIH centradas en el uso de preservativos masculinos no han tenido ningún efecto en la contención de la epidemia, especialmente con respecto a una parte de la población femenina: las mujeres infectadas en relaciones heterosexuales. Contener el avance del virus entre las mujeres requiere acciones más efectivas, que consideren varios temas, como las condiciones socioeconómicas y culturales en cada región del país y las relaciones de poder entre hombres y mujeres, que son más desiguales en ciertos contextos.

Es esencial aclarar a la población sobre la importancia del diálogo entre los compañeros y la necesidad de autocuidado en la experiencia del placer sexual, incluso en las relaciones estables. Se debe enfatizar la responsabilidad hacia el otro y el deber de cuidar la salud y el bienestar de la persona con la que nos relacionamos, lo que favorece la negociación del uso del preservativo no solo como método anticonceptivo, sino también como medida de protección.

Los equipos de atención primaria, especialmente de la Estrategia Salud de la Familia, deben desempeñar un papel relevante en este trabajo educativo. El vínculo con la población adscrita facilita un diálogo más franco entre los usuarios y los profesionales de la salud. El sexo todavía está rodeado de tabúes, y esta relación más cercana permite que el tema se aborde de manera más directa, con la profundización necesaria. Los momentos de reflexión conjunta, con la participación de los usuarios de la salud (mujeres y hombres) y el equipo profesional, también pueden favorecer métodos —como el estudio de caso y la problematización— que amplíen la capacidad de reflexionar sobre el tema y empoderen al individuo para adoptar un comportamiento seguro y consciente.

Las actividades dirigidas a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades pueden

incluso preparar a las mujeres para ser agentes multiplicadores de la información educativa en sus hogares, con los descendientes y otros miembros de la familia. De esta manera, la mirada centrada en las propias necesidades de salud se expande y comienza a transformar la comunidad. Por lo tanto, es necesario invertir en el empoderamiento femenino, una herramienta valiosa para la transformación social en un contexto en el que es esencial cambiar comportamientos y deconstruir el patrón hegemónico de dominación de las mujeres por los hombres.

La educación para la salud también puede ganar más fuerza con asociaciones entre equipos de salud, escuelas e instituciones religiosas de la comunidad. Es necesario discutir las relaciones de poder establecidas en nuestra sociedad y mostrar que la desigualdad de género perjudica la vida de las mujeres.

Los gestores y profesionales de la salud deben estar atentos a las particularidades epidemiológicas de cada región de Brasil, trabajando en conjunto con la población y buscando conocer el comportamiento de las personas. Entonces, la inversión en salud puede dirigirse a medidas que realmente logren el objetivo deseado: reducir los casos de infección por el VIH en el país.

La capacidad de lidiar con cuestiones de género y sexualidad (con una mirada al otro que frecuentemente enfrenta las propias creencias y valores) debe trabajarse desde el período de formación. La inclusión de la bioética, de manera transversal, en los currículos de las carreras de salud promueve una práctica crítica y reflexiva, orientada al desarrollo de competencias morales que permitan al estudiante actuar de manera justa y respetuosa, libre de prejuicios y fundamentalismos opresivos. La educación continua es una aliada en la tarea de fomentar discusiones sobre la acción ética en salud y los derechos humanos, buscando romper con la lógica patriarcal y sexista, ayudando a las mujeres a comprender claramente los riesgos de las prácticas sexuales inseguras y capacitándolas para el autocuidado.

Referencias

1. Brasil. Instituto Nacional do Seguro Social. Resolução INSS/DC nº 089, de 5 de abril de 2002. Aprova a norma técnica de avaliação da incapacidade laborativa para fins de benefícios previdenciários em HIV/aids [Internet]. Geneva: International Labour Organization; 2002 [acceso 28 maio 2019]. Disponível: <https://bit.ly/3aUslD7>

2. Brasil. Ministério da Saúde. História da aids [Internet]. 2018 [acesso 28 maio 2019]. Disponível: <https://bit.ly/331E4LZ>
3. Cohen J, Torres C. HIV-associated cellular senescence: a contributor to accelerated aging. *Ageing Res Rev* [Internet]. 2017 [acesso 28 maio 2019];36:117-24. DOI: 10.1016/j.arr.2016.12.004
4. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2020 [Internet]. 2020 [acesso 21 março 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3t94lgg>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2018 [Internet]. 2018 [acesso 28 maio 2019]. Disponível: <https://bit.ly/3t6Xrhf>
6. Jesus JG. Trans-formações: poder e gênero nos novos tempos. In: Anais do 18º Congresso Brasileiro de Psicodrama; 6-9 jun 2012; Brasília. São Paulo: Federação Brasileira de Psicodrama; 2012.
7. Brito AM, Castilho EA, Szwarcwald CL. Aids e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Rev Soc Bras Med Trop* [Internet]. 2000 [acesso 28 maio 2019];34(2):207-17. DOI: 10.1590/S0037-86822001000200010
8. Sadala MLA, Marques SA. Vinte anos de assistência às pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil: a perspectiva de profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2006 [acesso 30 abr 2021];22(11):2369-78. DOI: 10.1590/S0102-311X2006001100011
9. Brasil. Ministério da Saúde. Qual é a diferença entre a PrEP e PEP [Internet]. 2018 [acesso 21 mar 2021]. Disponível: <https://bit.ly/336Be8i>
10. Brasil. Ministério da Saúde. PEP (Profilaxia Pós-Exposição ao HIV) [Internet]. 2018 [acesso 21 mar 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3xC4W3c>
11. Biasoli-Alves ZMM. Continuidades e rupturas no papel da mulher brasileira no século XX. *Psic Teor Pesq* [Internet]. 2000 [acesso 28 maio 2019];16(3):233-9. DOI: 10.1590/S0102-37722000000300006
12. Silva CM, Lopes FMVM, Vargens OMC. A vulnerabilidade da mulher idosa em relação à aids. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2010 [acesso 28 maio 2019];31(3):450-7. DOI: 10.1590/S1983-14472010000300007
13. Madureira VSF, Trentini M. Relações de poder na vida conjugal e prevenção da aids. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2008 [acesso 28 maio 2019];61(5):637-42. DOI: 10.1590/S0034-71672008000500017
14. Gonçalves EH, Varandas R. O papel da mídia na prevenção do HIV/aids e a representação da mulher no contexto da epidemia. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2005 [acesso 28 maio 2019];10(1):229-35. DOI: 10.1590/S1413-81232005000100029
15. Marques JS Jr, Gomes R, Nascimento EF. Masculinidade hegemônica, vulnerabilidade e prevenção ao HIV/aids. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2012 [acesso 28 maio 2019];17(2):511-20. DOI: 10.1590/S1413-81232012000200024
16. Sousa MCP, Espírito Santo ACG, Motta SKA. Gênero, vulnerabilidade das mulheres ao HIV/aids e ações de prevenção em bairro da periferia de Teresina, Piauí, Brasil. *Saúde Soc* [Internet]. 2008 [acesso 28 maio 2019];17(2):58-68. DOI: 10.1590/S0104-12902008000200007
17. Madureira VSF, Trentini M. Da utilização do preservativo masculino à prevenção de DST/aids. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2008 [acesso 28 maio 2019];13(6):1807-16. DOI: 10.1590/S1413-81232008000600015
18. Rodrigues DAL, Praça NS. Mulheres com idade igual ou superior a 50 anos: ações preventivas da infecção pelo HIV. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2010 [acesso 28 maio 2019];31(2):321-7. DOI: 10.1590/S1983-14472010000200017
19. Miranda-Ribeiro P, Simão AB, Caetano AJ, Lacerda MA, Torres MEA. Perfis de vulnerabilidade feminina ao HIV/aids em Belo Horizonte e Recife: comparando brancas e negras. *Saúde Soc* [Internet]. 2010 [acesso 28 maio 2019];19(2):21-35. DOI: 10.1590/S0104-12902010000600004
20. Praça NS, Gualda DMR. Percepção de risco para HIV/aids de mulheres faveladas segundo o modelo de crença em saúde. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2001 [acesso 28 maio 2019];35(1):54-9. DOI: 10.1590/S0080-62342001000100009
21. Amaro STA. A questão da mulher e a aids: novos olhares e novas tecnologias de prevenção. *Saúde Soc* [Internet]. 2005 [acesso 28 maio 2019];4(2):89-99. DOI: 10.1590/S0104-12902005000200010

22. Carvalho FT, Piccinini CA. Aspectos históricos do feminino e do maternal e a infecção pelo HIV em mulheres. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2008 [acesso 28 maio 2019];13(6):1889-98. DOI: 10.1590/S1413-81232008000600024
23. Praça NS, Gualda DMR. Risco de infecção pelo HIV: como mulheres moradoras em uma favela se percebem na cadeia de transmissão do vírus. *Rev Latinoam Enfermagem* [Internet]. 2003 [acesso 28 maio 2019];11(1):14-20. DOI: 10.1590/S0104-11692003000100003
24. Sampaio J, Santos RC, Callou JLL, Souza BBC. Ele não quer camisinha e eu quero me prevenir: exposição de adolescentes do sexo feminino às DST/aids no semi-árido nordestino. *Saúde Soc* [Internet]. 2011 [acesso 28 maio 2019];20(1):171-81. Disponível: <https://bit.ly/3ucGXpg>
25. Nogueira C, Saavedra L, Costa C. (In)Visibilidade do gênero na sexualidade juvenil: propostas para uma nova concepção sobre a educação sexual e a prevenção de comportamentos sexuais de risco. *Pro-Posições* [Internet]. 2008 [acesso 28 maio 2019];19(2):59-79. DOI: 10.1590/S0103-73072008000200006
26. Maia C, Guilhem D, Freitas D. Vulnerabilidade ao HIV/aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2008 [acesso 28 maio 2019];42(2):242-8. DOI: 10.1590/S0034-89102008005000004
27. Barroso MGT, Miranda CCL, Pinheiro PNC. A aids sob o olhar da companheira contaminada. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 1998 [acesso 28 maio 2019];51(3):393-402. DOI: 10.1590/S0034-71671998000300005
28. López LC. Uma análise das políticas de enfrentamento ao HIV/aids na perspectiva da interseccionalidade de raça e gênero. *Saúde Soc* [Internet]. 2011 [acesso 28 maio 2019];20(3):590-603. DOI: 10.1590/S0104-12902011000300006
29. Lima MLC, Moreira ACG. Aids e feminização: os contornos da sexualidade. *Rev Mal-Estar Subj* [Internet]. 2008 [acesso 28 maio 2019];8(1):103-18. Disponível: <https://bit.ly/3nBqhol>
30. Paiva MS. A feminização da aids: uma questão de gênero? *Rev Bras Enferm* [Internet]. 1999 [acesso 28 maio 2019];52(1):8. DOI: 10.1590/S0034-71671999000100002
31. Brasil. Ministério da Saúde. Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de aids e outras DST [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2007 [acesso 28 maio 2019]. Disponível: <https://bit.ly/3u9jfdq>
32. Taquette S. Feminização da aids e adolescência. *Adolescência & Saúde* [Internet]. 2009 [acesso 28 maio 2019];6(1):33-40. Disponível: <https://bit.ly/3aQhPwU>
33. Taquette SR, Matos HJ, Rodrigues AO, Bortolotti LR, Amorim E. A epidemia de AIDS em adolescentes de 13 a 19 anos, no município do Rio de Janeiro: descrição espaço-temporal. *Rev Soc Bras Med Trop* [Internet]. 2011 [acesso 28 maio 2019];44(4):467-70. DOI: 10.1590/S0037-86822011000400013
34. Mombelli MA, Barreto MS, Arruda GO, Marcon SS. Epidemia da aids em tríplice fronteira: subsídios para a atuação profissional. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2015 [acesso 28 maio 2019];68(3):429-37. DOI: 10.1590/0034-7167.2015680308i
35. Brasil. Ministério da Saúde. O que é janela imunológica? Eu posso ter HIV e resultado negativo no teste? Como eu posso ter certeza de que meu resultado é mesmo negativo? [Internet]. 2018 [acesso 21 mar 2021]. Disponível: <https://bit.ly/2QBqJaF>
36. Santos NJS, Barbosa RM, Pinho AA, Villela WV, Aidar T, Filipe EMV. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2009 [acesso 28 maio 2019];25(2):5321-33. DOI: 10.1590/S0102-311X2009001400014
37. Brasil. Ministério da Saúde. Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de aids e outras DST versão revisada [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. p.38 [acesso 28 julho 2017]. Disponível: <https://bit.ly/3w1RRym>
38. Diniz D, Vélez ACG. Bioética feminista: a emergência da diferença. *Rev Estud Fem* [Internet]. 1999 [acesso 22 março 2021]; 6(2):255-64. Disponível: <https://bit.ly/3t6jkNB>
39. Diniz D, Guilhem D. Bioética feminista na América Latina: a contribuição das mulheres. *Rev Estud Fem* [Internet]. 1999 [acesso 22 mar 2021];16(2):599-612. DOI: 10.1590/S0104-026X2008000200015

Luciana Narciso da Silva Company – Doctora – luciana.narciso@gmail.com

 0000-0003-0481-2367

Daniela Murta Amaral – Doctora – murtadaniela@gmail.com

 0000-0002-4854-3157

Roberta Nascimento de Oliveira Lemos dos Santos – Doctora – roberta_o_lemos@hotmail.com

 0000-0001-9658-1185

Correspondencia

Luciana Narciso da Silva Company – Rua Leopoldo Bulhões, 1480, sala 919.
CEP 21041-210. Manginhos/RJ, Brasil.

Participación de las autoras

Luciana Narciso da Silva Company fue responsable de la idea inicial del estudio y, junto con Daniela Murta Amaral y Roberta Nascimento de Oliveira Lemos dos Santos, estableció la metodología de investigación y escribió el artículo.

Recibido: 29.6.2019

Revisado: 11.11.2020

Aprobado: 23.3.2021