

DOSSIÊ PANOS



**A
TRIPLA
AMEAÇA**

MULHERES & AIDS

ESGOTADO

PRIMEIRO ESTUDO GLOBAL SOBRE AIDS E MULHERES

DOSSIÊ PANOS

ACERVO DA RNFSOR
LOC.: L-20
Nº REG.: 29



**PANOS INSTITUTE
ABIA
SOS CORPO**

1993

© 1990

Todos direitos reservados

Publicado pelo Panos Institute Ltd.

9 White Lion Street London N1 9PD, UK

Versão brasileira editada pela ABIA e SOS CORPO com autorização do Panos Institute e apoio financeiro da Fundação MacArthur e do Panos Institute

As considerações e eventuais julgamentos formulados por este dossiê não devem ser vistos como expressão da posição dos editores ou das entidades financiadoras. Os artigos assinados não refletem necessariamente a visão do Panos Institute, da MacArthur Foundation, da ABIA ou do SOS CORPO.

A reprodução de extratos deste dossiê é permitida à imprensa e a organizações sem fins lucrativos, com ou sem menção da fonte. O Panos Institute, a ABIA e o SOS CORPO agradecem previamente pelo envio de cópias de material impresso, publicado com base em *A Tripla Ameaça*.

Produção do Original em Inglês: Sally O'Leary e Barbara Cheney
Pesquisa de Imagens: Adrian Evans, Angela Freitas, Jacques Schwarstein

Capa: Viridian / Claudio Mesquita

Tradução: Ana Dourado

Edição: Angela Freitas / Jacques Schwarstein

Projeto Gráfico: A 4 mãos Ltda.

Editoração Eletrônica: Patrícia Silveira Martins

Revisão de Texto: Anamaria Monteiro

CIP - Brasil. Catalogação-na-fonte
Sindicato Nacional dos Editores de Livros, RJ.

T 755

Tripla Ameaça: AIDS e mulheres: dossiê Panos / organização Sally O'Leary e Barbara Cheney; tradução Ana Dourado. — Rio de Janeiro: ABIA; Recife, PE: SOS Corpo; Londres, Inglaterra: Panos Institute, 1993.
128 p.

Bibliografia.

1. AIDS (Doença). 2. AIDS (Doença) - Prevenção. 3. Mulheres - Comportamento sexual. I. Panos Institute. II. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. III. SOS Corpo. IV. Título: AIDS e mulheres

CDD - 362.1969792

616.9792

CDU - 362.193

616-097

93-0272

Agradecimentos

O Instituto Panos agradece formalmente a todas as pessoas e organizações de diferentes partes do mundo que participaram da compilação deste dossiê. Muitos dos autores referidos ao longo do texto forneceram também informações que foram de grande valia. Outras pessoas participaram do trabalho de variadas maneiras, inclusive na revisão dos primeiros esboços do dossiê. O espaço aqui disponível não possibilita agradecimentos nominais a cada uma delas, mas o Instituto Panos destaca os seguintes: Priscilla Alexander, Peri Batliwala, Aida Brako, Don Edwards, Dra. Marie Thérèse Feuerstein, Sheila Gilchrist, Caroline Guinness, Dra. Diane Gibb, Cathy Gilkes, Gill Gordon, Dra. Anne Johnson, Naila Kabeer, Dr. Andrea Kovacs, Dra. Danielle Mercey, Dra. Margaret Oxtoby, Dra. Nancy Padian, Dra. Martha Rogers, Dra. Jane Rowley, Sunny Rumsey, Marie St. Cyr, Dr. Peter Selwyn, Jon Tinker, Nigel Twose, Ernesto de la Vega, Dra. Eka Williams, Dr. Debrework Zewdie.

ABIA e SOS Corpo agradecem Silvia Ramos, interlocutora que, com seu entusiasmo, incentivou a realização deste trabalho.

SUMÁRIO

Prefácio	5
Prefácio para a edição brasileira	7
AIDS: Uma questão que diz respeito a todas as mulheres	10
Capítulo 1	13
Quadro geral	
HIV e AIDS — Formas de transmissão — A extensão da epidemia — Mitos que mascaram a imagem — Padrões de infecção	
Capítulo 2	24
Em que medida as mulheres correm risco?	
Qual é a medida do risco? — A mecânica da transmissão sexual — Co-fatores da transmissão sexual — Transmissão não-sexual — Quem, eu? Risco aparente X risco real	
Capítulo 3	31
Uma questão de escolha?	
Comportamento sexual e escolha — Negociando o sexo seguro — O poder de escolha — O fator pobreza	
Capítulo 4	52
Infecção pelo HIV, reprodução e maternidade	
Doenças por HIV nas mulheres — A gravidez prejudica a mulher soropositiva? — A transmissão de mãe para filho — Submeter-se ou não ao teste? — A escolha pela gravidez — Vivendo com o HIV	
Capítulo 5	68
Doenças por HIV nas crianças	
Fontes de infecção — Detectando a infecção em crianças — A progressão da doença em crianças — Tratamento para crianças contaminadas — Utilizar drogas experimentais em crianças contaminadas: uma questão de ética	
Capítulo 6	75
Quem cuida, quem paga?	
Mulheres que cuidam — Como você pode virar as costas? — Dilemas familiares — Sul e Norte — Os órfãos da AIDS — Estados Unidos: a adoção temporária abre uma perspectiva diferente — O custo da assistência — Nova parceria: os profissionais de saúde e a família	
Capítulo 7	91
A prevenção da AIDS e o status da mulher	
Participação — Comunicação de mulher para mulher — Estratégias de transformação: controle X <i>empowerment</i> — Os homens também fazem sexo — Novas prioridades: as mulheres com a palavra.	
Referências	113

PREFÁCIO PARA A EDIÇÃO BRASILEIRA

Para a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), a publicação deste dossiê se insere, com destaque, no quadro maior de ações informativas e educativas que esta Associação vem desenvolvendo desde o início de suas atividades, em 1986.

Confrontados com a necessidade urgente de informar e alertar a sociedade brasileira para a crescente vulnerabilidade da mulher diante das epidemias de HIV/AIDS, vislumbramos na idéia de editar uma versão brasileira do original inglês de *Triple Jeopardy* a possibilidade de uma intervenção oportuna e consistente.

Na verdade, já sabíamos há muito tempo que a AIDS não é, e nunca foi, um problema exclusivo dos homens. Sabíamos que o número de mulheres e crianças contaminadas pelo HIV e/ou doentes de AIDS iria aumentar com o passar dos anos e que era necessário um grande esforço de esclarecimento para que homens e mulheres chegassem a um consenso rápido sobre a necessidade de se aculturar ao uso da camisinha. Sabíamos também que a situação iria se deteriorar ainda mais se o governo não chamasse para si a responsabilidade de garantir à nossa população, predominantemente carente, o acesso a uma quantidade suficiente de preservativos a baixo custo e de boa qualidade. Infelizmente, e à revelia de inúmeras iniciativas lançadas por diferentes organizações, pouco foi feito para impedir que o pior acontecesse. Atualmente, basta um rápido olhar sobre os boletins epidemiológicos da Divisão de DST/AIDS do Ministério da Saúde para entender a gravidade da situação.

Até o final de 1984, de um total de 125 casos de AIDS registrados oficialmente no Brasil, apenas um era de mulher. A sociedade brasileira acreditava, então, que a AIDS era uma doença que afetava apenas os homens. De lá para cá, a situação evoluiu dramaticamente. Hoje em dia, um entre cada cinco casos de AIDS é notificado entre mulheres. Nos últimos meses, foi justamente entre as mulheres, e através de relações heterossexuais, que a epidemia se propagou com maior rapidez. Mantido o atual perfil epidemiológico, é de se prever que dentro de poucos anos (três ou quatro provavelmente) a AIDS estará atingindo, no Brasil, o mesmo número de mulheres e homens.

Para as mulheres, o HIV representa uma *Tripla Ameaça*. Uma primeira ameaça porque pode contaminá-las e comprometer radicalmente suas vidas. Uma segunda ameaça porque pode contaminar também suas crianças (durante a gestação ou o parto). Uma terceira ameaça porque, independentemente de estarem contaminadas ou não, as mulheres terão suas vidas afetadas pela epidemia na medida em que irão cuidar, em casa, de familiares e

amigos doentes de AIDS, e na medida em que, como profissionais da saúde, da educação e da assistência social se verão obrigadas a enfrentar este novo e complexo desafio.

O que fazer? No Brasil, como em todos os países do mundo, a AIDS vem enfatizar mais uma vez a urgente necessidade de uma profunda reflexão sobre as relações entre os gêneros. O que podem fazer as mulheres para se proteger, e para proteger suas famílias, se nossa cultura confere ao homem o controle — quase absoluto — sobre as relações sexuais? Podem as mulheres no Brasil impor ao homem o uso da camisinha? Pode o uso da camisinha ser imposto por seja lá quem for? Será realista esperar que os homens venham a assumir suas responsabilidades e se disponham a experimentar práticas que lhe parecem contrárias ao seu prazer e à sua própria natureza? Poderá a fidelidade conjugal se propagar, no Brasil, como comportamento padrão? Como garantir e organizar a educação sexual de nossos jovens? Como chegar a um consenso entre os gêneros? Com *A Tripla Ameaça* esperamos estar contribuindo para o debate público e para os confrontos íntimos que poderão, quem sabe, trazer respostas a algumas destas perguntas.

Para o SOS CORPO, assumir a co-edição desta tradução foi um passo crucial no sentido de incorporar de forma definitiva a discussão sobre a questão mulher e AIDS. Decisão tardia, talvez porque fôssemos (como tantas pessoas) parte de uma cena montada onde, diante de uma platéia de leigos e indiferentes — entre eles as mulheres — evoluem de um lado especialistas, do outro as pessoas com AIDS e, no centro, o vírus.

Era preciso interromper a cena, apagar os refletores e acender as luzes da platéia, num ato de coerência que, surpreendentemente ou não, nos obrigou a respirar fundo para encontrar coragem. Coragem para colocar um basta neste situar-se do lado “de fora de algo que nunca esteve tão dentro”.

Em meio ao sem número de iniciativas a AIDS foi anunciada, desmentida, estigmatizada, moralizada, des-moralizada, mostrada em cenas e estatísticas, heterossexualizada e banalizada... confusão que explica porque populações, comunidades e lideranças continuam posicionadas do lado de fora de uma epidemia que se massifica e se aproxima, mas permanece estranha e longínqua. As tentativas de informar não têm encontrado o eco desejado. O grau de desinformação sobre AIDS continua a ser espantoso, mesmo entre intelectuais, pesquisadores, militantes de ONGs e, o que é mais grave, entre profissionais de saúde.

Há um “não-saber” sobre AIDS que não tem a ver com o nível sócio-econômico ou com a escolaridade. Um “não saber” que certamente tem a ver com a forma pela qual estão sendo transmitidas informações fundamentais para a compreensão do fenômeno da AIDS dentro de sua complexidade. Enfrentar esta epidemia nos faz remexer com aspectos essenciais da vida huma-

na: a sexualidade, a moral, as relações de gênero, as relações de poder, a relação com a vida e a morte. Sem trabalhar estas questões, será impossível sensibilizar para a mudança comportamental que o controle da epidemia exige.

Pensando nas mulheres, esperamos ajudar a romper com a idéia que "de AIDS não entendemos". Se conseguimos entender e trabalhar a prevenção do câncer, a contracepção, a gravidez e o aborto, por exemplo, é porque poderemos também tornarmos nos sabidas em AIDS.

Apresentamos esta tradução tentando alimentar parte desta discussão e na expectativa de que ela possa contribuir, com sua especificidade, para inspirar os esforços que já se evidenciam no Brasil, no sentido de desenvolver investigações e trabalhos educativos partindo deste sentido de interdisciplinaridade, globalidade e solidariedade que a AIDS nos força a exercer.

ABIA & SOS CORPO

Rio de Janeiro, 8 de janeiro de 1993

AIDS: uma questão que diz respeito a todas as mulheres

"Em nossas comunidades, famílias inteiras estão morrendo. Eu vi minha sogra perder três filhos: um que morreu de AIDS, meu marido que — depois de morto — foi diagnosticado com doenças relacionadas ao HIV, e outro que suspeitou ter AIDS e morreu de *overdose*. Dois anos depois, ela enterrou uma nora que também morreu de AIDS. Com eles, toda uma geração foi varrida do mapa ⁽¹⁾."

Sallie Perryman — portadora do HIV, assistente especial do diretor do Instituto de AIDS do Departamento Estadual de Saúde de Nova York.

"Para mim, a perspectiva de não poder ter filhos foi tão aterradora quanto a possibilidade de morrer prematuramente. Para enfrentar a perspectiva de um futuro sem filhos, eu precisei do apoio de mulheres que já haviam passado por uma situação semelhante ⁽²⁾."

Amanda Heggs, inglesa, portadora do HIV, que vive na Dinamarca.

"As mulheres nos dizem que vêem seus maridos com as esposas de homens que morreram de AIDS. E elas nos perguntam: 'O que podemos fazer? Se dizemos não aos homens, eles nos mandam arrumar as malas e ir embora. Tudo bem, mas para onde poderemos ir?' Elas são dependentes dos homens e não têm para onde ir. Que conselho você pode dar para essas mulheres ⁽³⁾?"

Miria Matembe, membro do Parlamento de Uganda e presidente da Ação para o Desenvolvimento

"Uma outra vez eu levei meu filho, Joãozinho, para um exame de ouvido. Eu cheguei ao hospital cedo...e esperei até o final da tarde quando eles me pediram para sair porque já era hora de fechar o consultório. Fiz uma grande confusão. A enfermeira encarregada não queria tratar do meu filho porque tinha medo de se contaminar. O médico disse que iria pedir a uma outra pessoa para que fizesse o exame e eu recusei. Eu queria que ela o fizesse. Eu queria que ela aprendesse que não iria se contaminar fazendo aquele exame ⁽⁴⁾."

Maru Antuñano, jornalista porto-riquenha. Ela e seu filho são soropositivos.

"Os médicos dizem que há algo errado com meu sangue porque eu dormi com diversos homens. Toda noite eu rezo para que Deus torne meu sangue limpo novamente para que eu possa ir para casa. Eu prometo que não voltarei para a prostituição novamente. Eu só quero a minha mãe; ela vai tomar conta de mim ⁽⁵⁾."

Selvi, 17 anos, prostituta, portadora do HIV que ficou alguns anos na prisão, em Madras, e foi libertada quando seu caso foi a julgamento (ver página 106)

"Houve um tempo em que eu costumava sentar no metrô de Londres e imaginar o que as pessoas fariam se elas soubessem que eu era soropositiva. Eu me sentia completamente só. Mas agora, quando eu penso que em certos grupos era avançado ser bissexual no princípio dos anos 80, quando penso na quantidade de pessoas que experimentaram drogas, quando me lembro que 95% dos homens gay (homossexuais) já dormiram com uma mulher em alguma circunstância de suas vidas, eu já não me sinto assim tão só. Eu não me sento no metrô e penso 'eu sou a única', eu sento no metrô e me pergunto: 'quantos de vocês são HIV positivos?' (6)."

Mary, uma mulher inglesa com seus trinta anos de idade e soropositiva

"O tempo todo eu tenho que explicar a mães desprevenidas que seu filho pode estar com uma doença da qual ela nunca ouviu falar e para a qual eu não ofereço cura...No momento em que a criança é internada pela última vez, é natural que eu já conheça bem sua mãe e que eu saiba das dificuldades pelas quais ela tem passado por causa da infecção. Mas quando a criança morre, eu não tenho tempo para confortar a mãe, porque um outro bebê já foi internado e a clínica está lotada. Eu estou ocupada o tempo todo e por isso não tenho tempo pra chorar (7)."

Dra. Wendy Holmes, ex-médica do governo num hospital de província no Zimbábue

"Fomos procurados por uma mulher de 27 anos que tinha AIDS. Ela contraiu a doença com seu amante que era usuário de drogas, o que não era o seu caso. Ela veio nos ver durante sua segunda crise de pneumonia, com uma receita de remédios que ela não tinha como comprar. Até agora, depois de três crises de pneumonia, ela não recebeu nenhuma ajuda da previdência social. Esta é a realidade da comunidade negra. Eu não sei se eles julgam as pessoas pelo bairro onde elas moram ou simplesmente olhando para a cara delas. Mas eu não entendo porque tenho que ir com ela para apelar pelo fato dela não receber apoio da previdência social. Eu não sei o que mais ela tem que provar, depois de três crises de pneumonia que a deixaram magra a ponto de não poder mais andar. Será que ela tem que morrer? Dois irmãos seus são soropositivos. Um deles esteve no hospital duas ou três vezes... O outro descobriu que era soropositivo quando ia entrar para o exército. Sua mulher já estava grávida. Agora, todo mundo espera que o bebê não tenha nada (8)."

Marie St Cyr, diretora executiva do Womens Action Resource Network em Nova York

"Não existem padrões predominantes: não há um grupo que seja de maior risco que outro. Entre adolescentes e avós, nós estamos em contato com pessoas de todas as classes sociais e de todas as etnias. Mais de 3/4 das mulheres que nos procuram se contaminaram através de relações heterossexuais (9)."

Sheila Gilchrist, diretora do grupo de apoio Positivamente Mulheres na Grã-Bretanha

"Houve um tempo em que eu costumava sentar no metrô de Londres e imaginar o que as pessoas fariam se elas soubessem que eu era soropositiva. Eu me sentia completamente só. Mas agora, quando eu penso que em certos grupos era avançado ser bissexual no princípio dos anos 80, quando penso na quantidade de pessoas que experimentaram drogas, quando me lembro que 95% dos homens gay (homossexuais) já dormiram com uma mulher em alguma circunstância de suas vidas, eu já não me sinto assim tão só. Eu não me sento no metrô e penso 'eu sou a única', eu sento no metrô e me pergunto: 'quantos de vocês são HIV positivos?' (6)."

Mary, uma mulher inglesa com seus trinta anos de idade e soropositiva

"O tempo todo eu tenho que explicar a mães desprevenidas que seu filho pode estar com uma doença da qual ela nunca ouviu falar e para a qual eu não ofereço cura...No momento em que a criança é internada pela última vez, é natural que eu já conheça bem sua mãe e que eu saiba das dificuldades pelas quais ela tem passado por causa da infecção. Mas quando a criança morre, eu não tenho tempo para confortar a mãe, porque um outro bebê já foi internado e a clínica está lotada. Eu estou ocupada o tempo todo e por isso não tenho tempo pra chorar (7)."

Dra. Wendy Holmes, ex-médica do governo num hospital de província no Zimbábue

"Fomos procurados por uma mulher de 27 anos que tinha AIDS. Ela contraiu a doença com seu amante que era usuário de drogas, o que não era o seu caso. Ela veio nos ver durante sua segunda crise de pneumonia, com uma receita de remédios que ela não tinha como comprar. Até agora, depois de três crises de pneumonia, ela não recebeu nenhuma ajuda da previdência social. Esta é a realidade da comunidade negra. Eu não sei se eles julgam as pessoas pelo bairro onde elas moram ou simplesmente olhando para a cara delas. Mas eu não entendo porque tenho que ir com ela para apelar pelo fato dela não receber apoio da previdência social. Eu não sei o que mais ela tem que provar, depois de três crises de pneumonia que a deixaram magra a ponto de não poder mais andar. Será que ela tem que morrer? Dois irmãos seus são soropositivos. Um deles esteve no hospital duas ou três vezes... O outro descobriu que era soropositivo quando ia entrar para o exército. Sua mulher já estava grávida. Agora, todo mundo espera que o bebê não tenha nada (8)."

Marie St Cyr, diretora executiva do Womens Action Resource Network em Nova York

"Não existem padrões predominantes: não há um grupo que seja de maior risco que outro. Entre adolescentes e avós, nós estamos em contato com pessoas de todas as classes sociais e de todas as etnias. Mais de 3/4 das mulheres que nos procuram se contaminaram através de relações heterossexuais (9)."

Sheila Gilchrist, diretora do grupo de apoio Positivamente Mulheres na Grã-Bretanha

QUADRO GERAL

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), dez a doze milhões de pessoas de todos os continentes foram, até agora, contaminadas pelo HIV, o vírus que transmite a AIDS⁽¹⁰⁾. Cerca de um terço dessas pessoas são mulheres que contraíram o vírus através de relações sexuais⁽¹¹⁾. Até 1990, 60% de todas as contaminações registradas no mundo se deram pela via de relações sexuais entre homens e mulheres. A OMS prevê que, até o ano 2000, 75% a 80% das infecções por HIV terão ocorrido pela via de relações heterossexuais⁽¹²⁾.

Apesar disto, em muitos países industrializados as pessoas continuam a acreditar que o HIV e a AIDS só afetam grupos minoritários da população, como os homossexuais masculinos, os usuários de drogas injetáveis, os homens com hemofilia e outros receptores de transfusões sanguíneas ou de produtos derivados do sangue. Nestes países, o impacto que o HIV/AIDS tem sobre as mulheres é pouco reconhecido e raramente documentado.

Nos países em desenvolvimento, onde a AIDS se transmite sobretudo através de relações heterossexuais, é maior a preocupação com o impacto do HIV sobre as mulheres. Apesar disto, até mesmo nestes países, pouca atenção tem sido dada às suas neees-

O beijo não oferece risco, diz um cartaz do governo espanhol.

Formas de transmissão

O HIV pode ser transmitido através do sangue ou dos líquidos vaginal e seminal. Conseqüentemente, ele pode passar de uma pessoa para outra de três maneiras:

- ☐ Através da relação sexual sem proteção (sem o uso de preservativo) com uma pessoa contaminada
- ☐ Através do sangue contaminado — em transfusões, produtos derivados do sangue ou pela re-utilização de agulhas, seringas ou de outros instrumentos de uso subcutâneo
- ☐ Através da mãe contaminada para seu bebê — antes, durante ou depois do nascimento

O HIV é um vírus que não sobrevive facilmente fora do corpo. Não há evidências de que ele tenha sido transmitido nas circunstâncias cotidianas da casa, escola, trabalho, restaurantes ou outro lugar público, ou ainda em assentos sanitários, através de abraços, beijos, apertos de mão, ao compartilhar xícaras ou talheres, através da tosse ou de mordidas de mosquitos e outros insetos⁽¹³⁾.



HIV e AIDS

AIDS — Síndrome de Imunodeficiência Adquirida — é o termo usado para caracterizar as condições físicas resultantes da infecção pelo HIV — o Vírus da Imunodeficiência Humana. HIV é o termo genérico utilizado para se referir a dois vírus semelhantes, conhecidos como HIV-1 e HIV-2, que são transmitidos da mesma forma (ver quadro anterior). Ambos resultam na AIDS. O HIV-1 foi detectado no mundo inteiro, enquanto que o HIV-2 é mais comum na África Ocidental, embora tenha sido detectado nas Américas do Sul e do Norte e na Europa ⁽³⁷⁾.

O fato de estar infectada pelo HIV não significa automaticamente que a pessoa tenha AIDS ou esteja doente. Significa, contudo, que esta pessoa pode transmitir o HIV para outras.

O HIV vai gradualmente enfraquecendo uma parte importante do sistema imunológico do organismo. O alvo principal do HIV são as células sanguíneas chamadas "Linfócitos Auxiliares T", que o vírus invade e acaba por destruir. Essas células normalmente ajudam o corpo a se proteger de infecções. Como o sistema imunológico vai se deteriorando progressivamente, a pessoa torna-se cada vez mais vulnerável a uma série de infecções.

Uma vez que a pessoa contaminada pelo vírus pode apresentar uma série de sintomas mesmo antes de receber um diagnóstico de AIDS, alguns especialistas preferem falar em 'infecção por HIV e doenças correlatas' ao invés de se referir à infecção por HIV e à AIDS. Em meados de 1990, a OMS propôs um sistema gradual de quatro fases para descrever o desenvolvimento da doença resultante da infecção pelo HIV. O quarto estágio corresponde à AIDS ⁽³⁸⁾. (Ver Capítulo 4)

O período médio que vai da contaminação pelo HIV ao começo da AIDS (segundo definição formulada em 1987 pela OMS e Centros Norte-americanos de Controle da Doença) — chamado de período de incubação — é de aproximadamente dez anos. Algumas pessoas permanecem saudáveis por um tempo bem mais curto, mas são poucas as que desenvolvem a AIDS nos primeiros três anos após a contaminação ⁽³⁹⁾. Alguns pesquisadores estimam que outras pessoas podem permanecer infectadas pelo HIV durante 20 anos sem apresentar doenças sérias. Há indícios que mostram que as pessoas com o HIV-2 permanecem saudáveis por mais tempo que aquelas com o HIV-1 ⁽⁴⁰⁾. Porém, quando uma pessoa desenvolve a AIDS, a doença parece ser quase que invariavelmente fatal.

Não se sabe exatamente porque algumas pessoas permanecem saudáveis mais tempo que outras, depois de contraírem o HIV. Uma das razões para este fenômeno pode residir na capacidade de mutação do HIV que o faz assumir, com frequência, formas ligeiramente diferentes umas das outras. Pensa-se que algumas dessas formas possam ser mais danosas e de multiplicação mais rápida do que outras. Uma outra possibilidade é que pessoas que já tenham um sistema imunológico enfraquecido por outras infecções, como malária, tuberculose ou por subnutrição, possam sucumbir mais rápido aos efeitos da infecção por HIV.

Durante esse longo período sem sintomas, o HIV pode ser detectado através do teste sanguíneo. O teste mais comum detecta a presença dos anticorpos do HIV numa amostra de sangue. Anticorpos são organismos de defesa produzidos pelo corpo como resposta a um determinado organismo invasor — um vírus, por exemplo. A presença de anticorpos no sangue mostra que a pessoa já esteve exposta àquele vírus. Diz-se que um teste de HIV é positivo quando são detectados anticorpos do HIV na amostra de sangue coletada.

A infecção por HIV e a AIDS — estimativas globais para 1990

	Total acumulado de casos de AIDS	Total de soropositivos	Total de mulheres soropositivas	Porcentagem das mulheres * soropositivas
AMÉRICA DO NORTE	175.000	1.000.000	100.000	0,14
AMÉRICA LATINA (incluindo o Caribe)	75.000	1.000.000	200.000	0,2
EUROPA	50.000	<500.000	60.000	0,03
ÁFRICA	>500.000	>5.000.000	>2.500.000	2,50
ÁSIA	>1.000	500.000	200.000	0,03
OCEANIA	<1.000	30.000	3.000	0,06

* Mulheres com idades entre 15 e 49 anos

> mais de

< menos de

Fonte: Programa Global de Controle da AIDS da Organização Mundial de Saúde, setembro de 1990.

sidades específicas. Estando as mulheres em risco, o mesmo acontece com as crianças que poderão gerar no futuro. Além disto, é muito comum o HIV atingir mais de uma pessoa da mesma família. Quando isto acontece, a mulher não apenas se vê obrigada a lidar com sua própria infecção e doença, mas costuma também assumir a responsabilidade pelos cuidados a serem administrados às crianças e a outros familiares que tenham sido contaminados. Diante destes fatos, não é surpreendente que na Zâmbia (África), a AIDS seja conhecida como “a doença da família”.

A extensão da epidemia

Até setembro de 1990, a OMS havia registrado 283.010 casos de AIDS em todo o mundo. Metade destes casos foram registrados nos Estados Unidos, 25% na África Subsaariana, 14% na América Latina e 9% no Caribe. O resto do mundo apresentava, então, menos de 3% dos casos. No entanto, esses números podem não ser exatos porque em muitos lugares, sobretudo nos países em desenvolvimento, o registro dos casos era, e continua a ser, feito de forma atrasada e incompleta. No quadro acima são apresentados dados estatísticos mais completos, elaborados pela própria OMS. Estes dados incluem uma estimativa dos casos não registrados oficialmente.

Mas nem mesmo este tipo de estimativa pode dar uma noção exata do atual estágio da epidemia. O período médio de incubação do HIV é de aproximadamente 10 anos. Por isto, o número de casos de AIDS registrados em todo o mundo indica apenas quantas pessoas foram contaminadas até um momento indetermi-

Mitos que mascaram a imagem

Os testes feitos com o sangue colocam abaixo o mito de que o HIV e a AIDS afetam apenas os "grupos de alto risco" que, como freqüentemente se presume, são exclusivamente masculinos. Mulheres de todas as partes do mundo — especialmente as mulheres mais jovens — e as crianças estão expostas a riscos cada vez maiores.

Mito Nº. 1: Mulheres não pegam HIV/AIDS

- Nas maiores cidades dos Estados Unidos, da Europa Ocidental e da África Subsaariana, a AIDS é agora a principal causa de morte de mulheres entre 20 e 40 anos de idade. Nesta última região, era esperado, entre 1989 e 1992, um crescimento de mais de 60% do número de mulheres soropositivas e uma duplicação do número de crianças contaminadas ⁽⁴²⁾.
- Nos países da África Centro-Ocidental, o número de homens e mulheres com AIDS é praticamente igual. Alguns estudos assinalaram, porém, em algumas cidades da região, um número maior de mulheres contaminadas ⁽⁴³⁾. (As diferenças nos índices de infecção entre homens e mulheres devem ser interpretadas com cuidado. Os critérios de seleção dos grupos populacionais a serem testados podem desviar os resultados positivos tanto referentes aos homens quanto às mulheres.)
- Nos Estados Unidos — onde o HIV se espalhou até agora entre homens homossexuais e usuários de drogas injetáveis — os casos entre mulheres configuram hoje cerca de 10% dos casos de AIDS. Nos 12 meses que antecederam julho de 1990, pelo menos 34% dos novos casos de AIDS registrados entre mulheres e 3% dos casos registrados entre homens resultaram de relações heterossexuais ⁽⁴⁴⁾. Em Nova York, o estado norte-americano mais afetado, que reúne quase 1/4 de todos os casos de AIDS do país, 17,3% dos casos registrados em 1989 foram de mulheres ⁽⁴⁵⁾.
- Na Europa, nos doze meses que antecederam abril de 1990, 1/6 das pessoas diagnosticadas com AIDS foram mulheres ⁽⁴⁶⁾.

Mito Nº. 2: Adolescentes não pegam AIDS/HIV

- Pelo menos a metade das pessoas contaminadas com o HIV em todo o planeta tem menos de 25 anos. Cerca de 1/5 de todas as pessoas que desenvolveram a AIDS até o momento está na casa dos 20 anos ⁽⁴⁷⁾. Considerando que a doença progride lentamente, muitas dessas pessoas devem ter sido contaminadas na adolescência.
- Em alguns países, a relação entre o número de casos masculinos e femininos varia radicalmente quando se comparam homens e mulheres jovens com pessoas mais velhas. Uma pesquisa feita no Zaire mostrou que as mulheres entre 15 e 30 anos são quatro vezes mais propensas a contrair o HIV do que os homens na mesma faixa etária ⁽⁴⁸⁾. O mesmo acontece com a incidência de outras DSTs nas mulheres. Por exemplo, em 1987, no Reino Unido, as mulheres apresentaram 60% dos casos de gonorréia registrados entre as pessoas com menos de 20 anos. A taxa homem/mulher foi inversa entre as pessoas com idade acima de 20 anos ⁽⁴⁹⁾.
- Em 1990, um estudo realizado nos EUA com mais de um milhão de adolescentes que se candidatavam a servir ao exército mostrou que os níveis de infecção entre homens e mulheres jovens eram praticamente iguais, ainda que oficialmente o país tenha registrado quase nove vezes mais casos de AIDS entre homens do que entre mulheres. Por não coletar dados sobre os fatores de risco, o estudo deixou de apresentar conclusões claras sobre as influências do uso de drogas injetáveis, das relações homossexual e heterossexual e dos fatores sociais e econômicos relacionados ao contágio. Os pesquisadores afirmam que "a razão mais óbvia para a incidência mais alta (da AIDS) entre mulheres de idade entre 17 e 18 anos é que elas, mais do que os homens, tendem a se relacionar com parceiros mais velhos que estejam contaminados ⁽⁵⁰⁾".

Mito Nº. 3: Crianças não pegam a AIDS/HIV

- ❑ Estima-se que durante os anos 80, mais de 550.000 crianças nasceram soropositivas, sendo cerca de 90% delas na África Subsaariana ⁽⁵¹⁾. Nos lugares onde os índices de incidência da AIDS entre mulheres são altos e onde as mulheres têm altas taxas de fertilidade, as chances de transmissão do vírus de mãe para filho são muito maiores ⁽⁵²⁾. Nas regiões onde a sobrevivência infantil ainda é ameaçada, a AIDS representa um novo e considerável risco de morte para as crianças mais jovens. Alguns estudos realizados na África Central mostram que de 10 a 20% das mulheres grávidas estão contaminadas. Nas regiões onde 100 em cada 1.000 crianças morrem antes de completar cinco anos de idade (uma cifra comum em muitos países em desenvolvimento) este alto nível de contaminação pode fazer com que os índices de mortalidade infantil cresçam de 100 por 1.000 para 118 a 136 por 1.000 ⁽⁵³⁾. Segundo especialistas da OMS, "com o advento da AIDS, pode ser que os avanços conquistados nos últimos 20 anos pelos programas de aumento da expectativa de vida infantil já tenham sido revertidos" ⁽⁵⁴⁾. Fazendo uma comparação, na maioria dos países industrializados, menos de 20 entre 1.000 crianças morrem em decorrência de qualquer causa.
- ❑ Nos Estados Unidos, a AIDS já é a nona principal causa de morte de crianças entre um e quatro anos de idade ⁽⁵⁵⁾. Cerca de 2.500 crianças foram diagnosticadas com AIDS até julho de 1990 ⁽⁵⁶⁾.

nado do passado. Este número não consegue revelar, de fato, quantas pessoas têm o vírus hoje.

Uma visão melhor dos níveis de contaminação se faz possível através dos resultados de testes sanguíneos que detectam a disseminação do HIV entre alguns grupos da população, como por exemplo pacientes em tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), pacientes de ambulatórios, doadores de sangue, prostitutas(os), usuários de drogas injetáveis e mulheres grávidas ou bebês recém-nascidos que, estando ou não infectados, são portadores, durante vários meses, dos anticorpos do HIV de suas mães. Na perspectiva epidemiológica, o processo sistemático de realizar testes em grandes grupos de pessoas serve para mapear a rota do HIV e é conhecido como *screening*. Pesquisas como essas dão uma indicação do desenvolvimento da epidemia.

Contudo, como nem sempre é possível fazer generalizações a partir de informações relacionadas a um grupo específico de indivíduos, é necessário interpretar com muito cuidado os resultados desses estudos. A infecção pelo HIV se distribui, geralmente, de maneira desigual entre a população de um país. Grandes cidades próximas umas das outras podem registrar níveis de contaminação totalmente diferentes. Na Escócia, em 1990, um estudo apontou como portadores do HIV, cerca de 50% dos usuários de drogas injetáveis da cidade de Edimburgo. Enquanto isto, a setenta quilômetros de distância, na cidade de Glasgow, o índice estimado de infecção neste grupo de comportamento de risco nunca ultrapassou a marca de 6% ⁽¹³⁾. Em Uganda, os números da infecção chegam a variar bastante num mesmo distrito. No distrito de Rakai, por exem-

As taxas de infecção estão crescendo em todo o mundo, principalmente nos países em desenvolvimento.

plo, estes índices oscilam entre um mínimo de 1,2%, em algumas áreas, para 52,8% em outras ⁽¹⁴⁾.

Em 1985, estimava-se que cerca da metade das pessoas contaminadas fosse oriunda dos países em desenvolvimento. Em 1990, com base em testes sanguíneos mais avançados, essa proporção cresceu para 2/3 dos 8 a 10 milhões de pessoas supostamente infectadas. As estimativas para o futuro são do aumento desta proporção: para o ano 2000 calcula-se que viverão nestes países 75% a 80% das pessoas com AIDS; no ano 2010, este número deverá crescer até 90% do total de casos de todo o planeta ⁽¹⁵⁾.

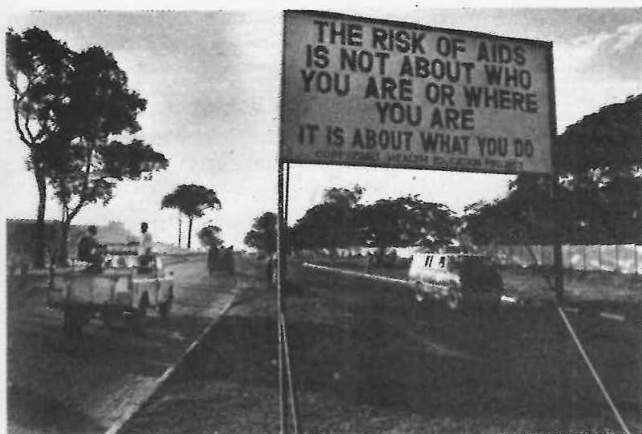
Com base na informação de 1990, obtida com testes sanguíneos aprimorados, a OMS elaborou um "plano de projeção da AIDS" com dados epidemiológicos que permitiram estimativas sobre os índices de contaminação por HIV em mulheres e crianças de todo o mundo e também previsões de curto prazo sobre índices futuros. Esse plano concluiu que até o fim de 1992, a África Subsaariana teria um total de 600.000 casos de AIDS em mulheres e um número similar em crianças. Isto quer dizer que 4 milhões de mulheres e 1 milhão de crianças daquela região do mundo podem estar atualmente infectadas pelo vírus ⁽¹⁶⁾.

Padrões de infecção

Logo no início da epidemia, levando em conta diferentes padrões de transmissão, a OMS dividiu o planeta em quatro áreas distintas:

- América do Norte, Europa Ocidental, Austrália e Nova Zelândia onde a grande maioria dos portadores do HIV era de homens contaminados através de transmissão homossexual ou de homens e mulheres infectados por compartilharem agulhas e seringas para o uso de drogas: Áreas de Padrão I.
- África Subsaariana, onde a grande maioria dos soropositivos contraiu o vírus através de relações heterossexuais e onde, conseqüentemente, os números da AIDS em crianças eram relativamente altos: Áreas de Padrão II.
- Oriente Médio, Ásia e Europa Oriental, onde uma difusão extensiva do HIV teve início da metade para o final dos anos 80 através da transfusão de sangue e da transmissão sexual: Áreas de Padrão III.
- A América Latina e o Caribe foram originalmente incluídos nas Áreas de Padrão I, mas o crescente número de mulheres contaminadas através da relação heterossexual fez com que a OMS reclassificasse estas regiões como Áreas de Padrão I/II.

Dentro desta grande classificação, entretanto, os padrões de infecção de uma mesma região podem variar muito, de país para país. Além disto, eles não são estáticos. No Reino Unido, por exemplo, embora a maioria das pessoas soropositivas seja de homossexuais masculinos e usuários de drogas injetáveis, as pessoas que contraíram o HIV através de relações heterossexuais



'Out doors' nas auto-estradas lançam mensagens ostensivas na Zâmbia, dizendo aos passantes que supor que o problema é dos outros significa não estar evitando o HIV. "O risco da AIDS não tem a ver com quem você é ou onde você está — tem a ver com o que você faz." Ron Gilling/Panos Pictures

representam uma porcentagem cada vez maior ⁽¹⁷⁾. Inicialmente, nos Estados Unidos, o perfil padrão da maioria dos portadores de AIDS foi definido da seguinte maneira: "homossexual masculino, branco, de classe média". Esta definição teve que ser revista nos anos 90, quando se tornou visível um desproporcional aumento dos níveis de contaminação entre homens e mulheres das comunidades pobres, negras e latinas. Por outro lado, se até meados dos anos 80 poucos casos de contaminação haviam sido registrados na Tailândia, aquele país apresenta hoje uma acélerada difusão do HIV através de duas vias principais: a do uso coletivo de seringas e a do sexo homo/heterossexual sem proteção. Na verdade, apenas a África Subsaariana tem apresentado um padrão de transmissão constante e uniforme dentro da região, ou seja, a transmissão pela relação heterossexual sem proteção.

Mulheres, difusão heterossexual e uso de drogas

Entre os países industrializados, os Estados Unidos haviam registrado, até julho de 1990, o maior número de casos de AIDS em mulheres (13.395) e crianças (2.464) ⁽¹⁸⁾. Esses casos representam, porém, apenas a parte visível da epidemia (a ponta do iceberg).

Segundo uma pesquisa realizada naquele país, estima-se que em 24 estados norte-americanos três entre cada 2.000 mulheres grávidas sejam soropositivas. Mas até mesmo essa média nacional pode estar equivocada. Algumas das cidades americanas do interior têm taxas de contaminação muito mais altas e algumas mulheres correm mais riscos que outras. Em seis dos estados em que, entre outros, foram levantados dados étnicos sobre as mães, os números da AIDS eram cinco a 15 vezes mais altos entre mulheres negras do que entre as mulheres brancas ⁽¹⁹⁾. A identificação de altos índices de contaminação nas comunidades latina e negra dos

**O impacto da
AIDS é
agravado pela
pobreza e pelo
sub-
desenvolvimento.**

Estados Unidos, nessa e em outras pesquisas norte-americanas, é uma indicação de dois fatores decisivos para a difusão do vírus em muitas partes do mundo: a marginalidade e a pobreza.

Um outro fator relevante para a difusão da AIDS, em comunidades de periferia, é o uso de drogas injetáveis que, como afirma Don Edwards, diretor executivo do Conselho Nacional de Minorias com AIDS dos Estados Unidos, reflete "a frustração e o ódio de populações marginalizadas e pobres que tentam fugir de sua realidade através do uso de drogas alucinógenas" ⁽²⁰⁾. No período de um ano — até julho de 1990 — um estudo identificou o uso de drogas injetáveis como origem da metade de todos os casos de AIDS em mulheres e mais de um terço dos casos femininos de AIDS como resultantes de relações heterossexuais ⁽²¹⁾. Mulheres negras e latinas estão majoritariamente representadas nesses índices, mas o risco de contaminação não é uma exclusividade das comunidades urbanas de baixa renda ⁽²²⁾.

Na Europa, particularmente na Suíça, Itália, França e Espanha, o vírus da AIDS tem se difundido rapidamente entre os(as) usuários(as) de drogas injetáveis e seus(suas) parceiros(as) sexuais. Ao final do ano de 1989, na Escócia, mais da metade das 1.729 pessoas cujos testes foram positivos eram usuárias de drogas endovenosas. Segundo alguns(mas) assistentes sociais, muitas dessas pessoas estavam conscientes do risco que corriam por usar drogas injetáveis, mas não haviam ainda se dado conta de que o sexo sem proteção representava também um grave risco para seus(suas) parceiros(as). Estima-se que, em Edimburgo, um em cada 100 homens entre 15 e 44 anos de idade esteja contaminado ⁽²³⁾ e alguns pesquisadores dizem que, naquela região, a relação heterossexual é atualmente um meio de transmissão mais comum do que a reutilização de seringas ⁽²⁴⁾.

O número de mulheres contaminadas através da relação heterossexual sem proteção pode ter sido até mesmo um pouco subestimado pelos países que se utilizam de sistemas hierárquicos para classificar os fatores de risco da AIDS. Nos Estados Unidos e na Grã-Bretanha, por exemplo, uma mulher com AIDS que usa drogas endovenosas é classificada automaticamente como caso de contaminação pela reutilização de seringas contaminadas. Ocorre que, apesar de utilizar seringas para a injeção de drogas, ela pode ter sido infectada através da relação sexual com um parceiro soropositivo. A verdade é que ninguém sabe ao certo de que maneira ela foi contaminada. Apesar disto, estes casos têm sido registrados como casos de transmissão pelo uso de seringas infectadas.

**Homens bissexuais
e suas parceiras mulheres**

Alguns homens fazem sexo tanto com mulheres quanto com outros homens. Muitos desses homens se casam e não se auto-identificam como bissexuais ou homossexuais. Alguns estudos suge-



"Homens que fazem sexo com homens devem submeter-se a 'check-ups' regulares", adverte um cartaz norueguês. Estudos demonstram que os homens que não explicitam sua bissexualidade, muitas vezes são os mesmos que não usam preservativos — em particular com suas parceiras. Oslo helserad

rem que homens que não reconhecem seu comportamento bissexual são menos propensos a usar camisinha com suas parceiras, mulheres do que com seus parceiros homens ⁽²⁵⁾.

A primeira manifestação da AIDS na América Latina e no Caribe aconteceu com homens que contraíram o vírus através de relação homossexual sem proteção. Mas, porque um número significativo de homens tem relações com ambos os sexos, a infecção afeta hoje um número cada vez maior de mulheres ⁽²⁶⁾. Estima-se que até meados de 1990, 20% dos casos de AIDS na América Latina ocorreram entre mulheres ⁽²⁷⁾.

O fenômeno do risco de contaminação feminina através de relação sexual sem proteção com parceiros bissexuais contaminados não é exclusivo da América Latina e do Caribe. Na Grã-Bretanha, por exemplo, de acordo com uma pesquisa de 1990, mais de 10% de homossexuais masculinos disseram ter feito sexo com uma parceira mulher em algum momento do ano anterior ⁽²⁸⁾.

Disseminação heterossexual

Desde o começo da epidemia, no centro, no oeste e no sul da África e em algumas partes do Caribe, homens e mulheres têm se contaminado com o HIV em índices praticamente iguais e quase sempre através de relação heterossexual. Na África Subsaariana, estima-se que um em cada 40 homens e mulheres adultos seja soropositivo ⁽²⁹⁾, mas o quadro não é nem um pouco uniforme em toda a região. Alguns países estão afetados de forma mais evidente, enquanto que outros estão relativamente inatingidos.

As razões para uma difusão tão vasta na África Subsaariana, e suas consequências para as mulheres, serão examinadas nos últimos capítulos deste dossiê. O impacto do HIV nos países em desenvolvimento é ampliado pela pobreza e pelo subdesenvolvimento, que limitam o acesso a programas de saúde e ameaçam a estabilidade das comunidades. Em alguns dos países africanos mais atingidos, o acesso limitado aos serviços básicos de saúde tem feito com que muitas pessoas não sejam efetivamente tratadas das DSTs, fato que, por si próprio, representa um co-fator *favorável* à transmissão da AIDS. (Veja o Capítulo 2).

Uma porta aberta

Há alguns anos atrás, a AIDS bateu à porta da Ásia. Hoje esta porta está quase totalmente aberta. Na metade de 1990, a OMS registrou que o número total de pessoas com AIDS na Ásia cresceu em dois anos de quase zero para uma estimativa total de pelo menos 500.000 — um crescimento muito mais rápido do que o previsto. A OMS alertou que as estimativas de 1 a 1,5 milhões de casos até o ano 2000, feitas para a Ásia, poderão crescer dramaticamente se não for interrompida a atual tendência ⁽³⁰⁾.

Na Tailândia, por volta da metade dos anos 80, os casos de contaminação por HIV eram restritos às extensas redes de prostituição homossexual que serviam aos turistas estrangeiros. Em 1988, a AIDS foi se espalhando rapidamente dentro de um outro grupo populacional: os 100.000 possíveis usuários de drogas injetáveis do país ⁽³¹⁾. Segundo a OMS, testes desenvolvidos em meados de 1990, entre alguns grupos de usuários de drogas tailandeses, concluíram que aproximadamente 50% deles eram soropositivos ⁽³²⁾. A transmissão heterossexual do HIV está se tornando um problema real. Na indústria do sexo da Tailândia, as prostitutas que menos cobram por seus serviços são as mais atingidas pela epidemia. Até o final de 1989, a média de contaminação pelo HIV entre diferentes grupos de trabalhadores(as) do sexo, muitos dos quais servem aos turistas internacionais, subiu de 2% para quase 7% — o dobro do número registrado seis meses antes. Naquele país, a proporção por sexo de pessoas com AIDS aumentou de uma mulher por cada 17 homens, em 1986, para uma mulher por cinco homens, em 1990 ⁽³³⁾.

Informações sobre a Índia mostram que a AIDS tem se expandido rapidamente naquele país. Em 1989, testes realizados em mais de 100.000 doações de sangue, em Bombaim, revelaram que 0,14% daqueles(as) que doaram sangue voluntariamente eram soropositivos. Entre as pessoas que vendiam sangue como um meio de sobrevivência, 2,4% tiveram como resultado testes positivos ⁽³⁴⁾. Enquanto isso, testes feitos entre setembro de 1986 e janeiro de 1990 mostraram que 6,2% de cerca de 2.000 mulheres que trabalhavam em prostíbulos de Bombaim eram soropositivas. Inicialmente, poucas mulheres estavam infectadas, mas entre aquelas testadas no segundo semestre de 1989, quase 1/4 era soropositivo ⁽³⁵⁾.

Outros países estão sendo cada vez mais afetados, embora os números do impacto sobre as mulheres nem sempre sejam conhecidos. A AIDS no Sri Lanka e na Indonésia, embora ainda incomum, está associada à transmissão homossexual, enquanto que a infecção resultante do uso coletivo de seringas para o consumo de drogas já foi detectada na China, Índia e Malásia.

Um desafio maior

Embora o nível exato de contaminação pelo HIV entre mulheres de todo o mundo não seja ainda conhecido, há evidências de que milhões delas são hoje soropositivas e que outros milhões podem vir a se contaminar antes do final do século. Segundo a OMS, a AIDS entre mulheres está prestes a se tornar "um dos maiores desafios para a medicina, para a saúde pública e para os sistemas de atendimento comunitário de todo o mundo" ⁽³⁶⁾.

O HIV e a AIDS representam uma ameaça em potencial para as mulheres de todo o mundo. Este dossiê contém exemplos, informações e testemunhos de muitos países, sobretudo de duas áreas geográficas específicas: a África, onde os índices de contaminação pelo HIV apontam para o maior número de mulheres atingidas; e os Estados Unidos que, entre os países industrializados, registra o maior número de mulheres infectadas e onde há mais recursos para a realização de pesquisas.

Onde quer que ela chegue, a epidemia de HIV/AIDS tem um impacto bem maior que um problema de saúde individual ou uma morte prematura. O Vírus da Imunodeficiência Humana afeta todos os aspectos das vidas das mulheres, estejam elas contaminadas ou não. Alguns desses aspectos são analisados nos próximos capítulos.

EM QUE MEDIDA AS MULHERES CORREM RISCO?

Mulheres e homens correm o risco de contrair o HIV através de relação sexual sem proteção ou através do contato com sangue infectado. Como ainda não existe uma vacina ou um tratamento efetivo para a doença, a única forma que as pessoas têm para se proteger da AIDS é evitando comportamentos que possam ser arriscados.

Este capítulo analisa os mecanismos da infecção pelo HIV e os riscos que ameaçam as mulheres. Já o Capítulo 3 explora as razões pelas quais comportamentos voltados para a redução desses riscos — incluindo as opções pela castidade ou por relacionamentos estáveis e fiéis ou ainda pelo sexo seguro — constituem para muitas pessoas atitudes difíceis ou impossíveis de adotar. Na medida em que a mudança de comportamentos é dificultada por fatores como falta de acesso à informação, condições de pobreza e submissão, as mulheres se vêem impossibilitadas de se protegerem e aos filhos que poderão conceber no futuro.

Qual é a medida do risco?

As estimativas sobre a probabilidade de contaminação por HIV são, por várias razões, precárias. Algumas pessoas contaminadas têm um potencial de transmissão maior do que outras. Por outro lado, algumas pessoas são mais suscetíveis à contaminação do que outras. “Algumas pessoas não se contaminaram apesar de terem, literalmente, milhares de contatos sexuais com parceiros contaminados. Outras foram infectadas durante o primeiro contato deste gênero”, alerta a Dra. Nancy Padian da Universidade da Califórnia, em Berkeley, Estados Unidos ⁽¹⁾. Mesmo sem terem feito uma opção sistemática pelo sexo seguro, há mulheres que não contraíram o vírus do HIV, apesar de manterem relações sexuais com parceiros soropositivos, durante vários anos ⁽²⁾.

Além disso, a probabilidade de transmissão pode variar em função do estágio da doença. Alguns indivíduos podem ser particularmente propensos a contaminar logo após terem sido contaminados e quando desenvolvem sintomas. Entretanto, como a maioria das pessoas com o HIV não apresenta sinais de nenhum tipo de doença, grande parte das transmissões são feitas por pessoas assintomáticas.

A maior parte das informações sobre a transmissão heterossexual da AIDS provém de estudos que comparam homens e mulheres que permaneceram soronegativos com outros que tornaram-se soropositivos durante uma relação sexual com um(a) parceiro(a) soropositivo(a). Esses estudos vêm tentando descobrir porque algumas pessoas contraem o vírus e outras não. Analisam os riscos associados às relações sexuais sem proteção e à influência de "co-fatores" adicionais como as DSTs, que tanto aumentam a vulnerabilidade para a infecção pelo vírus quanto a probabilidade de uma pessoa infectada transmitir o vírus para outra.

Muitos estudos não conseguiram encontrar uma relação consistente entre o número de vezes que um casal tem relações sexuais e a probabilidade de contaminação. Embora a frequência das relações sexuais possa ter alguma influência, os pesquisadores acreditam atualmente que não faz sentido tentar relacionar a possibilidade de risco com o número de encontros sexuais. Em vez disto, dada a inconsistência desta relação, sugerem a noção de "risco variável" ⁽³⁾. Em resumo, sugerem que ao assumir um determinado comportamento de risco o indivíduo não pode saber a que nível de risco está se submetendo.

A possibilidade da transmissão do HIV do homem para a mulher parece ser maior que da mulher

A mecânica da transmissão sexual

Apesar deste quadro de incertezas, dispomos hoje de algum conhecimento sólido sobre a efetiva mecânica da transmissão.

O HIV está contido no líquido seminal e vaginal e nas secreções cervicais, assim como no sangue. Uma troca desses líquidos durante a relação sexual pode resultar na transmissão do vírus para a corrente sanguínea. Esta transmissão é possível através das membranas porosas da vagina, do pênis ou do ânus. Foi confirmada também a transmissão do vírus em pesquisas de inseminação artificial, através do líquido seminal. Ou seja, algumas mulheres foram infectadas através de uma única exposição ao sêmen contaminado em procedimentos de inseminação artificial ⁽⁴⁾.

Coito vaginal sem proteção

Nos países onde o HIV se propaga sobretudo através da relação heterossexual, a penetração vaginal sem uso do preservativo é o principal risco. Segundo importantes pesquisas realizadas na Europa e nos Estados Unidos — pesquisas que registraram histórias detalhadas da vida sexual dos casais entrevistados —, 80% das mulheres infectadas pela via sexual afirmaram que a penetração vaginal sem proteção foi a única atividade de risco por elas praticada ⁽⁵⁾.

Durante a penetração vaginal sem proteção, os homens têm mais probabilidades de infectar a parceira do que o contrário. Segundo alguns pesquisadores, o intercurso vaginal desprotegido representa um risco de contaminação duas vezes maior para a mulher do que para o homem ⁽⁶⁾. Isto não quer dizer que os homens não corram esse risco. Uma das pesquisas mostrou que vários homens foram contaminados depois de uma única relação

sexual com uma mulher soropositiva ⁽⁷⁾. Estudos europeus e norte-americanos indicam que, em relações estáveis, homens portadores do HIV contaminam em média, 10 a 30% de suas parceiras, enquanto que as mulheres infectadas contaminam cerca de 5 a 10% de seus parceiros estáveis ⁽⁸⁾.

Estes estudos são paralelos aos que mostram também que outras DSTs, como a gonorréia, se transmitem com mais facilidade dos homens para as mulheres. As chances da transmissão de gonorréia do homem para a mulher são aproximadamente de 50 a 80% depois de um único contato sexual e da mulher para o homem são de 20 a 25% ⁽⁹⁾.

Sem confirmação científica, alguns pesquisadores sugerem ainda a existência de um risco adicional de infecção que só atingiria os homens ao manterem relações sexuais com uma mulher menstruada, pois o HIV pode estar presente não apenas nas secreções vaginais como também no sangue menstrual ⁽¹⁰⁾.

Sexo anal sem proteção

Embora freqüentemente associado ao sexo entre homens, o sexo anal pode ser praticado também por casais heterossexuais como forma de contracepção, para preservar a virgindade, ou por prazer. A penetração anal é duas vezes mais arriscada para as mulheres do que a penetração vaginal sem proteção, afirmam alguns pesquisadores ⁽¹¹⁾.

Sexo oral

A contaminação por HIV através do sexo oral é teoricamente possível, tanto para os homens quanto para as mulheres, desde que o vírus esteja presente no esperma ou no líquido vaginal e pequenos cortes ou feridas na boca possam funcionar como porta de entrada.

Considera-se que essa prática é menos perigosa do que o sexo anal ou vaginal sem proteção, mas existem alguns poucos casos documentados de contaminação por HIV em que o sexo oral, seja entre mulheres ⁽¹²⁾ ou entre mulheres e homens, foi apresentado como um possível, mas não confirmado, meio de transmissão ⁽¹³⁾. Camisinhas ou folhas de PVA (folhas transparentes utilizadas para embalar e congelar mantimentos) colocadas sobre a área genital da mulher podem ser usadas como proteção. As informações sobre o uso das folhas de PVA são muito escassas, mas sua praticidade e eficácia contra uma possível infecção têm sido bastante questionadas ⁽¹⁴⁾.

Co-fatores da transmissão sexual

Variações na prática sexual ou nos fatores de risco, assim como a facilidade com a qual o vírus é transmitido, não são os únicos elementos da história. Outros "co-fatores" podem aumentar o risco da transmissão do HIV.

Doenças sexualmente transmissíveis

Pesquisas confirmam que DSTs como o cancro, a sífilis e o herpes genital, doenças que provocam ulcerações genitais (feridas), estão associadas ao aumento das taxas de transmissão do HIV, independentemente do risco associado à multiplicidade de parceiros. As ulcerações causadas por essas infecções são uma porta aberta para o trânsito do HIV de um(a) parceiro(a) sexual para outro(a). Um homem soropositivo, portador de úlcera genital, representa, para suas parceiras, um perigo de contaminação maior do que um homem soropositivo que não sofra deste tipo de doença ⁽¹⁵⁾. Por outro lado, a mulher portadora de úlcera genital passará adiante a infecção com maior facilidade que a mulher sã ⁽¹⁶⁾. O tratamento dessas doenças pode, conseqüentemente, reduzir significativamente a probabilidade do homem (ou mulher) transmitir ou ser contaminado pelo HIV.

As DSTs que não causam úlceras também desempenham seu papel no processo de contaminação ⁽¹⁷⁾. Algumas pesquisas mostram que mulheres que se contaminaram com o HIV eram mais propensas a infecções que não causam úlceras, como as infecções cervicais, a gonorréia, a clamídia que, por sua vez, podem causar cistites (infecções das vias urinárias). O acesso a informações sobre DSTs que não causam úlceras, ou que causam lesões indolores, pode ser da maior importância para a prevenção da AIDS entre as mulheres. Feridas e corrimentos são facilmente percebidos pelos homens, ao passo que feridas internas ou inflamações passam freqüentemente despercebidas na mulher mas podem, mesmo quando sem gravidade, aumentar bastante o risco de contaminação pelo HIV. A menos que tragam sérias complicações — como a doença pélvica inflamatória — muitas DSTs não apresentam sintomas nas mulheres. Sintomas mais leves, como dor na região do baixo ventre, são às vezes vistas apenas como “uma fatalidade da condição feminina”.

Embora a contaminação por HIV possa acontecer através de vias não-sexuais, a AIDS é, acima de tudo, uma doença sexualmente transmissível. Vista por esse ângulo, ela termina representando a última manifestação de um problema crônico que é o das altas e crescentes taxas de DSTs.

Mais de 20 diferentes tipos de doenças são transmitidas através do contato sexual. A OMS estima um total de 125 milhões de casos de infecção a cada ano em todo o mundo. Embora os índices de infecção sejam semelhantes para homens e mulheres, as mulheres e crianças recém-nascidas são vítimas das complicações mais sérias provocadas pela progressão da doença. Em algumas áreas de alguns países em desenvolvimento, a sífilis congênita, por exemplo, é causa de cerca de 25% dos natimortos e das mortes de crianças com menos de um mês. Nos Estados Unidos, os casos de sífilis subiram mais de 50% entre 1985 e 1989. A infertilidade, algumas complicações na gravidez e cânceres anais e genitais estão freqüentemente associados às DSTs.

Nos países industrializados, a infecção por clamídia e infecções virais, como condiloma e herpes genital, são cada vez mais comuns. Até bem pouco tempo, as DSTs registradas com

O aumento das taxas de infecção pelo HIV está diretamente relacionado a outras doenças sexualmente transmissíveis.

maior frequência em muitos países em desenvolvimento eram as infecções bacteriológicas, como cancro, sífilis e gonorréia. No entanto, a clamídia e as infecções virais já começam a disseminar-se também naqueles países ⁽¹⁸⁾.

Circuncisão

Não há evidências que façam da circuncisão feminina um fator de risco para a contaminação por HIV. A Sociedade para Mulheres e AIDS na África (SWAA) verificou que "nas áreas onde essa prática é ainda freqüente a prevalência da AIDS é baixa". ⁽¹⁹⁾ Isto se deve possivelmente ao fato do HIV só ter chegado recentemente àquelas áreas, o que, por sua vez, pode ser consequência de restrições tradicionais com relação ao número de parceiros sexuais nas sociedades daquela região. Entretanto, qualquer tipo de relação sexual que provoque sangramentos pode aumentar o risco de infecção por HIV, e algumas formas de castração feminina, especialmente as infibulações, podem levar a uma grande hemorragia durante as primeiras relações sexuais.

Há algumas evidências de que homens não circuncidados são mais propensos a contrair e transmitir o HIV e outras DSTs do que os homens circuncidados ⁽²⁰⁾. Alguns pesquisadores suspeitam que, nesses casos, o aumento do risco pode originar-se no fato do prepúcio reter o líquido vaginal, o que cria uma superfície maior para a apreensão do vírus, podendo, além disto, ficar mais suscetível a microfissuras causadas pela penetração. Além disso, os homens não circuncidados são mais comumente atingidos por infecções genitais.

Contracepção

As mulheres sexualmente ativas que não desejam engravidar procuram métodos de contracepção confiáveis e seguros. Em termos gerais, a camisinha é o contraceptivo que oferece a proteção mais segura contra o HIV.

Milhões de mulheres usam, porém, outras formas de contracepção. Será que a escolha do método contraceptivo pode ter alguma influência sobre o risco de contrair a AIDS? Conclusões de pesquisas recentes sugerem que o uso de contraceptivos orais pode facilitar a transmissão do HIV, uma vez que ele pode estar associado ao aparecimento de inflamações cervicais e sangramentos ⁽²¹⁾. O uso do DIU, por sua vez, comprovadamente aumenta o risco de infecções e inflamações pélvicas e a OMS recomenda que — apesar da ausência de pesquisas mais detalhadas — ele não seja usado por mulheres que corram o risco de contrair DSTs, inclusive a AIDS, ou por mulheres que sejam soropositivas ⁽²²⁾.

Transmissão não-sexual

A transmissão da AIDS através de transfusões de sangue contaminado tem atingido desproporcionalmente as mulheres, sobretudo as mulheres das comunidades mais pobres dos países em desen-

volvimento. No ano de 1988, em Uganda, mais de três quartos do total de adultos que receberam transfusões eram mulheres anêmicas ou vítimas de sérias hemorragias durante o parto⁽²³⁾. Em 1990, a OMS estimava que aproximadamente 10% dos casos de AIDS da África Subsaariana tinham como causa transfusões de sangue infectado⁽²⁴⁾. A situação melhorou muito desde que os riscos tornaram-se conhecidos. Nas regiões onde o perigo é maior, grande parte do sangue já está sendo testado. Aparentemente, no continente africano esse procedimento já é adotado em cerca de 60% do sangue utilizado. A manutenção dos estoques de sangue está sendo feita de maneira mais criteriosa. As pessoas particularmente sujeitas à contaminação pelo HIV estão sendo alertadas para que não doem sangue. Na região oriental do Mediterrâneo e na Ásia nem todos os países submetem todo o sangue doado aos testes necessários. A situação é mais grave nos países em que os índices de contaminação pelo HIV são baixos⁽²⁵⁾.

Muitas mulheres já estão conscientes dos riscos que correm com o sangue contaminado. "Nós mulheres temos que nos expor a muito mais intervenções hospitalares que os homens. Mesmo quando existe a opção pela esterilização masculina, nove entre 10 vezes é a mulher que se submete à cirurgia. Por que?" Pergunta Veena, uma mulher indiana. "Que opções eu tenho com relação aos hospitais? O que fazer se eu tenho que receber uma transfusão de sangue, por exemplo, mesmo uma simples injeção?"⁽²⁶⁾

O sangue contaminado também representa um risco para as mulheres que usam agulhas e seringas não esterilizadas, seja por razões médicas ou pelo uso coletivo de instrumentos para a aplicação de drogas. Na maioria dos países é maior o número de casos de homens contaminados por uso de drogas injetáveis em comparação com as mulheres, mas existe sempre o risco de transmissão heterossexual do vírus para a parceira. Neste sentido, o uso compartilhado de agulhas e seringas deve ser considerado uma via importante de contaminação de mulheres nos Estados Unidos e na Europa.

Quem, eu? Risco aparente x risco real

Informações sobre índices de contaminação pelo HIV são importantes para a identificação das vias de contaminação através das quais o vírus tende a se disseminar numa determinada população. Mas até que ponto cálculos estatísticos podem ser úteis para as pessoas individualmente?

A idéia de risco é um dos conceitos mais complicados da educação para a saúde. A noção que cada pessoa tem de seu próprio risco de contaminação pelo HIV, assim como de outras ameaças à vida ou à saúde, tem freqüentemente muito pouco a ver com o risco real. Mesmo aqueles que sabem tudo sobre o HIV e sobre a necessidade do sexo seguro admitem, às vezes, que nem sempre tomam as devidas precauções. Como diz Heather Downs, uma voluntária do Terrence Higgins Trust, um grupo de mulheres de uma organização britânica: "muitas mulheres que trabalham em organizações de combate à AIDS ou em outras áreas relacio-

*Até mesmo
pessoas que
sabem da
importância
do sexo
seguro
admitem que
nem sempre o
praticam.*

nadas à saúde educacional e AIDS, acham difícil negociar o sexo mais seguro com um novo parceiro" ⁽²⁷⁾. Intenções racionais nem sempre se materializam.

Programas de prevenção da AIDS que aconselham as mulheres a insistir no uso de camisinha ou campanhas cujo *slogan* é: "Diga Simplesmente Não!", não reconhecem a realidade das vidas de muitas pessoas. "Profissionais de saúde pública presumem que qualquer pessoa pode optar por uma decisão racional. Isto porque, quando pensam no uso da camisinha, baseiam-se em valores da classe média. Estes profissionais não se dão conta dos custos sociais que as mulheres são obrigadas a assumir quando negociam o uso do preservativo. Trata-se de problemas que se manifestam de maneira distinta em cada grupo sócio-econômico ou étnico", diz o antropólogo norte-americano Dr. Dooley Worth ⁽²⁸⁾.

Quanto menos poder de barganha tem a mulher, mais difícil é para ela evitar os riscos. Ao insistir no uso da camisinha, ou apenas pedir a seus parceiros para que usem camisinha, algumas mulheres receiam estar colocando em risco sua relação, ou mesmo perder seu parceiro. Perdendo o parceiro, elas podem estar, não apenas abrindo mão de uma relação que lhes dá status e apoio emocional, mas que lhes dá também o suporte financeiro necessário à sobrevivência. Mulheres com filhos dependentes estão numa situação ainda mais vulnerável.

O conhecimento sobre a redução dos riscos de contaminação é freqüentemente utilizado de maneira diferenciada. Por exemplo, a mulher que trabalha como prostituta pode insistir no uso da camisinha com um cliente e pode não fazê-lo com seu companheiro ⁽²⁹⁾. Muitos fatores contribuem para isso: algumas pessoas dizem que é mais fácil para a mulher insistir no uso da camisinha numa situação de negócio, onde ela detém um certo poder que pode não existir na relação pessoal. Igualmente importante, segundo educadores que trabalham com a AIDS, é o desejo das prostitutas de, "através da não-utilização da camisinha com seus parceiros fixos, fazer uma distinção entre 'trabalho' e 'vida sexual íntima' " ⁽³⁰⁾. Distinções entre diferentes 'tipos' de atividades sexuais não estão restritas aos que trabalham com o sexo. Muitas pessoas que não usam camisinha com seus parceiros regulares poderão fazê-lo num encontro casual. "Quando você se sente feliz com determinada pessoa, você pensa: 'eu realmente quero ficar com essa pessoa'. Aí, o medo de pegar uma doença com ela não é tão forte", disse uma jovem britânica entrevistada sobre seu comportamento sexual com risco ⁽³¹⁾. Estudos têm mostrado freqüentemente que pessoas que insistem em fazer sexo seguro no princípio de uma relação acham difícil sustentar essa decisão ao longo do tempo ⁽³²⁾. Para muitas pessoas, fazer sexo com uma pessoa que se conhece e se ama transmite uma sensação de segurança, mas esta sensação pode ser falsa. Nem sempre os riscos percebidos coincidem com os riscos reais. Para aqueles que realmente se contaminam pelo HIV, a análise da probabilidade de contaminação é puramente acadêmica.

UMA QUESTÃO DE ESCOLHA?

Comportamento sexual e escolha

Para se proteger da AIDS, mulheres e homens têm as mesmas alternativas: castidade, relacionamentos estáveis e fiéis, uso de camisinha ou sexo sem penetração. Tanto homens quanto mulheres têm tido atitudes complacentes ou de negação com relação aos riscos da contaminação pelo HIV. Nem mesmo aqueles e aquelas que têm consciência dos riscos conseguem traduzir sempre essa consciência em comportamentos preventivos. A pandemia da AIDS revelou, em todo o mundo, a precariedade geral dos serviços de saúde e de informação. As mulheres sofrem de maneira desproporcional o impacto negativo desta precariedade. Além do mais, as mulheres são alvo preferencial de grande parte das coerções culturais relacionadas às opções e posturas sexuais. Alguns cientistas que estudam o comportamento humano sugerem ainda que nada de sério tem sido feito para possibilitar a compreensão da pandemia da AIDS como fenômeno social. "Os cientistas sociais são vistos como subservientes com relação aos pesquisadores da área médica, e esta visão subestima a importância que têm as ciências sociais para a promoção de mudanças comportamentais", diz o pesquisador tanzaniano Dr. Eustace Muhondwa ⁽¹⁾.

"Se pretendemos lidar com o problema da AIDS e da contaminação pelo HIV, é essencial estudar não apenas o vírus em si, mas todas as práticas culturais que podem contribuir para sua disseminação", diz o pesquisador nigeriano, Dr. A. Nasidi ⁽²⁾. Sem perspectivas imediatas de eliminação do HIV ou de uma vacina a ser utilizada em larga escala, a chave para o controle da epidemia da AIDS deve ser procurada no comportamento sexual e em suas possíveis mudanças. Mas o comportamento humano está enraizado nos fatores sociais e econômicos da vida de um indivíduo. Ainda hoje, no início dos anos 90, as opções das mulheres — sobretudo aquelas relacionadas a posturas sexuais — estão sujeitas a coerções poderosas e profundamente enraizadas. A consciência do perigo que o vírus representa para a sociedade como um todo leva agora o foco das atenções para as limitações sofridas pelas mulheres no espaço de suas relações pessoais.

Jamais existiu uma sociedade na qual os padrões de comportamento sexual estivessem restritos exclusivamente à monogamia e à castidade.

UMA QUESTÃO DE ESCOLHA?

Comportamento sexual e escolha

Para se proteger da AIDS, mulheres e homens têm as mesmas alternativas: castidade, relacionamentos estáveis e fiéis, uso de camisinha ou sexo sem penetração. Tanto homens quanto mulheres têm tido atitudes complacentes ou de negação com relação aos riscos da contaminação pelo HIV. Nem mesmo aqueles e aquelas que têm consciência dos riscos conseguem traduzir sempre essa consciência em comportamentos preventivos. A pandemia da AIDS revelou, em todo o mundo, a precariedade geral dos serviços de saúde e de informação. As mulheres sofrem de maneira desproporcional o impacto negativo desta precariedade. Além do mais, as mulheres são alvo preferencial de grande parte das coerções culturais relacionadas às opções e posturas sexuais. Alguns cientistas que estudam o comportamento humano sugerem ainda que nada de sério tem sido feito para possibilitar a compreensão da pandemia da AIDS como fenômeno social. "Os cientistas" sociais são vistos como subservientes com relação aos pesquisadores da área médica, e esta visão subestima a importância que têm as ciências sociais para a promoção de mudanças comportamentais", diz o pesquisador tanzaniano Dr. Eustace Muhondwa ⁽¹⁾.

"Se pretendemos lidar com o problema da AIDS e da contaminação pelo HIV, é essencial estudar não apenas o vírus em si, mas todas as práticas culturais que podem contribuir para sua disseminação", diz o pesquisador nigeriano, Dr. A. Nasidi ⁽²⁾. Sem perspectivas imediatas de eliminação do HIV ou de uma vacina a ser utilizada em larga escala, a chave para o controle da epidemia da AIDS deve ser procurada no comportamento sexual e em suas possíveis mudanças. Mas o comportamento humano está enraizado nos fatores sociais e econômicos da vida de um indivíduo. Ainda hoje, no início dos anos 90, as opções das mulheres — sobretudo aquelas relacionadas a posturas sexuais — estão sujeitas a coerções poderosas e profundamente enraizadas. A consciência do perigo que o vírus representa para a sociedade como um todo leva agora o foco das atenções para as limitações sofridas pelas mulheres no espaço de suas relações pessoais.

Jamais existiu uma sociedade na qual os padrões de comportamento sexual estivessem restritos exclusivamente à monogamia e à castidade.

Castidade

"Jamais existiu uma sociedade na qual os padrões de comportamento sexual estivessem restritos exclusivamente à monogamia e à castidade", diz a professora June Osborne, da Comissão Nacional da AIDS nos Estados Unidos⁽³⁾. Toda sociedade define para si padrões aceitáveis de comportamento sexual, como aquele que se refere ao momento em que homens e mulheres são liberados para a prática da sexualidade. Em muitas culturas esta prática só é permitida às mulheres depois do casamento; no caso dos homens, a prática sexual é freqüentemente aceita também para os solteiros. As normas que "regulamentam" o comportamento sexual feminino são geralmente mais rígidas do que as que se aplicam para os homens. Esta rigidez maior tem sua origem no potencial de gestação da mulher e em seu status sócio-econômico freqüentemente baixo. Mas as normas sociais e a realidade de vida das pessoas raramente coincidem. A distância entre estes dois universos é evidente. Apesar disto, expectativas culturais continuam a exercer poderosas pressões sobre o comportamento sexual das pessoas e em muitas sociedades a castidade pré-marital é uma norma respeitada.

Na maioria dos países industrializados, progressos alcançados na área da saúde e da nutrição têm antecipado o momento da menarca (primeira menstruação). Ao mesmo tempo, uma educação mais desenvolvida e uma maior mobilidade social têm contribuído para que as mulheres passem a se casar ou a assumir relações permanentes numa fase mais avançada da vida. Assim, o

Na adolescência, a vida parece longa – e os riscos e responsabilidades algo extremamente remoto. Entretanto, aproximadamente 1/5 das pessoas com AIDS está em torno dos 20 anos. A infecção por HIV pode ficar encubada por vários anos, sem provocar a AIDS, portanto, muitos(as) destes(as) jovens podem ter sido infectados(as) na adolescência.
Ângela Freitas



intervalo entre a maturidade sexual e o estabelecimento de uma vida a dois mais duradoura tem se tornado mais longo. Nos Estados Unidos, por exemplo, no final do século XVII, as mulheres menstruavam pela primeira vez por volta dos 14 anos de idade e se casavam por volta dos 18; hoje a menarca ocorre entre os 12 e 13 anos, e o casamento padrão ocorre entre 23 e 24 anos ⁽⁴⁾. Ao serem entrevistados, aproximadamente 70% dos adolescentes norte-americanos disseram ter mantido sua primeira relação sexual com aproximadamente 19 anos. Por outro lado, 17% dos homens e 6% das mulheres entre 16 e 19 anos de idade, relataram ao menos uma experiência homossexual já vivida ⁽⁵⁾. Na França, Holanda e na Grã-Bretanha, a idade mais comum para o primeiro envolvimento sexual das mulheres fica em torno dos 18 anos. Estatísticas relacionadas à gravidez na adolescência indicam que na maioria das vezes estas primeiras relações sexuais ocorrem sem proteção ⁽⁶⁾.

Nos países em desenvolvimento, são muito poucas as pesquisas realizadas sobre o comportamento sexual dos adolescentes. Em muitas regiões do mundo, a adolescência é muito curta. Isto ocorre sobretudo nas regiões onde as mulheres tendem a assumir relações estáveis e a ter filhos antes de completarem 20 anos de idade.

No mundo inteiro, seja qual for a norma social predominante, muitas pessoas tornam-se sexualmente ativas ainda jovens e solteiras. Algumas dessas pessoas são extremamente jovens e muitas são altamente desinformadas sobre formas de prevenir a gravidez e as DSTs, inclusive a AIDS. Sexo seguro ou abstinência sexual: aí está uma escolha que fica bem mais fácil se baseada em informações acessíveis e confiáveis. Educadores que trabalham com o tema AIDS falam da grande necessidade de atingir os jovens mais cedo, isto é, antes que se tornem sexualmente ativos. Propostas bem-sucedidas de educação sexual — muitas delas fundamentadas na capacidade de persuasão dos próprios membros da comunidade — estão descritas no Capítulo 7.

Parcerias

Casamentos ou relações estáveis baseadas na fidelidade sexual constituem o fundamento da organização social na maioria das regiões do mundo. Muitas organizações governamentais ou não-governamentais, particularmente aquelas ligadas a grupos religiosos, fazem da fidelidade o tema central de suas políticas de prevenção da AIDS. Isto acontece sobretudo nos lugares onde são poucos os preservativos disponíveis ou onde seu uso é proibido por motivos religiosos. Mesmo assim, a fidelidade sexual mútua e constante dependerá sempre de um compromisso estabelecido. O debate sobre a infidelidade provou ser da maior importância para a prevenção da AIDS.

Como o período médio de incubação do HIV é de 10 anos, nas culturas em que a monogamia em série é uma prática comum (culturas onde as pessoas têm uma série de relacionamentos du-

O debate sobre a infidelidade provou ser da maior importância para a prevenção da AIDS.

radouros e baseados na fidelidade mútua) nenhum casal — a não ser aqueles em que os dois parceiros tenham se conhecido ainda virgens — pode ter certeza de não se ter exposto, anteriormente, a relações sexuais arriscadas. Além do mais, a evidência confirma o que muitos já reconheceram como realidade: na intenção de se relacionarem sexualmente, mulheres e homens podem mentir a seus parceiros. Uma pesquisa realizada nos Estados Unidos revelou que cerca de um terço de 200 estudantes secundários do sexo masculino, entre 18 e 25 anos, admitiram ter mentido a alguma parceira a respeito de sua vida sexual ou do uso de drogas no passado. Comparativamente, 10% do mesmo número de mulheres teve o mesmo comportamento. Vinte por cento dos homens e 4% das mulheres disseram que poderiam mentir se algo lhes fosse perguntado sobre sua soropositividade ⁽⁹⁾.

A infidelidade não é algo exclusivo aos homens, mas em muitas sociedades, papéis sociais pré-estabelecidos impõem às mulheres a obrigação de serem fiéis. Na Tailândia, por exemplo, “costumava-se medir o status social do homem pelo número de mulheres que ele possuía”, diz Chantawipa Apisook, que trabalha na organização de mulheres EMPOWER. “Ainda hoje, essa atitude se reflete na aceitação social de homens que mantêm publicamente amantes ou que freqüentam bares, cafés ou casas de massagem ⁽¹⁰⁾ diz ela.

As pesquisas mostram que uma grande quantidade de homens freqüenta regularmente ou ocasionalmente locais de prostituição. Um estudo realizado em 1989 em Birmingham, no Reino Unido, concluiu que de 8% a 22% dos homens da cidade já tiveram relações sexuais com prostitutas. Aproximadamente 1/3 destes homens eram casados e os outros 2/3 tinham outra parceira sexual além da prostituta ⁽¹¹⁾.

A fidelidade é um compromisso a dois. Pensando nisto, quão efetivas seriam as estratégias baseadas em mensagens sobre a fidelidade, em sociedades que ainda legitimam padrões diferenciados de conduta para os homens e as mulheres?
Ministério da Saúde,
Trabalho,
Comunicação e
Informação, Santa
Lúcia/ St Lucian
Artist Association



Segundo o médico Geoff Foster, fundador e presidente do AIDS Counselling Trust, no Zimbábue, o “marido infiel” é um dos principais temas dos trabalhos educativos realizados com mulheres que versam sobre a AIDS ⁽¹²⁾. Muitas mulheres se recusam a tomar conhecimento do comportamento sexual de seus parceiros pois não se julgam capazes de mudar a situação. A negação da realidade indica ainda que essas mulheres se sentem também incapazes de dar o primeiro passo no sentido de reagir ao risco que correm.

O uso do preservativo: uma armadilha?

Norah, uma das minhas amigas, pediu-me certa vez um conselho. Ela estava preocupada com a possibilidade de seu marido ter AIDS e lhe transmitir o vírus. Ela sabia que ele saía frequentemente com namoradas para bares e hotéis. Ela não gostava dessa situação mas a encarava como inevitável. Ela nunca disse a ele que sabia de suas namoradas porque ele poderia ficar com raiva.

Eu perguntei a ela se havia pensado em sugerir a seu marido que usassem preservativos. Claro, disse ela, mas mesmo essa sugestão causaria problemas. Seu marido poderia acusá-la de infidelidade ou condená-la por suspeitar de sua fidelidade. Ele se enfureceria e não usaria o preservativo. E se ela lhe pedisse para usar preservativos quando saísse com suas namoradas, revelaria estar ciente do assunto. Também isso faria com que ele ficasse com muita raiva. Perguntei se ela havia conversado com seu marido sobre as maneiras pelas quais a AIDS, em termos gerais, estava atingindo a sua comunidade. Ela respondeu que tentara lhe falar sobre a seriedade da doença, mas que, como outros homens, ele não acreditou que a AIDS existisse no lugar onde morava. Nós finalmente concordamos que tudo o que ela poderia realmente fazer era tentar convencer novamente seu marido de que a AIDS estava cada vez mais presente na comunidade, servindo-se para isto de uma história sobre uma amiga imaginária que teria se contaminado através do seu marido.

Norah ama seu esposo e não quer deixá-lo. Seus filhos precisam do pai e a família precisa de renda para pagar a escola, os livros e as roupas. Seus temores sobre a possibilidade de seu marido contrair o HIV e conseqüentemente vir a contaminá-la têm fundamento. Ela é uma mulher madura e instruída que exerce um trabalho qualificado, mas como é seu marido quem detém o poder dentro do casamento, ela deixa de se proteger contra o HIV.

Wendy Holmes, Zimbábue

Um médico porto-riquenho deparou-se com uma dificuldade semelhante. "Quando começo a falar sobre 'proteção', geralmente me confronto com o silêncio. Quando insisto e falo sobre o uso do preservativo, os ânimos se exaltam. Algumas dessas mulheres sabem que seus maridos têm aventuras às escondidas...se recusam, porém, a admiti-lo. Quando falo em 'proteção', elas se confrontam invariavelmente com a questão da infidelidade. É como se fosse uma armadilha cultural. Além disso, elas acreditam que a mulher não deve perguntar esse tipo de coisa a seu esposo. Acredite-me, trata-se de um problema, mas como podemos convencer as mulheres de que elas estão correndo perigo, ao se colocarem na defensiva tão logo tentamos falar sobre 'proteção' (13)?"

Poucas pesquisas têm sido feitas sobre a incidência da AIDS e sua relação com o estado civil ou outras formas de parceria. A poligamia, por exemplo, é praticada em regiões da África e do Oriente Médio. Uma família tradicionalmente polígama — na qual um homem se casa com várias mulheres e onde o marido e as esposas não têm outros parceiros sexuais — não corre maiores riscos de contaminação do que um casal mútua e permanentemente fiel e monogâmico. Isto já está suficiente-

mente provado. Pelo contrário, algumas pessoas argumentam que casamentos polígamos tendem a gerar menos infidelidade tornando-os unidades familiares mais seguras em relação à AIDS do que os casais monogâmicos. Entretanto, se uma das pessoas da relação polígama for infiel, os riscos são imensuravelmente maiores, podendo afetar todo o grupo. Um outro risco pode existir no momento em que uma nova esposa entra no casamento.

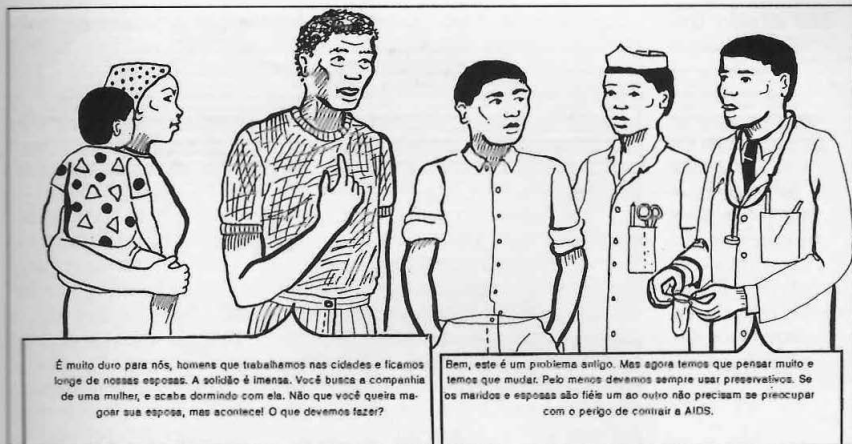
Para as mulheres, as relações sexuais normalmente consideradas como sendo de menor risco são as vividas com outras mulheres. Isto parece muito lógico, pois são poucos os registros de casos de possível contaminação numa relação homossexual feminina. Mesmo assim, nenhuma escolha sexual representa, por si só, uma proteção. O fator risco permanece firmemente ligado a todos os comportamentos sexuais e o sexo oral, por exemplo, é tão arriscado para as mulheres homossexuais quanto para qualquer outra pessoa, assim como acontece com o uso de drogas injetáveis ⁽¹⁴⁾.

Mudando os padrões

O significado e a prática do casamento, e de outras formas de relacionamento socialmente aceitas, não são imutáveis e são diretamente afetados pelos mais diversos tipos de mudanças sociais. Nos países em desenvolvimento, por exemplo, assistimos atualmente a revoluções sociais traumáticas. Estima-se que, entre 1975 e o ano 2000, as comunidades urbanas deverão absorver cerca de um bilhão de pessoas ⁽¹⁵⁾. Segundo a ONU, 80% do crescimento populacional das próximas décadas se dará nas cidades ⁽¹⁶⁾.

A nível mundial, é certo que uma rápida urbanização sempre tem forte impacto sobre os padrões de relacionamento sexual. Nas cidades africanas, por exemplo, a poligamia rural se transformou num novo tipo de relação, na qual os homens têm mulheres fora do casamento ou “esposas informais” com as quais — sem estatuto legal — têm um relacionamento mais estável que um simples namoro. A Sociedade Africana para Mulheres e AIDS (SWAA) faz uma distinção entre a poligamia formal, na qual o homem tem várias esposas legais, e a poligamia informal, onde o homem tem “uma esposa legal e outras mulheres que dele dependem economicamente” ⁽¹⁷⁾.

Para muitos, o êxodo para as cidades é uma fuga do empobrecimento crescente a que estão submetidos no campo. Normalmente empreendida por um único parceiro, mesmo se temporariamente, essa mudança destrói o equilíbrio das relações existentes. Homens que buscam emprego podem ficar separados de suas mulheres por vários meses. Ao mesmo tempo, “muitas mulheres que deixam suas vilas para procurar trabalho nas cidades, sobretudo aquelas sem educação formal, ficam sem rumo quando se vêem sem a família extensiva e sem o suporte da comunidade. Recorrem então à prostituição para



sobreviver economicamente. "Esse é um dilema antigo e universal entre as mulheres pobres, sem educação, que vivem nas áreas urbanas", diz Edda Ivan-Smith, uma jornalista especializada no tema desenvolvimento ⁽¹⁸⁾. "As trabalhadoras da indústria do sexo na Tailândia... são geralmente jovens entre 15 e 20 anos, originárias de comunidades rurais", diz Jon Ungphakorn, diretor do serviço comunitário tailandês. "Muitas delas... fizeram uma opção consciente pela indústria do sexo cedendo a várias pressões e a uma forte sensação de responsabilidade para com suas famílias. Muitas vezes elas são os únicos membros da família em condição de arcar com as dívidas familiares, de proporcionar melhores condições de vida para seus parentes e mesmo de garantir meios de educação básica a seus irmãos e irmãs mais novos... Outras podem ter passado por um casamento fracassado e podem ter um filho para sustentar...", ele acrescenta ⁽¹⁹⁾.

Determinadas práticas sexuais tradicionais também podem contribuir para a propagação da epidemia da AIDS. A SWAA tem desenvolvido uma campanha intensiva de educação para a saúde, conseguindo mobilizar grupos de formadores de opinião, autoridades religiosas e políticas, para que estes alertem as pessoas sobre os riscos associados a certas práticas comuns ⁽²⁰⁾.

No Zâmbia, atividades de educação e aconselhamento contribuíram para a mudança de certas práticas. Tradicionalmente, em muitas regiões do país, a família de uma esposa ou de um marido morto tem a obrigação de preparar o viúvo ou viúva para um novo casamento. Esta "purificação" era usualmente realizada por um membro da família através da relação sexual. Hoje em dia, enquanto permanece a responsabilidade

As mensagens educativas sobre AIDS precisam ser fortemente inspiradas na realidade. Este livro produzido no Zimbábue reconhece que a migração para as cidades em busca de trabalho desestrutura as famílias e altera as relações e as práticas sexuais das pessoas. "AIDS: Vamos lutar juntos contra ela"/ Women's Action Group, Harare, Zimbábue

O sexo seguro é, evidentemente, um sexo sem concepção.

Há ainda um longo caminho a percorrer antes que o preservativo venha proteger a maioria das mulheres do risco de contrair DTs ou AIDS e não apenas da gravidez.

social sobre o viúvo ou viúva, a purificação acontece simbolicamente através de práticas não-sexuais ⁽²¹⁾.

Maternidade

O desejo de ter filhos representa um obstáculo maior para as mulheres que querem se proteger da AIDS. O sexo seguro — sem penetração ou com o uso de preservativos — é, evidentemente, um sexo sem concepção.

Decisões sobre a maternidade não são tomadas por acaso. Cada sociedade, em maior ou menor grau, respeita e atribui status às mulheres no seu papel de mãe. Mulheres sem filhos são estigmatizadas em muitas culturas e, às vezes, castigadas com o abandono ou o divórcio. Os imperativos pessoais e sociais que regem a maternidade — sejam eles quais forem — não desapareceram com a ameaça da AIDS. "O processo de tomada de decisões sobre o uso do preservativo (e outros contraceptivos) está relacionado a um conjunto de influências sociais, econômicas e culturais que, além de muito complexo, é sempre voltado para um reforço do perfil materno das mulheres. Isto ocorre até mesmo quando as mulheres sabem que podem estar contaminadas pelo HIV", diz o antropólogo norte-americano Dooley Worth ⁽⁷⁾.

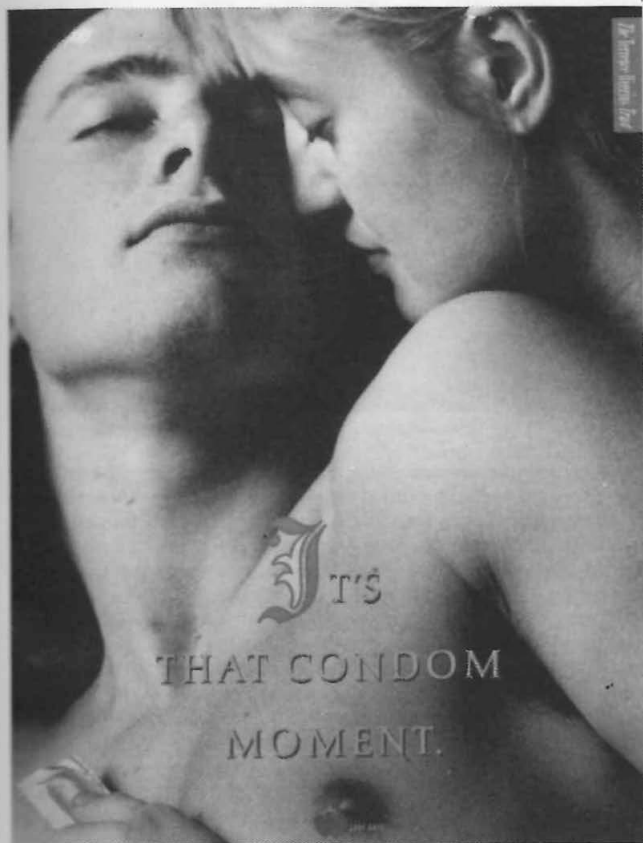
Em Kinshasa, no Zaire, um estudo foi dedicado ao acompanhamento do comportamento sexual de 175 casais em que um dos parceiros estava contaminado. Este estudo registrou o desejo de ter filhos como o motivo mais comum para a interrupção do uso de preservativos. Entre as pessoas que não querem ter filhos, o uso de preservativos é comprovadamente muito alto ⁽⁸⁾. O Capítulo 4 fala com mais detalhes dos problemas relacionados à maternidade entre as mulheres soropositivas.

A opção pela camisinha

A fidelidade ou a abstinência sexual duradouras podem aparecer como opções cada vez mais atraentes na era da AIDS. Mesmo assim, pouco ou nada indica que qualquer uma das duas venha a ser mantida por muito tempo. Nos lugares onde os padrões de comportamento sexual têm mudado, ter poucos parceiros ou praticar a monogamia em série são as opções prediletas.

Algumas pessoas têm feito a opção pelo uso do preservativo influenciadas pelas campanhas educativas sobre a AIDS. Pesquisas laboratoriais mostram que a camisinha impede a passagem do HIV. Usada de forma correta, a camisinha oferece a melhor proteção contra a infecção e alguns estudos mostram a diminuição do nível de incidência da AIDS entre homens e mulheres que a usam com frequência. De acordo com um dos maiores distribuidores mundiais de camisinhas, a *International Planned Parenthood Federation* (IPPF), o uso de preservativo nos países em desenvolvimento tem crescido enormemente.

O mesmo fenômeno se repete nos países do Norte. Na França, Suíça e Grã-Bretanha, imediatamente após campanhas de prevenção e, ao menos durante um determinado período, o



As propagandas não querem mais arruinar com o prazer. As campanhas pelo sexo seguro, até aqui bastante ignoradas pelo público, estão abandonando a estratégia do terrorismo, para enfatizar o erótico. The Terrence Higgins Trust, Londres, Inglaterra

uso e venda de preservativos aumentaram de 5% a 20% ⁽²²⁾. As campanhas de *marketing* social — como por exemplo os comerciais dos anos 90 em que casais bonitos apresentam camisinhas de *design* moderno — também têm sido úteis. Mesmo assim, ainda resta muito trabalho a ser feito para melhorar a imagem do preservativo. O acesso à camisinha também tem sido facilitado. Preservativos não são mais vendidos exclusivamente em barbearias e farmácias, mas podem ser adquiridos também em supermercados ou através de máquinas instaladas em bares, restaurantes e residências estudantis.

O aumento no uso do preservativo deve, porém, ser comparado aos níveis de utilização anteriores. "Há ainda um longo caminho a percorrer antes que o preservativo passe a ser usado por mulheres (ou homens) como prevenção contra as DSTs e a

Em muitas regiões do mundo, as mulheres ou não sabem da existência dos preservativos ou são pobres demais para comprá-los.

*"Pense grande.
Pense camisinha."
Campanha em larga
escala a favor do
preservativo, na
Tailândia. Mas
pensar grande requer
volumosos recursos.
Os estoques
oferecidos pelas
agências
internacionais são
insuficientes e em 48
países
subdesenvolvidos nos
anos 70 e 80, menos
de 5% dos
matrimônios
registram o uso de
preservativos.
Gemini News Service*



AIDS e não apenas para evitar a gravidez", diz Marge Berer, uma escritora que trabalha com o tema mulher e AIDS. "Apenas 13% ou menos das mulheres em idade fértil, casadas ou vivendo uniões estáveis, entrevistadas em 56 países do mundo em desenvolvimento, durante os anos 70 e 80, disseram que usavam a camisinha como contraceptivo. Em 48 desses países, o índice máximo é de 5%. Em todos os países da África e do Oriente Médio que foram pesquisados, menos de 1% das mulheres usava preservativos para evitar a gravidez⁽²⁵⁾. Os países industrializados apresentam os mais altos índices do mundo em matéria de utilização do preservativo. Mesmo assim, estes índices não chegam a atingir 20% das mulheres férteis. O Japão é uma notável exceção", acrescenta Marge Berger⁽²⁶⁾.

Em muitas regiões do mundo, as pessoas, sobretudo as mulheres, ainda não sabem da existência dos preservativos ou são muito pobres para comprá-los. Um estudo feito sobre o acesso às camisinhas na área rural de Uganda concluiu que a maioria das pessoas jamais as utilizaram e que 15% nunca tinha ouvido falar de sua existência⁽²⁵⁾. No Senegal, prostitutas das comunidades mais pobres do país descobriram que o preço de uma única camisinha equivale a dois terços da remuneração que podem cobrar pelo sexo⁽²⁶⁾. A necessidade de fornecimento gratuito ou subsidiado de preservativos nos países em desenvolvimento é enorme, e estes países dependem, para isto, das agências financiadoras do ocidente. A USAID (United States Agency for International Development) fornece anualmente 500 milhões de preservativos para os países subdesenvolvidos, ou seja, um terço do atual consumo global. Esse número não corresponde, porém, nem mesmo a um preservativo por ano para cada homem entre 15 a 49 anos de idade⁽²⁷⁾. O médico

Samuel Okwara, diretor do Programa Nacional de Controle da AIDS de Uganda, comentou que a doação de dois milhões de preservativos feita pela USAID em 1988 "não foi suficiente nem mesmo para que um terço da população adulta pudesse ter uma única relação sexual" ⁽²⁸⁾.

Marge Berer diz: "para poder promover o preservativo como uma solução contraceptiva mais definitiva, as pessoas que trabalham com planejamento familiar devem poder contar com um fornecimento ilimitado. Como muitos países em desenvolvimento não dispõem deste tipo de abastecimento e enfrentam, além disto, enormes carências, as instituições internacionais que promovem o planejamento familiar recomendam que as pessoas em risco de contrair AIDS continuem a utilizar os métodos anticoncepcionais por elas escolhidos, usando além disso as camisinhas para protegerem-se contra DSTs/HIV sempre que elas estiverem disponíveis", ela acrescenta ⁽²⁹⁾.

A razão pela qual muitas mulheres deixam de usar preservativos para se proteger do HIV é a mesma pela qual deixam de tomar medidas para evitar a gravidez: tanto uma opção quanto a outra dependem da aprovação de seus parceiros. "Coube à mulher a responsabilidade de reivindicar o uso da camisinha nas relações heterossexuais", diz Jane Galvão, uma antropóloga brasileira. "A mulher tem que dar ao preservativo uma conotação erótica (aqui ele é conhecido como 'camisinha de vênus', nome que traz claras conotações femininas); a mulher tem ainda que escolher o melhor momento, lugar etc. e 'implorar' para que seu parceiro use o preservativo. A mulher pode seguir à risca todas as recomendações dos propagandistas do sexo seguro e das práticas de saúde mais sensatas, mas o homem continua a ser aquele que sempre pode dizer 'não' ⁽³⁰⁾".

O preservativo feminino

Um método novo, ainda em desenvolvimento, o preservativo feminino, apresenta uma enorme vantagem: seu uso pode ser diretamente controlado pelas mulheres, livrando-as, ao menos em certa medida, da necessidade de negociar o sexo seguro. Os planejadores familiares argumentam que o homem sempre saberá se a mulher está usando o preservativo feminino e que, portanto, o problema da falta de cooperação entre parceiros não estaria totalmente eliminado. O preservativo feminino é inserido na vagina como um diafragma ou capa cervical e se fixa no local através de um anel externo. Ainda fase de testes nos Estados Unidos e na Europa, não está disponível para uso comercializado ⁽³¹⁾.

As primeiras experiências sugerem que o preservativo feminino seria uma alternativa viável como substituto da camisinha de vênus e que, com ele, a exposição ao esperma é significativamente inferior, já que envolve menor risco de vazamentos ou de deslocamentos. O preservativo feminino teria ainda uma durabilidade maior e seria mais resistente, porque é feito de poliuretano e não de látex. Além disto, ele não seria suscetível à deterioração

O preservativo feminino, aprovado nos Estados Unidos no final de 1992. Trará ele, para as mulheres, maiores possibilidades de escolha ou maiores responsabilidades?



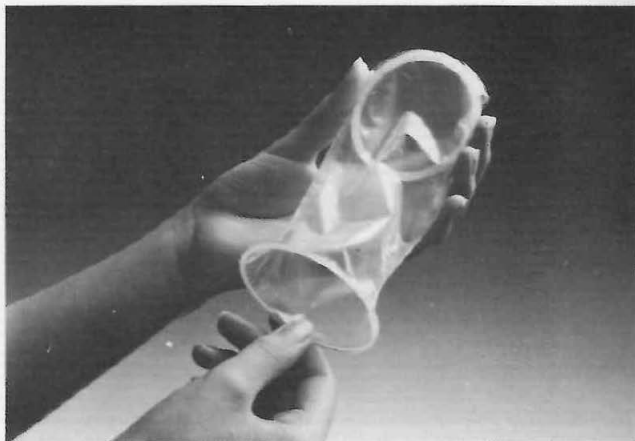
promovida por óleos lubrificantes, uma das causas mais comuns do rompimento das camisinhas. Se estudos futuros confirmarem essas expectativas, seria possível provar que o preservativo feminino é pelo menos tão eficaz quanto o masculino no que se refere à prevenção contra a AIDS. As companhias que vêm desenvolvendo o modelo prevêem que o preservativo feminino estará disponível para uso nos Estados Unidos e na Europa a partir do fim de 1993 ⁽³²⁾. Pesquisas-piloto também estão sendo feitas nos países em desenvolvimento. Alguns educadores que trabalham com a AIDS lembram porém, preocupados, que o novo preservativo pode transferir para a mulher toda a preocupação com relação à prevenção da doença.

Viricidas

Se o uso de preservativos não for possível, uma alternativa para a mulher pode ser a utilização do diafragma ou de uma capa cervical juntamente com um espermicida, como o Nonoxynol (NO9), que também funciona como um viricida, ou seja, um exterminador de vírus. Muitos educadores da área de saúde e alguns programas de saúde pública têm recomendado o uso do NO9 ou de outros viricidas junto com preservativos para garantir uma maior proteção contra o HIV ⁽³³⁾.

Embora testes laboratoriais tenham provado que o NO9 extermina o HIV, este mesmo resultado não tem sido alcançado quando o espermicida é usado por mulheres. Outra fonte de preocupação reside no fato do NO9 ser um detergente, podendo causar irritações tanto em homens quanto em mulheres, o que, conseqüentemente, faz crescer o risco de transmissão do HIV. Um estudo desenvolvido no Canadá, em 1989, revelou que em um grupo de pessoas que usava camisinhas lubrificadas com o NO9, mais da metade experimentou efeitos colaterais, como irritações,

O preservativo feminino, aprovado nos Estados Unidos no final de 1992. Trará ele, para as mulheres, maiores possibilidades de escolha ou maiores responsabilidades?



promovida por óleos lubrificantes, uma das causas mais comuns do rompimento das camisinhas. Se estudos futuros confirmarem essas expectativas, seria possível provar que o preservativo feminino é pelo menos tão eficaz quanto o masculino no que se refere à prevenção contra a AIDS. As companhias que vêm desenvolvendo o modelo prevêem que o preservativo feminino estará disponível para uso nos Estados Unidos e na Europa a partir do fim de 1993 ⁽³²⁾. Pesquisas-piloto também estão sendo feitas nos países em desenvolvimento. Alguns educadores que trabalham com a AIDS lembram porém, preocupados, que o novo preservativo pode transferir para a mulher toda a preocupação com relação à prevenção da doença.

Virícidas

Se o uso de preservativos não for possível, uma alternativa para a mulher pode ser a utilização do diafragma ou de uma capa cervical juntamente com um espermicida, como o Nonoxynol (NO9), que também funciona como um virícida, ou seja, um exterminador de vírus. Muitos educadores da área de saúde e alguns programas de saúde pública têm recomendado o uso do NO9 ou de outros virícidas junto com preservativos para garantir uma maior proteção contra o HIV ⁽³³⁾.

Embora testes laboratoriais tenham provado que o NO9 extermina o HIV, este mesmo resultado não tem sido alcançado quando o espermicida é usado por mulheres. Outra fonte de preocupação reside no fato do NO9 ser um detergente, podendo causar irritações tanto em homens quanto em mulheres, o que, conseqüentemente, faz crescer o risco de transmissão do HIV. Um estudo desenvolvido no Canadá, em 1989, revelou que em um grupo de pessoas que usava camisinhas lubrificadas com o NO9, mais da metade experimentou efeitos colaterais, como irritações,

dormências ou queimaduras ⁽³⁴⁾. Uma pesquisa feita no Quênia com 98 mulheres não-contaminadas, demonstrou que o NO9 foi ineficiente na prevenção da AIDS quando utilizado em forma de supositórios ou em esponjas vaginais e que — apesar de ter sido associado a uma diminuição dos casos de gonorréia — o viricida pode ter sido também o responsável pelo aumento da ocorrência de úlceras genitais e de doenças relacionadas à AIDS ⁽³⁵⁾. Entretanto, esses dois estudos foram feitos com mulheres que trabalhavam como prostitutas e que estão, por isto, muito expostas ao risco de contrair DSTs. Além disto, essas mulheres se serviram do NO9 com uma frequência superior àquela que seria a frequência de uso normal para a população em geral. Atualmente, alguns laboratórios tentam desenvolver viricidas alternativos que não sejam detergentes.

“Use preservativos ou cruze os dedos”

Segundo o projeto *Mulheres, Risco e AIDS* (WRAP), que vem se desenvolvendo em Londres, as campanhas pelo sexo seguro que têm as mulheres como público alvo só serão eficientes se levarem em consideração as relações de poder baseadas no gênero, que limitam o leque de opções comportamentais das mulheres na esfera das relações sexuais. Entrevistas realizadas pelos pesquisadores da WRAP com cerca de 500 mulheres de 16 a 21 anos de idade mostraram que a atividade sexual das entrevistadas era em grande parte determinada pelos homens. Muitas mulheres jovens disseram ter tido relações sexuais com penetração, mesmo quando o preferissem de outra forma, cientes de que seria uma maneira de evitar a AIDS. Essa contradição flagrante ocorre porque muitas mulheres definem o sexo, em geral, de acordo com aquilo que dá prazer ao homem, ou seja, a penetração. Agindo desta maneira, elas terminam por deixar de lado suas próprias preferências.

Uma mulher jovem afirmou que ela e seu namorado nunca falavam sobre sexo e que ela se sentia incapaz de dizer a ele o que a satisfazia sexualmente. Uma outra mulher, quando lhe perguntaram se seu relacionamento sexual era satisfatório ou prazeroso, respondeu: “Bem...nas relações sexuais que já tive...nunca aconteceu o que está escrito nos livros. Eu tenho certeza de que poderia ter sido bem melhor, mas, foi legal.”

Segundo alguns pesquisadores, o controle masculino sobre os encontros sexuais vão além das decisões sobre a relação e o prazer sexuais. Ao descrever sua primeira experiência com o uso de preservativos, uma jovem mulher afirmou que seu namorado estava certo de que a camisinha tinha que ser estourada antes do uso. Mesmo tendo fortes dúvidas sobre isso, ela deixou que suas opiniões fossem sobrepujadas pela suposição de que “os homens sabem mais”.

Alguns mulheres explicaram que elas, ou seus parceiros, se opunham ao uso do preservativo porque estavam convencidos de que não corriam risco de engravidar ou de pegar uma DST. Outras temiam perder ou magoar seus namorados e “empregavam um método baseado no ‘use preservativos ou cruze os dedos’ — isto quer dizer que usavam preservativos quando disponíveis e quando os parceiros concordavam, mas iam em frente de qualquer maneira quando isto não acontecia ⁽⁶¹⁾”.

Renée Danziger, Reino Unido

Negociando o sexo seguro

As camisinhas são apenas um lado do sexo seguro, mas outras soluções alternativas que podem substituir a penetração, como o sexo oral ou a masturbação mútua, também levantam alguns problemas. "Na minha opinião, é ainda mais difícil falar do sexo sem penetração do que em camisinha. Por que? Eu penso que, ao menos parte dessa resposta reside no fato de que, desde a primeira referência sexual na escola, nós criamos hipóteses sobre o que é de fato um encontro sexual entre um homem e uma mulher", diz Ceri Hutton, responsável oficial pela política de desenvolvimento do Fundo Nacional da AIDS na Grã-Bretanha ⁽³⁶⁾. "Há um consenso masculino bem estabelecido sobre o que é 'fazer o sexo', e este consenso inclui geralmente a penetração vaginal", concorda a pesquisadora Gloria Mock. Outras formas de prazer sexual são freqüentemente vistas como imaturas ou não completamente satisfatórias ⁽³⁷⁾.

Os prós e contras do uso de preservativos são geralmente reflexo de muitas das questões relacionadas às decisões sobre práticas sexuais com as quais os educadores do planejamento familiar têm se confrontado ao longo dos anos. Pesquisas desenvolvidas com mulheres de várias partes do mundo demonstram que as decisões finais sobre quando e como fazer sexo são predominantemente tomadas pelos homens, e que estes freqüentemente se opõem ao uso de preservativos. "A norma que prevalece", diz a Dra. Mindy Fullilove, uma psicóloga norte-americana que dirige o programa de pesquisa multicultural sobre a AIDS, "é que o homem toma a iniciativa da relação sexual e a mulher corresponde. Isso deixa a mulher em desvantagem para qualquer negociação sobre o sexo." A reivindicação do uso de preservativos pouco ou nunca se faz ouvir entre as mulheres. "O poder que a mulher possui é o de negociar, implorar, suplicar, enquanto que ao homem é reservado o poder de recusar", diz a antropóloga brasileira Jane Galvão ⁽³⁸⁾.

As justificativas dadas pelos homens para a não-utilização de preservativos variam do desconforto à diminuição do prazer. "Usar o preservativo não é natural, deixa de ser bonito, não é prático, não é poético", foi o comentário de um britânico ⁽³⁹⁾. Mas prostitutas de vários países afirmam saber como colocar um preservativo em um cliente antes que ele possa perceber, e homens que usam a camisinha dizem que logo se acostumam com ela.

A resistência ao uso do preservativo não é contudo exclusiva dos homens. Para muitas mulheres, os preservativos têm significados que constituem poderosos fatores de desestímulo. As camisinhas não são apenas vistas como contraceptivos ou como proteção contra doenças sexualmente transmissíveis. Elas estão associadas também com a promiscuidade ou com o sexo clandestino. "É difícil para uma mulher propor a seu marido ou parceiro que pratique o sexo seguro usando o preservativo.

Como esposa, ela pode ser chamada de libertina ou levar seu marido a pensar que ela o está acusando de infidelidade”, declara o SWAA no relatório de sua conferência inaugural ⁽⁴⁰⁾. Segundo Carmem Chavez, que é ligada a um programa de AIDS de bairros latinos de São Francisco, não é fácil fazer a propaganda do preservativo entre mulheres latinas solteiras. Sua utilização “é coisa de putas”; a implicação é a de que uma mulher que traz preservativos consigo está “a fim de sexo” ⁽⁴¹⁾.

Numa relação duradoura, a adoção repentina do preservativo, antes não usado pelo casal, pode “ameaçar a confiança que está implícita, quer ela exista ou não, uma vez que o preservativo, para muitas pessoas, é um símbolo de atividade sexual extraconjugal. Sua utilização implica na mensagem não-consciente de que: ‘Você não é o único com quem estou fazendo sexo’... O desejo de se evitar esse tipo de sentimento é o principal obstáculo ao uso do preservativo”, diz o antropólogo norte-americano Dooley Worth ⁽⁴²⁾.

Para milhões de mulheres, a falta de informações sobre o HIV representa o principal obstáculo à sua proteção.

O poder de escolha

A falta de informação sobre a AIDS é, em todo o mundo, o principal obstáculo à proteção das mulheres. À pergunta sobre o que faria se suspeitasse que um de seus clientes tem AIDS, uma mulher de 16 anos que trabalhava nos bordéis de Pattaya, na Tailândia, respondeu que faria com que ele tomasse um bom banho ⁽⁴³⁾. Profissionais do atendimento básico à saúde já sabem há muito tempo que, entre as mulheres, níveis precários de alfabetização e de renda estão associados a uma saúde materno-infantil também precária. Não é de surpreender que o mesmo aconteça em relação à AIDS.

Informação: acesso e ação

Mulheres que vivem em áreas de atendimento precário à saúde não têm à sua disposição informações sobre a infecção pelo HIV. Para muitas outras as informações podem até existir mas tornam-se inacessíveis devido às circunstâncias. Para uma pesquisadora indiana, a educação sobre a AIDS não poderá funcionar enquanto não levar em conta que muitas mulheres vivem isoladas ⁽⁴⁴⁾, fora do alcance das mensagens que lhes são dirigidas.

Os baixos níveis de alfabetização feminina são os maiores obstáculos em muitos países. “Empowerment não pode se dar a partir do nada. Na nossa sociedade a maioria das mulheres é analfabeta, o que faz com que a difusão da informação sobre a AIDS se torne muito mais difícil... As mulheres africanas sofrem da dependência econômica e de grandes obstáculos sócio-culturais: tabus religiosos, culturais e étnicos que tornam impossível a discussão de algumas questões...” comentou um delegado da conferência do SWAA em 1990 ⁽⁴⁵⁾.

O isolamento doméstico é outro fator significativo. Nas áreas rurais dos países em desenvolvimento, as mulheres trabalham

Limitações culturais sobre a escolha: o caso da Índia

As epidemias são, por definição, de difícil controle. Mais difícil ainda é acabar com uma epidemia cujo controle passa pela mudança de comportamentos sexuais, quando esse tema não é muito discutido. Na Índia, sexo é o maior de todos os segredos. Mas, como mostram as esculturas de pedra de Khajuraho, as coisas nem sempre foram assim. Mesmo o Kamasutra, conhecido como o mais abrangente tratado sobre sexo, é de origem indiana. Ocorre que, ao longo dos últimos séculos, diversas influências culturais e transformações sociais contribuíram para fazer do sexo um assunto proibido.

O homossexualismo oficialmente não existe. "Venha comigo qualquer noite e eu lhe mostrarei pelo menos três homens famosos que estarão tentando estabelecer contatos homossexuais", desafia Ashok Row Kavi, um jornalista que vive em Bombaim, onde edita a primeira revista indiana dirigida a homossexuais. A maioria dos homossexuais é casada, tem filhos e vive, normalmente, vidas duplas. Em alguns casos, a esposa pode até saber, mas ela convive com o fato para preservar o casamento e, conseqüentemente, sua identidade no grupo social.

As doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) são tão comuns na Índia quanto em qualquer outro lugar do mundo, mas entre as milhares de organizações voluntárias do país muito poucas trabalham na prevenção às DSTs. A prostituição é um negócio de grandes proporções. A cada ano, 300.000 mulheres são atraídas pela profissão, entretanto, não existe nenhum sindicato ou organização corporativa que as represente.

Mesmo que homens e mulheres sofram as conseqüências de uma moral sexual dominante, é sobre as mulheres que recai o peso maior. Supõe-se automaticamente que a mulher solteira deve ser virgem, enquanto dos homens, espera-se que cheguem "experientes" ao casamento. Essa dicotomia confunde até mesmo os homens. Frequentar prostitutas é uma opção que se oferece aos homens antes do casamento e também dentro de relacionamentos onde existe falta de privacidade, grande número de filhos ou condições econômicas precárias. Nestas situações, a relação com uma prostituta passa a ser um luxo que os homens se permitem, normalmente sem o uso de preservativos.

"Se a proporção de prostitutas com DSTs é alta, isto ocorre porque elas não usam preservativo", explica o Dr. Sundar, psiquiatra que trabalhou com prostitutas em Madras. As mulheres dizem que a maioria dos homens não usa preservativos por acreditar que eles diminuem o prazer sexual. A mulher não tem poder para exigir o uso da camisinha, já que normalmente não tem instrução, é pobre e dominada pelo sistema criado pelos policiais, políticos e cafetões que controlam o negócio. "Assim, elas são constantemente reinfectadas e transmitem obviamente a infecção para seus clientes. Enquanto os homens não forem educados em relação às DSTs — e agora especialmente a AIDS — não faz sentido falar de intervenção. Essa intervenção deve começar pelo cliente masculino," diz uma assistente social de Madras.

Uma das razões para a atitude despreocupada das pessoas em relação às DSTs se deve possivelmente ao fato de que a penicilina foi descoberta no momento exato em que estas doenças surgiram no país. "A Europa já tinha passado por uma longa história de DSTs antes da descoberta da cura e por isso as pessoas aprenderam a tomar precauções. Este não foi o nosso caso e por esta razão a transmissão heterossexual será a principal forma de transmissão do HIV em nosso país", conclui Sundar.

O preservativo é geralmente visto como um contraceptivo utilizado para o planejamento familiar e, conseqüentemente, não encontra espaço no relacionamento das prostitutas com seus clientes. Há limites para sua utilização até mesmo dentro dos casamentos. "O problema básico é que as pessoas não sabem como descartá-lo", admite o Dr Balakrishna da Associação de Planejamento Familiar da Índia. "Os camponeses não usam latrinas com sistema de descarga sanitária; não usam nem banheiros. Além do mais dormem todos num só quarto — pais, filhos, avós e talvez até uma irmã ou um irmão solteiros. Se o sexo por si só já é um ato furtivo, do uso do preservativo então nem se fala!"

A despeito das profundas diferenças que caracterizam a casta e a classe a que pertence o indivíduo, diferenças de educação e afiliação política, as mulheres indianas, como um todo, sofrem da falta de acesso a informações concretas sobre sexo e da limitação em termos do comportamento sexual. É impressionante como não existe educação sexual nas escolas em nenhum nível.

Veena, executiva que possui uma agência de publicidade em Madras, afirma: "A primeira vez que eu e meu marido fomos até o fim numa relação sexual foi na noite do nosso casamento. Nós nos casamos por amor: ele foi educado no Ocidente; eu sou uma profissional pós-graduada. Somos liberais, ambos progressistas, mas com relação ao sexo... nós simplesmente não conseguíamos encontrar um meio de vivê-lo sem arriscar uma gravidez. Ele não queria usar preservativos, eu não queria tomar a pílula e minha médica desaconselhava o uso do DIU para quem ainda não tivesse tido filhos. Na verdade, ela ainda tentou nos persuadir a ter imediatamente um bebê, embora eu tivesse apenas 22 anos. 'Você pode dar um tempo maior antes de ter o segundo filho', ela me aconselhou. Foi exatamente assim que tudo funcionou, embora eu quisesse ter sido mais cuidadosa desde o começo. Eu simplesmente não sei como ou com quem falar sobre isso."

Viji, filha de um importante proprietário de terras da área rural de Karnataka, também se viu sem opções. Ela deixou a escola aos 17 anos para se casar com um engenheiro de 22 anos em Bangalore. "Tive meu primeiro filho com 18 anos, três anos depois já tinha mais dois e optei pela esterilização quando completei 22 anos. Contraceptivos? Para quê? Nós tínhamos certeza de que não queríamos ter mais filhos, e assim a melhor coisa a fazer era a operação. Talvez nós pudéssemos ter usado algo antes do nosso primeiro filho, talvez, se ele tivesse falado sobre o assunto... Eu simplesmente não sabia de nada e eu não podia nem mesmo sonhar em falar sobre sexo com ele naquela época."

Nos poucos casos em que os casais decidem evitar filhos, a mulher geralmente coloca um DIU. Mas, geralmente, essa decisão é algo que deve ser aprovado pelas pessoas mais velhas da família — e muitas não o fazem. "Por que evitar filhos? Tenho-os enquanto você é jovem e depois resolva o problema de uma vez por todas com uma operação," insiste uma velha camponesa de Alampundi. A jovem grávida sentada ao seu lado ri embaraçada, mas concorda balançando a cabeça. E com relação ao fato de dar um tempo para ter o primeiro filho? "As pessoas vão achar que sou impotente se eu não tiver um filho logo no primeiro ano," diz rindo seu marido.

As mulheres que fazem parte de pequenas comunidades parecem estar em situação mais vantajosa. "Ao menos elas sabem o que significa um ato sexual e as relações íntimas são, de certa maneira, discutidas, sobretudo entre as pessoas do mesmo status inclusive entre as mulheres. Mas as discussões nunca acontecem entre pessoas de sexos diferentes, o que reforça a divisão básica que existe entre eles," afirma a assistente social Venkatesh. "Opções? Você se casa, faz sexo na primeira noite, concebe dentro de poucos meses, tem outras três ou quatro crianças ao longo dos próximos anos e, provavelmente, se esteriliza ao fim de tudo. O que mais poderia ser discutido? Compreende-se que o homem pode ter casos. E se ele continua a cuidar da família, está tudo bem. Se ele pega uma DST, ele vai sozinho a uma clínica particular e toma uma dose de penicilina, mantendo tudo no anonimato. Assim, as coisas voltam ao normal."

Shyamala Nataraj, Índia

Na maioria das relações, o nível de comunicação sobre o sexo e a sexualidade é definido socialmente e não individualmente.

pesado durante longos períodos e têm pouca oportunidade de absorverem informações de utilidade pública e provenientes de programas educativos. Nas áreas urbanas, as mulheres, mais que os homens, tendem a se manter em casa, longe do alcance de campanhas públicas de saúde ou daquelas feitas nos locais de trabalho. Esse isolamento é maior ainda para aquelas pessoas que não fazem parte da cultura dominante. Nos Estados Unidos, por exemplo, entre as imigrantes mexicanas, aquelas que menos se integraram à sociedade eram também as que tinham o menor nível de conhecimento sobre AIDS ⁽⁴⁶⁾.

Um lugar onde o aconselhamento sobre os riscos do HIV poderia ser oferecido com facilidade às mulheres são as clínicas que fazem o pré-natal, mas as mulheres mais necessitadas são justamente aquelas que menos se beneficiam desse tipo de assistência. "Em nossas comunidades", diz Sallie Perryman do Instituto de AIDS do Departamento de Saúde de Nova York, falando sobre mulheres negras do Brooklyn, "30% das mulheres não recebem atendimento pré-natal. Quando chegam ao hospital é para fazer o parto. Que tipo de conselho podemos lhes dar nesse momento ⁽⁴⁷⁾?" Algumas mulheres só vêm obter alguma informação sobre a AIDS depois que tiveram filhos. "Muitas vezes as mulheres estão infectadas e não sabem. Frequentemente, só tomam conhecimento deste fato quando seus filhos, já doentes, são diagnosticados", diz a professora Constance Wofsy, co-diretora das atividades sobre a AIDS no Hospital Geral de São Francisco ⁽⁴⁸⁾.

Oferecer acesso à informação sobre a AIDS é um passo fundamental, mas mudar o comportamento requer um esforço ainda maior. Muitas mulheres, apesar de conscientes do perigo da infecção pelo HIV, não conseguem tirar vantagem da informação que recebem. Até mesmo mulheres que demonstram maior conhecimento e segurança sobre a sexualidade podem se sentir inseguras ao serem confrontadas com esta questão ⁽⁴⁹⁾. Além do mais, para convencer seu parceiro a praticar o sexo seguro ou menos arriscado, a mulher tem que expressar claramente o que ela quer e por que. "Em todo relacionamento, o nível de comunicação sobre o sexo e a sexualidade, assim como a prática sexual em si, são na maioria das vezes definidos socialmente e não individualmente", diz a escritora Marge Berer ⁽⁵⁰⁾. O antropólogo norte-americano Dr. Dooley Worth defende uma "igualdade sexual relativa" como fator essencial para qualquer programa de prevenção da AIDS que se baseie no poder de decisão sexual da mulher ⁽⁵¹⁾.

O fator pobreza

A pobreza das mulheres implica normalmente no aumento do risco de contaminação pelo HIV, devido à dificuldade de acesso não somente às informações sobre saúde, como também aos serviços de saúde especializados no tratamento das DSTs e na distribuição de preservativos. Mulheres de baixa renda não têm condições de comprar preservativos. Além disto, a dependência

econômica vem sempre enfraquecer suas posições na negociação com parceiros sexuais.

A pobreza influencia de maneira complexa as atitudes que levam a práticas de risco. Alguns educadores afirmam que as mensagens sobre a AIDS não serão levadas a sério se a doença não for considerada dentro de um contexto mais amplo. Marie St Cyr, uma orientadora que trabalha na periferia de Nova York, pergunta: "Se as únicas válvulas de escape são as drogas e o sexo — que lhes oferecem uma rara chance de se sentirem como seres humanos — e se ambas estão fortemente ligadas à AIDS, de que serve falar de prevenção da AIDS sem se referir à realidade da qual as pessoas estão tentando fugir ⁽⁵²⁾?" Na medida em que elas são obrigadas a investir muita energia na solução de problemas relacionados à sobrevivência básica, tendem a ignorar uma doença que pode não se manifestar durante anos ⁽⁵³⁾. Muitos são os fatores inerentes à pobreza que podem fazer sombra à AIDS. "Essa tal de AIDS não é nada. O que me preocupa é saber se vou ter onde dormir hoje à noite e se ele vai me bater", diz uma norte-americana grávida que tinha AIDS. Ela estava sendo mantida à base de metadona (tratamento específico para viciados em heroína), e vivia com seu violento parceiro num prédio abandonado ⁽⁵⁴⁾.

"A falta combinada de opções econômicas, sociais, culturais, sexuais e tecnológicas, faz com que mulheres vulneráveis concentrem sua atenção nos riscos mais imediatos que já fazem parte de suas vidas: a pobreza, a falta de moradia e o freqüente desmoroamento dos seus esquemas de suporte sócio-econômico", conclui um estudo sobre a resistência ao uso de preservativos, feito junto a mulheres vivendo situações de alto risco ⁽⁵⁵⁾.

Prostituição: mulheres perigosas ou mulheres em perigo?

Os perigos da dependência econômica são ainda mais sentidos pelas mulheres que nunca puderam desenvolver aptidões que lhes dessem chance de ganhar a vida, incluindo-se aí mulheres que se casam cedo e enfrentam mais tarde o colapso do casamento. Numa situação de extrema dificuldade econômica, muitas mulheres acabam optando pela prostituição como maneira de garantir o seu sustento e o de suas crianças. O termo "prostituição" pode ser usado em um contexto muito amplo mas, muitas vezes, é usado erroneamente. Os limites entre as várias situações são muitas vezes obscuros: a troca de sexo por dinheiro ou bens materiais — presentes e roupas, por exemplo — pode ser comum em muitos relacionamentos que não são vistos pelos parceiros como prostituição.

Entretanto a prostituição vista como um negócio, como a venda do sexo a um cliente (geralmente) masculino, ilustra as maneiras pelas quais as circunstâncias sociais podem pôr as mulheres em risco. Mundialmente, mulheres da indústria do sexo

**No dia a dia,
muitas
mulheres são
obrigadas a
escolher entre
um prato de
comida e o
risco de uma
possível
contaminação.**

vivem e trabalham em condições bastante diferentes e o nível de controle que exercem sobre suas próprias vidas varia enormemente de acordo com o contexto. Uma "menina de programa" bem educada, de Nova York, que vive em apartamento próprio e impõe regras a seus clientes, pode recusar com maior facilidade o envolvimento em práticas sexuais que possam prejudicar sua saúde. Entretanto, muitas das mulheres mais pobres do mundo não podem fazer o mesmo. Em alguns países, a alta prevalência do HIV entre grupos de mulheres que trabalham como prostitutas revela a proximidade com a qual a AIDS acompanha a pobreza. "No fim de 1989, cerca de 10% das trabalhadoras do sexo oriundas do meio popular estavam contaminadas... a contaminação entre prostitutas de classes sociais mais altas era em média de 2%", diz Jon Ungphakorn, diretor do serviço voluntário tailandês ⁽⁵⁶⁾.

A prostituição é parte integrante da economia formal e informal dos países no mundo inteiro. Ela pode ser um grande negócio, embora, usualmente, não o seja para as trabalhadoras, e resulta, não da pobreza em si, mas da desigualdade econômica ⁽⁵⁷⁾. Na Tailândia a indústria do sexo cresceu bastante durante as últimas três décadas, devido ao desenvolvimento e ao crescimento econômico do país. Estima-se que dezenas de milhares de tailandeses e turistas estrangeiros se utilizam desse serviço. Algumas agências de turismo européias, japonesas e norte-americanas oferecem pacotes de férias que atraem especialmente por suas ofertas sexuais. Mulheres tailandesas fizeram manifestações em 1987 para denunciar que o governo do país gastava, por ano, 20 vezes mais com a promoção do turismo do que com atividades de prevenção da AIDS ⁽⁵⁸⁾.

Muitas das mulheres em situação de alto risco — particularmente mulheres dos países mais pobres do mundo subdesenvolvido — vivem em extrema pobreza e não recebem informação sobre o sexo seguro. Preservativos geralmente são caros ou inacessíveis. Os clientes podem não se dispor a usá-los e preferem ir embora, ou pagar mais pelo sexo sem proteção.

Dizer a uma mulher que ela não deve arriscar relações sexuais sem proteção é como pedir o impossível. Esta recusa pode impossibilitá-la de manter-se a si própria e a seus filhos. "Para muitas mulheres trata-se de confrontar a possibilidade de contaminação com a sobrevivência naquele dia em particular... inevitavelmente elas optam pela sobrevivência, sob o risco da infecção", diz Dr. John Chikwem ao discutir programas de redução de risco junto a prostitutas nigerianas ⁽⁵⁹⁾.

Em países ricos e industrializados, as mulheres da indústria do sexo têm mais acesso a informações e preservativos. Para trabalhadores do sexo que não convivem com outros fatores de risco, o uso regular de preservativos resulta em baixa incidência de DSTs, inclusive da AIDS. Além disso, o sexo oral e a estimulação manual que representam, respectivamente, a diminuição e a eliminação total dos fatores de risco, são os serviços sexuais requisitados com maior frequência às prostitutas nas ruas dos Estados Unidos ⁽⁶⁰⁾.

Uma escolha individual?

As relações sexuais dos indivíduos são talvez a parte mais pessoal e íntima de suas vidas, ainda que sejam moldadas e reflitam valores fundamentais da sociedade. Circunstâncias sociais e econômicas, aliadas às arraigadas e difundidas crenças sobre a natureza passiva da sexualidade feminina e sobre os valores circunscritos à maternidade, combinam-se em várias sociedades, reduzindo as possibilidades de controle que as mulheres têm sobre seu próprio corpo e, no caso da AIDS, sobre seus próprios destinos.

INFECÇÃO PELO HIV, REPRODUÇÃO E MATERNIDADE

“**M**uitas vezes encontro-me no papel de consultora informal sobre AIDS, de quem se espera respostas sobre comportamentos de risco, sobre a vida e seu significado, sobre a morte. São questões grandes demais para qualquer pessoa responder ...Muitas vezes eu tive o prazer ambíguo de ser tratada como uma educadora da área de saúde enquanto estava deitada no leito de um hospital, e só queria ser pequena, frágil, ser cuidada como paciente...”, diz Amanda Heggs, uma britânica de seus trinta anos, que foi diagnosticada com o vírus da AIDS, em 1986, na Dinamarca. Ela continua: “Eu acredito que... muitos... problemas surgem porque essas enfermeiras, muitas delas mulheres que estão na mesma faixa etária que eu, se identificam comigo. Diante de uma mulher de classe média, que não consome drogas e que é soropositiva, fica impossível para elas negar que também são potencialmente vulneráveis ao HIV. Uma auxiliar de enfermagem me disse que, na última vez que estive hospitalizada, ela foi incapaz de vir até meu quarto: estava esperando pelo resultado de seu próprio teste anti-HIV e não ousava se confrontar com uma mulher soropositiva (1).”

Doenças por HIV nas mulheres

Nos países mais industrializados, onde poucas mulheres adoeceram com AIDS durante os primeiros anos da epidemia, os sistemas e serviços públicos, assim como as idéias mais divulgadas sobre o problema, forjaram a imagem da AIDS como doença de homens, mais precisamente como uma doença de homossexuais masculinos. Hoje em dia, no mundo, a proporção de mulheres atingidas está aumentando rapidamente. Mesmo assim, a consciência sobre o impacto que a AIDS tem sobre as mulheres é ainda precária. A mesma negligência se faz notar no que diz respeito à estruturação dos serviços de apoio à mulher que se fazem cada vez mais necessários.

Por volta de 1985, muitas das informações relativas à trajetória da infecção pelo HIV e ao espectro de problemas provocados pela epidemia da AIDS entre as mulheres baseavam-se em demorados estudos dos casos registrados entre os homens. Mais tarde,

ficou evidente que a infecção pelo HIV em mulheres tem algumas características diferentes. "Nossa necessidade de informação relativa à mortalidade, à morbidez e aos efeitos específicos da AIDS/HIV em mulheres é desesperadora... é óbvio que determinadas questões relacionadas ao sexo — como, por exemplo, a da relação entre a AIDS e o câncer cervical — requerem uma atenção especial. Precisamos começar a investigar seriamente essas questões", afirma a Dra. Constance Wofsy, co-diretora do Hospital Geral de São Francisco ⁽²⁾.

O desenvolvimento básico da infecção e da doença pelo HIV é o mesmo em homens e mulheres. Os médicos o caracterizam em quatro etapas (ver Capítulo 1): uma onda de fraqueza e mal-estar se faz sentir geralmente logo após a contaminação; segue-se então um longo período sem sintomas — em média, dez anos — mas testes de laboratório mostram que o sistema imunológico vai se enfraquecendo durante todo este tempo; mais tarde, aparecem sintomas como problemas de pele e das mucosas bucais; estes são seguidos por manifestações mais sérias, como suores noturnos, perda de peso e diarreia, ou doenças mais pesadas, como a forma aguda da pneumonia (*pneumocystis carinii* — PCP) ou o tumor maligno *sarcoma de Kaposi* (KS) que pode atingir diversos órgãos, mas que ataca inicialmente a pele. É neste estágio que a AIDS é diagnosticada.

As primeiras manifestações da infecção pelo HIV podem incluir também, entre as mulheres, problemas ginecológicos persistentes, como inflamação cervical, secreção vaginal e, provavelmente, doença pélvica inflamatória (DPI). O condiloma também é mais comumente detectado entre mulheres soropositivas e relaciona-se com o aumento de doenças cervicais, inclusive o câncer ⁽³⁾. A frequência das anormalidades cervicais aumenta à medida em que as mulheres começam a apresentar sintomas da infecção pelo HIV ⁽⁴⁾. Em função disto, as mulheres soropositivas são aconselhadas a fazer exames regulares para a prevenção do câncer cervical. Alguns médicos suspeitam que estes problemas ginecológicos são também mais agressivos e recorrentes em mulheres soropositivas e requerem um tratamento mais extensivo e diferenciado do que em mulheres soronegativas ⁽⁵⁾. A gravidez pode dificultar um diagnóstico precoce. Sintomas como feridas vaginais persistentes, dificuldade de respiração e fadiga, que podem ser sintomas de soropositividade, são também efeitos colaterais da gravidez em mulheres soronegativas ⁽⁶⁾.

Entre as pessoas com AIDS, a *pneumocystis carinii* é detectada mais frequentemente em países industrializados, enquanto que, na África, as principais manifestações da AIDS são a diarreia e a perda de peso. Numa pesquisa feita em Nairobi, estes sintomas foram registrados em mais de 80% das mulheres que morreram com AIDS ⁽⁷⁾. Pesquisas norte-americanas indicam que as mulheres soropositivas não são muito propensas a desenvolver o KS, e que este afeta sobretudo os homens que

As primeiras estatísticas feitas nos Estados Unidos sugeriram que as mulheres soropositivas eram diagnosticadas mais tarde e morriam mais cedo que os homens.

ficou evidente que a infecção pelo HIV em mulheres tem algumas características diferentes. "Nossa necessidade de informação relativa à mortalidade, à morbidez e aos efeitos específicos da AIDS/HIV em mulheres é desesperadora... é obvio que determinadas questões relacionadas ao sexo — como, por exemplo, a da relação entre a AIDS e o câncer cervical — requerem uma atenção especial. Precisamos começar a investigar seriamente essas questões", afirma a Dra. Constance Wofsy, co-diretora do Hospital Geral de São Francisco ⁽²⁾.

O desenvolvimento básico da infecção e da doença pelo HIV é o mesmo em homens e mulheres. Os médicos o caracterizam em quatro etapas (ver Capítulo 1): uma onda de fraqueza e mal-estar se faz sentir geralmente logo após a contaminação; segue-se então um longo período sem sintomas — em média, dez anos — mas testes de laboratório mostram que o sistema imunológico vai se enfraquecendo durante todo este tempo; mais tarde, aparecem sintomas como problemas de pele e das mucosas bucais; estes são seguidos por manifestações mais sérias, como suores noturnos, perda de peso e diarreia, ou doenças mais pesadas, como a forma aguda da pneumonia (*pneumocystis carinii* — PCP) ou o tumor maligno *sarcoma de Kaposi* (KS) que pode atingir diversos órgãos, mas que ataca inicialmente a pele. É neste estágio que a AIDS é diagnosticada.

As primeiras manifestações da infecção pelo HIV podem incluir também, entre as mulheres, problemas ginecológicos persistentes, como inflamação cervical, secreção vaginal e, provavelmente, doença pélvica inflamatória (DPI). O condiloma também é mais comumente detectado entre mulheres soropositivas e relaciona-se com o aumento de doenças cervicais, inclusive o câncer ⁽³⁾. A frequência das anormalidades cervicais aumenta à medida em que as mulheres começam a apresentar sintomas da infecção pelo HIV ⁽⁴⁾. Em função disto, as mulheres soropositivas são aconselhadas a fazer exames regulares para a prevenção do câncer cervical. Alguns médicos suspeitam que estes problemas ginecológicos são também mais agressivos e recorrentes em mulheres soropositivas e requerem um tratamento mais extensivo e diferenciado do que em mulheres soronegativas ⁽⁵⁾. A gravidez pode dificultar um diagnóstico precoce. Sintomas como feridas vaginais persistentes, dificuldade de respiração e fadiga, que podem ser sintomas de soropositividade, são também efeitos colaterais da gravidez em mulheres soronegativas ⁽⁶⁾.

Entre as pessoas com AIDS, a *pneumocystis carinii* é detectada mais freqüentemente em países industrializados, enquanto que, na África, as principais manifestações da AIDS são a diarreia e a perda de peso. Numa pesquisa feita em Nairobi, estes sintomas foram registrados em mais de 80% das mulheres que morreram com AIDS ⁽⁷⁾. Pesquisas norte-americanas indicam que as mulheres soropositivas não são muito propensas a desenvolver o KS, e que este afeta sobretudo os homens que

As primeiras estatísticas feitas nos Estados Unidos sugeriram que as mulheres soropositivas eram diagnosticadas mais tarde e morriam mais cedo que os homens.

estão com AIDS. Os cientistas acreditam hoje que o KS pode ser transmitido por via sexual ⁽⁸⁾. Em Uganda, uma pesquisa recente sugeriu que o KS associado ao HIV, que difere da endemia mais fraca do KS na África (que parece não ser sexualmente transmitido), tem crescido tanto entre homens quanto entre mulheres ⁽⁹⁾.

"As mulheres morrem mais rápido; isto é um desastre!"

"As mulheres morrem mais rápido; isto é um desastre!"; era o grito de alerta de ativistas norte-americanas durante a Sexta Conferência Internacional sobre a AIDS em 1990. As primeiras estatísticas realizadas nos Estados Unidos sugeriram que as mulheres soropositivas eram diagnosticadas mais tarde e morriam mais cedo que os homens. Isso acontece particularmente porque, como já foi dito anteriormente, muitas mulheres não têm acesso à informação e ao tratamento de saúde. Em parte, trata-se também do reflexo de uma crença generalizada, nos países do mundo industrializado, de que somente certos "grupos de risco", como as prostitutas ou os consumidores de drogas, seriam vulneráveis à epidemia. "Carmem... perdeu um tempo precioso" — diz a norte-americana que trabalha com AIDS, Kathe Karlson — "porque os médicos não a diagnosticaram mais cedo. Ela começou tendo infecções vaginais crônicas e problemas de garganta há oito anos atrás. Embora os médicos não tenham mencionado a AIDS, em 1987 ela decidiu fazer o teste. Foi positivo ⁽¹⁰⁾." Muitos pesquisadores estão firmemente convencidos de que os médicos e outros profissionais precisam ser capacitados para reconhecer e tratar em tempo as doenças ginecológicas apresentadas tanto por mulheres soropositivas, quanto por aquelas que estejam em risco de contrair a AIDS ⁽¹¹⁾.

Um estudo feito no estado de Nova York constatou que algumas mulheres — muitas das quais eram negras ou latinas que consumiam ou tinham parceiros sexuais usuários de drogas — estavam já muito doentes quando decidiram procurar ajuda médica. Em média, essas mulheres conviviam com a doença durante aproximadamente 60 semanas antes de procurar a ajuda dos médicos, enquanto que os homens o faziam após um período de 24 semanas ⁽¹²⁾.

Embora os sintomas em homens e mulheres possam ser um pouco diferentes, o quadro médico da AIDS em mulheres não é intrinsecamente melhor ou pior do que em homens, desde que ambos possam contar com um diagnóstico apropriado e precoce, e com o acesso a tratamento adequado. "Nos Estados Unidos, muitas mulheres descobriram sua situação de soropositividade quando foram diagnosticadas com outra doença (causada pelo vírus)", diz Katie Bias, uma soropositiva. "Eu acredito que se as mulheres não sobrevivem tanto quanto os homens depois do diagnóstico da AIDS, é por falta de intervenção em tempo útil. É porque elas não recebem aconselhamento

sobre o enfraquecimento do sistema imunológico, sobre dietas apropriadas, sobre a necessidade de parar de beber, dormir bem e praticar exercício — elas não fazem nada disso porque não acreditam que possam estar correndo riscos... Se um homossexual masculino branco vai ao consultório de um médico com certos sintomas, o médico o aconselha a fazer o teste HIV. Uma mulher pode apresentar os mesmos sintomas mas eles (os médicos) nem mesmo consideram essa possibilidade... ⁽¹³⁾

Nas regiões do mundo onde o meio mais comum de transmissão é a relação heterossexual, sobretudo nos países em desenvolvimento, os profissionais de saúde se enganam menos ao diagnosticar os sintomas da AIDS tanto em homens quanto em mulheres. Entretanto, nesses países, o acesso da mulher aos ser-

Acesso das mulheres às pesquisas clínicas: o caso dos Estados Unidos

Muitos medicamentos para o tratamento da AIDS estão ainda sendo testados. Se não forem incluídas nos programas de testes clínicos, as pessoas não terão acesso a esses tratamentos que, potencialmente, podem salvar suas vidas. Nos Estados Unidos, a maioria das mulheres com HIV/AIDS são negras ou latinas. Muitas delas, ou seus parceiros, foram ou são usuárias de drogas injetáveis. Os negros e latinos, assim como as mulheres, os usuários de drogas e as crianças são grupos pouco representados em pesquisas experimentais com medicamentos. De acordo com o registro do tratamento de AIDS desenvolvido nos Estados Unidos, em Nova York 35% dos doentes de AIDS são negros, mas apenas 10% deles estão envolvidos nas pesquisas financiadas pelo Governo ⁽⁶⁷⁾. Os usuários de drogas têm sido tradicionalmente excluídos das pesquisas clínicas, por serem vistos como não confiáveis.

Numa tentativa de ampliar este acesso, os responsáveis pela Saúde Pública lançaram programas chamados "Caminho Paralelo" para aqueles que de outra forma não poderiam participar de testes clínicos. São programas desenvolvidos em comunidades e que apresentam duas vantagens: são mais acessíveis e menos propensos a inspirar medos e suspeitas. Principalmente para as mulheres, eles evitam problemas como a falta de transportes e de creches.

Mas o acesso das mulheres aos programas de testes clínicos tem sofrido restrições por outra razão: o risco potencial de aparecimento de defeitos congênitos, caso elas engravidem. Nos Estados Unidos, mais da metade dos testes governamentais desenvolvidos com medicamentos excluem as mulheres em idade fértil. De acordo com o ACT UP de New York, um grupo ativista que faz campanhas pela ampliação das pesquisas, muitos desses programas encorajam as mulheres à esterilização antes de se integrarem nos programas. Argumentam que a participação nas pesquisas deve ser permitida às mulheres desde que assinem um documento concordando em usar métodos anticoncepcionais de barreira e em não processar as companhias farmacêuticas por quaisquer efeitos colaterais que venham atingi-las ou a seus filhos, caso elas fiquem grávidas ⁽⁶⁸⁾.

Outra razão para contestar a exclusão das mulheres da maioria desses programas tem sido a possibilidade de que o tratamento antiviral recomendado às mães constitua uma forma eficaz de proteger seus bebês da infecção ⁽⁶⁹⁾. Estão em andamento pesquisas para determinar em que medida antivirais como o *zidovudine* (AZT) podem ser receitados sem risco para as mulheres grávidas e os fetos ⁽⁶⁹⁾. Casos isolados de mulheres que tomam doses controladas de

zidovudine durante a gravidez sugerem que a medicação não causa efeitos colaterais que prejudiquem o desenvolvimento do feto ⁽⁶⁵⁾.

Enfim, a participação nas pesquisas depende de muitas outras coisas além do consenso médico. Na prática, essa participação implica numa grande disponibilidade: longas entrevistas, frequentes testes sanguíneos e visitas a universidades e hospitais. Como explica Constance Wofsy, do Hospital Geral de São Francisco: "As pessoas têm que vir aqui muitas vezes e têm que respeitar uma agenda rígida. Isto cria problemas sérios para as mulheres com filhos para cuidar. Tudo isto é extremamente inconveniente e assim como temos que nos esforçar para atingir os usuários de drogas injetáveis — até mesmo lhes pagando para vir até aqui — a única maneira de incluir as mulheres nos testes é ir atrás delas" ⁽⁶⁶⁾.

Algumas pessoas duvidam que se possa restabelecer o equilíbrio entre aqueles que têm e aqueles que não têm acesso às pesquisas e aos serviços de saúde em geral, sem que outras mudanças fundamentais tenham lugar. "Se as práticas anteriores sempre excluíram uma preocupação maior com a saúde da comunidade e se nunca foram feitos investimentos nesta área, quando aparece uma epidemia como a AIDS — que exige recursos e esforços intensivos para a manutenção da qualidade de vida das pessoas — simplesmente não se irá dispor de condições básicas para o acesso aos serviços. Este é o problema principal...Se não se fizer nenhum esforço para acabar com a marginalização das pessoas de cor e dos pobres — sobretudo das mulheres de cor — é provável que programas como o 'Caminho Paralelo' não possam se realizar," comenta Marie St Cyr, diretora executiva da *Women's Action Resource Network* de Nova York ⁽⁶⁶⁾.

Nos países em desenvolvimento a carência é incomparavelmente maior. "Há uma enorme necessidade de realização de testes clínicos no Terceiro Mundo, não apenas de medicamentos como o *zidovudine*, mas também para avaliar a ação de diversas ervas que já estão disponíveis", diz o Dr. Elli Katabira, da Organização de Serviços da AIDS em Uganda (TASO). "Para isso é necessário construir um efetivo sistema de colaboração com os países em desenvolvimento" ⁽⁶⁷⁾. Mas a colaboração precisa se dar desde o começo, ou seja, desde a definição das prioridades", diz o Dr. Eustace Muhondwa da Universidade de Dar es Salam, Tanzânia. Pois o que ocorre frequentemente é que a colaboração Norte-Sul significa o Norte definir o problema e vir ao Sul, em "safári", para colher dados ⁽⁷⁰⁾.

viços de saúde é geralmente limitado. As atribuições das mulheres e o acesso também limitado ao dinheiro e transporte reduzem as oportunidades que têm de procurar clínicas de saúde. Estas oportunidades podem ser ainda mais reduzidas pela obrigação de trabalhar ou de tomar conta de outros membros da família que também estejam doentes (ver Capítulo 6).

A diferenciação de gênero no tratamento de saúde não é um fenômeno exclusivo da AIDS. Por exemplo, como verifica a OMS, "mesmo que a exposição à malária seja igual para homens e mulheres, as mulheres têm menos chance do que os homens de receber tratamento adequado durante um surto. Em primeiro lugar, diferentemente dos homens, as mulheres estão normalmente engajadas em mais de uma atividade. Em segundo, no interior da casa, elas são tradicionalmente requisitadas para atender às necessidades de outros membros da família que estejam doentes. E em terceiro lugar, quando as mulheres ficam doentes, raramente contam com membros da família que sejam capazes e estejam dispostos a cuidar delas. O resultado é que as mulheres não têm tempo para ficar doentes e que, durante

o tempo da doença, elas não têm como buscar ou obter um tratamento adequado ⁽¹⁴⁾”.

A gravidez prejudica a mulher soropositiva?

A gravidez enfraquece o sistema imunológico da mulher. Isto a deixa mais vulnerável a complicações sérias causadas por bactérias como a salmonela (que causa um tipo de intoxicação alimentar), o vírus *herpes simplex* (que causa o herpes genital e outros tipos de herpes) e o vírus *herpes zoster* (que causa a catapora e cobreiro). Como a AIDS ataca o sistema imunológico, os cientistas acreditavam inicialmente que uma gravidez iria automaticamente acelerar a progressão da doença em mulheres contaminadas pelo HIV. Atualmente acredita-se, porém, que a gravidez não afeta a evolução da AIDS em mulheres que estão infectadas mas não tiveram seu sistema imunológico comprometido pelo HIV, mostrando-se ainda saudáveis ⁽¹⁵⁾. Contudo, quando a doença evolui além desse estágio, a gravidez pode implicar em riscos maiores para as mulheres ⁽¹⁶⁾.

Se uma mulher desenvolve infecções relacionadas à AIDS durante a gravidez, os especialistas recomendam uma avaliação e um tratamento individualizado, pois nem todos os medicamentos terapêuticos utilizados são inofensivos ao feto.

Se uma mulher que usa drogas injetáveis está grávida, a interrupção do uso de drogas pode desacelerar a progressão da AIDS. “Infelizmente são raros, nos Estados Unidos, os programas dirigidos a dependentes de substâncias tóxicas que respondem às necessidades específicas das mulheres. Além disto, entre os raros programas existentes, poucos são domiciliares. Há apenas três programas que usam a metadona (um substituto menos prejudicial da heroína), que foram especialmente concebidos para mulheres grávidas,” diz a pesquisadora norte-americana Laurie Hauer ⁽¹⁷⁾. Em 1979, uma pesquisa sobre 78 programas dirigidos a usuários de drogas de Nova York revelou que 54% deles excluíam as mulheres grávidas de seu público alvo ⁽¹⁸⁾.

A transmissão de mãe para filho

Um bebê cuja mãe seja soropositiva pode ser contaminado de três formas: no útero, antes do nascimento (o vírus HIV já foi detectado em fetos de poucas semanas e no sangue do cordão umbilical); durante o parto, através do sangue contaminado ou das secreções vaginais da mãe, ou, em poucos casos até agora documentados, através do aleitamento materno ⁽¹⁹⁾.

Os resultados da maioria das pesquisas já realizadas indicam que 25 a 50% de todas as mães com HIV passam o vírus para seus filhos ⁽²⁰⁾. “A despeito de descobertas aparentemente contraditórias entre si, as similaridades entre os índices de transmissão pe-

"Se você já usou droga injetável, faça um teste antes de engravidar. Não faça dessas crianças, a geração da AIDS."
 Nos Estados Unidos e na Europa, compartilhar agulhas para injetar drogas tem sido uma das principais formas de transmissão do HIV. As mulheres podem estar se expondo a riscos tanto ao dividir agulhas como tendo relações com um companheiro que usa drogas injetáveis - seus bebês estarão possivelmente no final da cadeia de transmissão: eles podem nascer com o vírus.

National Institute on Drug Abuse,
 Departamento de Saúde e Serviços Sociais, EUA

**IF YOU EVER
 SHOT DRUGS GET
 TESTED BEFORE
 YOU GET PREGNANT.**

**DON'T MAKE THEM
 THE AIDS GENERATION.**



Almost all babies with AIDS have mothers who shoot up or who sleep with men who have shot up. Babies with AIDS can live very long.

If you or your partner ever shot drugs, even if it was only once, you probably shared needles or works.

Many drug users have gotten AIDS that way and passed it on to their babies.

If you want a baby you and your sex partner should have the AIDS test first, before you get pregnant. Until then, help protect yourself and your partner from AIDS by using condoms.

Protect your baby. Get into treatment. The sooner you stop shooting drugs the safer you and your baby will be.

STOP SHOOTING UP AIDS.
 GET INTO DRUG TREATMENT.
CALL 1-800 662 HELP.

A Public Service of the National Institute on Drug Abuse, Department of Health and Human Services

rinatal (de mãe para filho) do HIV, verificadas por estudos feitos em todo o mundo, são mais contundentes que as diferenças", afirma Catherine Peckman, pesquisadora que coordena estudos sobre a transmissão perinatal feitos em diversos países europeus. Sua tarefa é comparar e compatibilizar os diferentes métodos utilizados nas diferentes pesquisas, assim como as variações na saúde e na qualidade de vida das mulheres estudadas. Estudos feitos com mulheres nos primeiros estágios da infecção, realizados na França ⁽²¹⁾, na Itália ⁽²²⁾ e em Ruanda ⁽²³⁾, verificaram índices de transmissão perinatal de 30%, 25% e 34% respectivamente.

Os cientistas suspeitam que o estado de saúde da mãe durante a gravidez pode influenciar as chances de contaminação da criança. Se a mãe apresentar sintomas de doenças relacionadas ao HIV, a probabilidade de contaminação da criança será maior, acreditam alguns pesquisadores, sem dispor, todavia, de evidências suficientes para confirmar esta suspeita ⁽²⁴⁾.

O peito ainda é a melhor opção

O receio de que o leite materno possa transmitir a AIDS fez com que algumas organizações de saúde pública adotassem medidas

controversas. Pesquisadores acreditam agora na atipicidade de um grande número de casos — até agora documentados — em que mães transmitiram a AIDS a seus filhos através da amamentação. Em todos esses casos, as mães haviam recebido sangue contaminado durante uma transfusão sanguínea feita logo depois do parto. Dadas as altas taxas de vírus em circulação no seu sangue, estas mães atravessavam um estágio de infecção especialmente agudo no momento em que amamentavam seus bebês.

Estudos feitos com mães soropositivas e seus bebês em Kinshasa, no Zaire ⁽²⁵⁾ e no Haiti ⁽²⁶⁾, além de outros países, evidenciaram que o leite materno não representa normalmente um risco de transmissão do HIV. Crianças amamentadas ou não por mães soropositivas não apresentaram, ao longo destes estudos, índices de infecção diferenciados.

Muitos médicos ocidentais aconselham mães soropositivas a dar mamadeira a seus filhos. Essa prática pode ser, porém, muito perigosa nos países em desenvolvimento, onde — em função de doenças causadas por água contaminada, mamadeiras não esterilizadas e subnutrição — os bebês alimentados com mamadeiras apresentam índices de mortalidade duas vezes superiores aos que são amamentados. Além disto, ao contrário do leite materno, os alimentos industrializados não imunizam as crianças contra certas doenças. A OMS tem adotado uma postura firme em relação a este assunto e recomenda que "onde o uso de alternativas seguras e efetivas não é possível, a amamentação pela mãe biológica deve continuar a ser o método preferencial de alimentação dos bebês, independentemente do grau de infecção da mãe" ⁽²⁷⁾.

Submeter-se ou não ao teste?

Em alguns países — por causa do perigo da transmissão da AIDS da mãe para filho — clínicas de atendimento pré-natal estão oferecendo às mulheres grávidas a possibilidade de fazer um teste anti-HIV. Se o resultado é positivo, elas podem decidir a tempo se desejam interromper a gravidez. A decisão pela realização do teste deve ser consciente e voluntária. Para isso é importante que a mulher passe por um aconselhamento prévio e adequado.

Ela deve também ter certeza de que continuará a ser devidamente assistida no caso de um resultado positivo.

Mesmo nessas circunstâncias, o teste tem gerado controvérsias. As pessoas que o defendem argumentam que ele beneficia todas as mulheres, independentemente do resultado. O trabalho de aconselhamento que se segue a um resultado negativo pode atenuar o medo da AIDS que a mulher possa ter. Nos casos em que o resultado é positivo, cria-se a oportunidade para um posterior aconselhamento e para um tratamento médico com melhor nível de informação sobre infecções que podem aparecer durante a gravidez.

Entrevistas feitas com mulheres numa das maiores clínicas materno-infantis de Brazzaville, no Congo, concluíram que a

O leite materno é nutritivo e contém anticorpos que protegem a criança de infecções comuns.

O HIV só foi transmitido através do leite materno em circunstâncias muito particulares e a

Organização Mundial de Saúde recomenda às mães preservarem a saúde de suas crianças através da amamentação.

Gleide Selma



maioria das entrevistadas “mostram uma atitude bastante ambígua diante de testes-HIV e das recomendações que são feitas em função dos resultados do teste”, como diz Dr. M'pélé do Programa Nacional de Controle da AIDS. Embora muitas mulheres entrevistadas acreditassem que as soropositivas deveriam abortar, a maioria se mostrou individualmente favorável a manter a gravidez ⁽²⁸⁾.

Há os que se perguntam se os testes feitos em clínicas de atendimento pré-natal alcançam, de fato, as mulheres mais necessitadas. Nos países industrializados, vê-se que as mulheres que correm mais risco de contrair a AIDS são as menos inclinadas a fazerem o teste. As clínicas que oferecem o teste apenas para

mulheres que reconhecem ter assumido determinados riscos, podem estar negligenciando as que não o admitem. Dentro de uma pesquisa realizada em Nova York, foram oferecidos testes a um conjunto de mulheres e apenas 40% do grupo aceitou passar pela experiência. Todas as que tiveram resultados positivos assumiram, depois do teste, comportamentos de risco que haviam omitido durante o trabalho de aconselhamento anterior ⁽²⁹⁾. Outro estudo norte-americano indagou a 1.000 mulheres, que haviam sido testadas anonimamente, se queriam saber os resultados. Apenas metade das 50 que admitiram previamente ter passado por situações de risco manifestou esta vontade: elas representavam apenas 14% das mulheres soropositivas ⁽³⁰⁾. Estudos feitos com homens e mulheres atendidos em clínicas de tratamento de DSTs têm registrado descobertas semelhantes ⁽³¹⁾. A relutância em fazer o teste está ligada ao medo que as pessoas têm de saber que são soropositivas e à angústia em relação a uma possível discriminação caso os resultados venham a se tornar públicos.

Por fim, as pessoas que fazem assistência à saúde têm insistido em que é necessário informar as mulheres sobre a AIDS antes que estas fiquem grávidas e antes que sejam contaminadas. Só assim a contaminação de crianças por suas mães poderá ser reduzida ⁽³²⁾.

A escolha pela gravidez

"Para mim, uma das coisas mais difíceis de aceitar tem sido o fato de não poder ter filhos", diz Katie Bias, uma norte-americana soropositiva. Seu marido, que tem hemofilia, também é soropositivo. "Eu estava num simpósio em que se discutia a perda e a tristeza e pensei que eu realmente não havia 'perdido' alguém. Acontece que a perda pode vir de várias formas, e que a perda da possibilidade de ter um filho é muito semelhante à perda de um membro da família. Trata-se de uma redução de nosso potencial... Estou experimentando a perda de alguém que nunca existiu, mas se trata de alguém que sempre sonhei conhecer um dia ⁽³³⁾."

Quando uma mulher grávida descobre que é soropositiva — seja através de um teste pré-natal, seja porque seu parceiro ficou doente —, a tensão que ela experimenta é enorme. Ela tem que lidar tanto com seu próprio diagnóstico como com a possibilidade da criança se contaminar. Além disto, a gravidez é um período no qual a mulher se sente particularmente vulnerável. "Eu vivo a maior parte do tempo na área rural e às vezes visito meu marido na cidade... Ele trabalha numa fábrica em Harare... Meu marido me falou que tinha essa doença quando eu estava grávida do meu último filho", diz uma mulher do Zimbábue. "O médico me descreveu essa doença e eu fiquei com medo, especialmente porque conclui que ela poderia prejudicar o bebê que eu estava carregando. Meu teste também deu positivo. Eu tive que aceitar tudo isso, o que mais posso fazer?" ⁽³⁴⁾

Nos lugares onde o aborto é uma opção legal e segura, a

Para muitas mulheres, perder a possibilidade de ter um filho causa tanto sofrimento quanto perder um membro da família.

**Os cientistas
ainda não
conseguem
dizer o que
faz com que
uma mulher
seja mais
propensa que
outra a
transmitir o
HIV para seu
feto.**

mulher se depara com a escolha quase sempre angustiante entre continuar ou interromper a gravidez ⁽³⁵⁾. Nem todas aquelas que desejariam abortar — seja por causa do risco para o bebê, pelos possíveis riscos para si mesmas ou por sua sobrevivência potencialmente curta — são capazes de fazê-lo. Em muitas partes do mundo o aborto não é legal nem feito de forma segura. Para as mulheres que podem e decidem abortar, o aborto — que já é, em si, uma decisão dolorosa — pode ser ainda mais dificultado pelo medo que a AIDS desperta nos profissionais da área médica. Um estudo feito em Nova York descobriu que 64% das clínicas pesquisadas não fariam o aborto numa mulher soropositiva, desrespeitando assim as leis sobre a saúde pública e as leis antidiscriminação ⁽³⁶⁾.

Muitas mulheres grávidas soropositivas, que são aconselhadas a tempo de levar em consideração a alternativa do aborto, decidem continuar a gravidez ⁽³⁷⁾. Nos Estados Unidos, uma mulher grávida do seu segundo filho foi repreendida por um médico por ter sido irresponsável; na época, pensava-se que ela tinha 50% de chances de contaminar a criança. Ela respondeu que, depois do diagnóstico, a notícia de que estava grávida era a “melhor notícia” que recebia ⁽³⁸⁾.

Segundo a Dra. Janet Mitchell, uma obstetra do Hospital Harlem, em Nova York, a atitude de surpresa dos profissionais de saúde diante de reações como essa decorre da incapacidade de encarar a situação a partir da perspectiva da mulher. “Para muitas mulheres, a maternidade é vista como a afirmação da vida diante da miséria, da dependência de drogas, do racismo, da AIDS e talvez da perda de outras crianças. Além disso, mesmo um índice de transmissão perinatal de 50% é visto como um risco aceitável para algumas mulheres”, diz Laurie Hauer, uma pesquisadora norte-americana que estuda a AIDS ⁽³⁹⁾.

Para muitas mulheres, as crianças, ou a perspectiva de tê-las, representam um investimento para o futuro e têm, para suas vidas, o efeito de uma potente força motivadora. “Essa é a razão pela qual muitas dessas mulheres soropositivas decidem continuar com a gravidez,” diz a Dra. Mitchell ⁽⁴⁰⁾. Um estudo realizado na Irlanda com mulheres contaminadas pela AIDS através do uso de drogas injetáveis mostrou uma diferença marcante entre aquelas que tinham e as que não tinham filhos. As mulheres que já eram mães se mostraram mais inclinadas a ir adiante com a gravidez e já haviam tecido planos sobre o que fazer se ficassem doentes ⁽⁴¹⁾. As mesmas considerações influenciam as decisões de mulheres que se perguntam se devem ou não engravidar uma vez soropositivas. Uma pesquisa feita em Kinshasa, no Zaire, revelou que muitas mulheres soropositivas estavam desejosas de interromper o uso de métodos contraceptivos, afirmando que queriam ter uma criança ⁽⁴²⁾.

Tanto nos países do Norte como do Sul, as mulheres grávidas dispõem apenas de informações sobre o risco estatístico de seus filhos se contaminarem. Os médicos ainda não têm como avaliar

a situação individual de cada mulher e os cientistas ainda não conseguem dizer que mulheres são mais propensas a transmitir a AIDS ao feto ou que bebês são mais suscetíveis a contrair o vírus ⁽⁴³⁾.

Ainda não existem medicamentos que possam prevenir a transmissão da AIDS. Até agora, não há evidências de que drogas antivirais como o *zidovudine* (conhecido como AZT) possam prevenir a transmissão de mãe para a criança ⁽⁴⁴⁾. Mesmo que este fosse o caso, o preço destes medicamentos os tornaria inacessíveis para a maioria das mulheres soropositivas.

A escolha pessoal e o risco médico não são os únicos fatores que influenciam a decisão de continuar ou de planejar uma gravidez. Decisões individuais sobre a maternidade e a gravidez refletem expectativas sociais e culturais muito mais amplas. Médicos norte-americanos verificaram que muitas mulheres grávidas soropositivas, que decidem ter seus filhos, justificam-se através de crenças religiosas e de pressões familiares. "Na América Latina e no Caribe o papel da mulher tem sido geralmente definido como a de procriadora," diz Dra. Ann Marie Kimball da Organização Panamericana de Saúde ⁽⁴⁵⁾. Isso determina a escolha feminina sobre continuar ou não a gravidez. Em Chikankata, na Zâmbia, uma em cada três mulheres soropositivas diz ao(à) assistente social que faz aconselhamento que não será possível para ela se recusar a ficar grávida outra vez ⁽⁴⁶⁾. De acordo com a médica norte-americana Janet Mitchell, "quando uma sociedade define que a função básica da mulher é a de gerar filhos, não ter filhos faz dessa mulher um elemento atípico dessa sociedade. Para transformar essa visão da gravidez é preciso reeducar cada um dos membros dessa determinada sociedade ⁽⁴⁷⁾".

Quando uma mulher e seu parceiro decidem, juntos, que querem ter uma criança, mesmo que um deles ou ambos tenham o vírus, conselhos que podem minimizar os riscos são da maior importância. O casal deve aprender a reconhecer o momento do ciclo menstrual em que a mulher está mais propensa a engravidar e deve ser motivado a usar preservativos ou a evitar a relação sexual fora deste período ⁽⁴⁸⁾.

Para as mulheres do países do Norte que são soronegativas mas têm parceiros soropositivos, existe ainda uma outra esperança. Recentemente, alguns dados vêm sugerindo que o HIV vive apenas no líquido seminal, mas não nas células do esperma de homens contaminados. Pesquisadores procuram agora maneiras de separar o esperma do líquido seminal, a fim de permitir uma inseminação artificial cara porém segura. Ao mesmo tempo, algumas mulheres têm usado o esperma doado a clínicas de inseminação artificial que o submetem ao teste do HIV.

Alguns educadores que trabalham com a AIDS têm levantado a possibilidade de desenvolver um agente viricida seletivo que não mate o esperma humano — e que permita, portanto, a concepção —, mas que mate o HIV, prevenindo, assim, a contaminação. A maioria dos cientistas consideram extremamente im-

Entre todos os dilemas que se colocam às pessoas com HIV/AIDS, os problemas relativos à gravidez e à maternidade estão entre os de mais difícil solução.

provável que se possa desenvolver um tipo de composto como esse ⁽⁴⁹⁾.

Assim como o acesso à informação é fundamental para a prevenção da AIDS entre mulheres, ele é também fundamental para as mulheres que, após um diagnóstico de AIDS, devem tomar uma decisão relacionada à interrupção ou ao planejamento da gravidez. Entre todos os dilemas pessoais e éticos que acompanham as pessoas soropositivas, "aqueles relativos à gravidez e à maternidade estão entre os mais difíceis", diz Peter Selwyn, um médico norte-americano ⁽⁵⁰⁾. Segundo Laurie Hauer, uma norte-americana que pesquisa a AIDS, "é fundamental que os profissionais de saúde permaneçam neutros e não façam julgamentos no momento em que discutem opções relativas à gravidez ⁽⁵¹⁾".

Vivendo com o HIV

Assim como é um problema médico, a AIDS é também uma questão social e, por isso, qualquer pessoa que vive com AIDS precisa de muito mais que de um suporte puramente clínico. Um diagnóstico de AIDS suscita, freqüentemente, preconceitos e acusações que podem ser fonte de sérias implicações sociais e econômicas. Uma terapia à base de medicamentos pode ser uma assistência que alivia as manifestações físicas da AIDS, mas a compreensão, a solidariedade, o amor e o apoio são decisivos para que homens e mulheres com AIDS possam substituir a perspectiva da morte pela perspectiva de viver com o HIV.

Para muitas pessoas, um diagnóstico de AIDS está associado à promiscuidade. Num mundo que ainda impõe diferentes normas para homens e mulheres em diversas áreas de suas vidas, esse é um estigma que atinge particularmente as mulheres. Na Romênia, mulheres soropositivas que assumiram ter vários parceiros foram registradas como "prostitutas" nos levantamentos estatísticos oficiais ⁽⁵²⁾. A assistente social Mary Amanyire Byangire, de Uganda, diz que "quando uma mulher está doente com AIDS, ela é automaticamente considerada uma 'perdida'... pouco importando como ela tenha contraído o vírus ⁽⁵³⁾". Uma pesquisa realizada no Zaire mostra que, mesmo quando mulheres casadas acreditam ter sido contaminadas por seus maridos, elas são consideradas responsáveis por sua doença e mandadas de volta para a casa de seus pais. Enquanto isso, seus maridos vão viver com outras mulheres ⁽⁵⁴⁾. Se, algumas vezes, as mulheres têm merecido uma atenção maior, isso não quer dizer que haja compreensão dos problemas que elas enfrentam como pessoas que foram contaminadas, mas sim que há uma certa preocupação com seu papel de transmissoras potenciais da AIDS para seus filhos e parceiros, diz a Dra. Joanne Mantell, pesquisadora da Unidade de Pesquisa sobre a AIDS, do Departamento de Saúde da Cidade de Nova York. Ela acrescenta que "manchetes de jornais tais como 'Uma mãe transmite a AIDS para seu filho' ou 'Prostitutas contaminadas

espalham a AIDS', contribuem para que a opinião pública veja as mulheres como transmissoras ⁽⁵⁵⁾."

As mulheres com AIDS podem perder seu prestígio social dentro da comunidade. "Nós vivemos numa sociedade dominada pelo homem," observa Noerine Kaleeba do *AIDS Service Organization* em Uganda. "Os parentes muitas vezes encorajam um homem que parece saudável a abandonar sua mulher, doente de AIDS, e a procurar outra, sem compreender que ele pode transmitir a doença. Temos alguns clientes que perderam várias mulheres e, ainda assim, continuam a ser induzidos por seus parentes a procurar uma nova esposa. As pessoas começam a perguntar: porque você ainda está sozinho? ⁽⁵⁶⁾". Muitas mulheres sofrem inúmeras consequências econômicas, quando seus parceiros morrem de AIDS, e são abandonadas por suas famílias, que tradicionalmente deveriam se responsabilizar pelo sustento delas e de seus filhos.

"Uma mulher solteira diagnosticada com AIDS passa a enfrentar um tipo de 'morte social' ", diz uma jovem africana que vive com AIDS. "Em primeiro lugar, ela é um fracasso, incapaz de se adequar às leis do casamento tradicional. Em segundo, a vida se torna muito mais difícil na medida em que a mulher hesita em ter outros namorados... Ela pensa que pode passar o vírus através de qualquer contato sexual, já que os homens se recusam a usar preservativos... Se ela fala de sua situação para o parceiro, na maioria das vezes passa a ser rejeitada... Muitas pessoas acreditam que as pessoas que vivem com AIDS se envolveram no passado em atividades sexuais inaceitáveis e que a AIDS é uma desgraça, uma vergonha... A mulher passa a temer que seus filhos venham a ser vitimados como produto do pecado e talvez banidos da sociedade pelo resto de suas vidas ⁽⁵⁷⁾".

Amanda Heggs, britânica, contraiu AIDS de seu parceiro, de quem depois se separou. Após o diagnóstico, ela passou a sentir que seria sempre vista como 'inviável' pelos possíveis parceiros. "Eu me tornei uma figura materna com quem os amigos homens falam de seus problemas. Amizades profundas evoluem, o que é gratificante, mas eu sinto como se minha vida sexual tivesse terminado. Num certo momento, já após o diagnóstico, eu tive um relacionamento com um homem. Eu imaginava que manter a prática do sexo seguro — tarefa nada fácil, pois a informação à disposição das mulheres soropositivas era naquela época muito limitada — seria nosso maior problema. Eu estava errada. Gradualmente, descobri que meu parceiro achava que eu deveria lhe ser grata por ele ser suficientemente corajoso para ter um relacionamento sexual com uma mulher soropositiva. O pior foi que comeci efetivamente a me sentir agradecida e a tolerar várias coisas que eu não suportaria, se não estivesse com AIDS. A doença se transformou num instrumento de dominação ⁽⁵⁸⁾".

Sheila Gilchrist, uma mulher com AIDS que fundou o grupo britânico de apoio a mulheres portadoras do HIV, *Positively Wo-*

Uma mulher solteira diagnosticada com AIDS passa a enfrentar um tipo de "morte social".

A pior coisa do vírus é a sensação de isolamento que ele transmite.

men, não conseguiu nenhum apoio quando foi diagnosticada. "Quando eu deixei o hospital, passei os dois anos que se seguiram errando por grupos de apoio a homens com AIDS e por centros de reabilitação de toxicômanos. Não encontrava nada que atendesse às minhas necessidades específicas de mulher com AIDS. Decidi então que tinha que procurar outras mulheres com as quais pudesse me relacionar e dividir as minhas emoções íntimas.

"Eu coleí cartazes nas ruas com o número do meu telefone. Felizmente, comecei a receber telefonemas e fundamos um grupo de apoio. O alívio e a paz que experimentei convivendo com outras mulheres soropositivas me deram o incentivo que precisava para estruturar o *Positively Women* como uma instituição. Nós agora oferecemos uma série de serviços de aconselhamento e apoio para mulheres contaminadas pelo vírus ou em condições de saúde associadas à doença. Ainda estamos horrorizadas com o pânico e isolamento experimentados pelas mulheres. Houve uma que nos telefonou de uma cidade do interior para dizer que não saía de casa há seis meses. Ela estava apavorada ⁽⁵⁹⁾".

"Para mim, o mais terrível aspecto de tudo isso era não poder falar com ninguém sobre o assunto", disse uma mulher soropositiva — cujo parceiro também era soropositivo — durante a Conferência da Rede da Apoio às Mulheres e AIDS, em Harare, Zimbábue, em 1989. "Meu parceiro não queria encarar os fatos da mesma forma que eu. Era absolutamente impossível explicar como eu estava me sentindo. Era um sentimento muito novo, ainda cru. Não era apenas um único sentimento, mas muitos ao mesmo tempo. Eu saí dessa fase de desespero determinada a enfrentar minha situação e a batalhar, com todas as minhas forças, por todas as pequenas coisas que pudessem me ajudar a viver minha vida, nossa vida em comum, de forma que ela fosse boa enquanto durasse.

"Isso aconteceu há algum tempo. Agora cada um de nós dois criou sua própria maneira de lidar com a situação. Eu ainda preciso falar com outras pessoas sobre meus sentimentos de uma maneira que ele não precisa...Eu acho que a pior coisa do vírus é a sensação de isolamento e o medo que se segue a qualquer tentativa de romper esse isolamento...Eu ainda temo que as pessoas descubram que eu sou soropositiva. Tenho medo de suas reações e preconceitos, mas não tenho medo de mim mesma nem do relacionamento com o homem com o qual decidi dividir minha vida. Nós temos nossos altos e baixos, depressões e momentos de pânico, mas vivemos nossas vidas de forma intensa e gratificante, tanto como indivíduos como quanto casal. Queria pedir a todos vocês que ajudassem a acabar com a ignorância e o pânico que acompanham a palavra 'soropositivo'. Para muitos de nós trata-se de um fato em nossas vidas ⁽⁶⁰⁾".

"Existe esperança", diz uma britânica que, após 25 anos de casamento se contaminou através do contato sexual com seu marido. "A esperança não se baseia em drogas milagrosas, em-

bora elas fossem certamente bem-vindas e pudessem salvar vidas. A esperança está no que os portadores do vírus podem fazer por si mesmos. Enquanto os jornais só falarem da AIDS na sua relação com a morte, as pessoas vão continuar acreditando que não têm nada a perder se continuarem a viver na ignorância de sua condição ⁽⁶¹⁾».

DOENÇAS POR HIV NAS CRIANÇAS

Fontes de infecção

A transmissão da AIDS de mãe para filho é sem dúvida a via pela qual é hoje contaminada a maioria das crianças. Nos países mais industrializados, é rara a contaminação pela transfusão de sangue ou pela utilização de derivados sanguíneos contaminados. Uma quantidade significativa de contaminações por esta via foi registrada em hospitais e instituições médicas da ex-URSS e da Romênia, mas o sangue contaminado é hoje uma fonte de transmissão bem menos freqüente do que era há cinco anos atrás. É verdade que muitas crianças hemofílicas se contaminaram por esta via nos primeiros anos da epidemia da AIDS, mas na maioria dos países ocidentais, testes criteriosos e sistemáticos do sangue e uma esterilização escrupulosa das seringas e agulhas têm possibilitado um controle bastante efetivo da situação. Já nos países em desenvolvimento, e em algumas regiões da Europa Oriental — onde é comum a indicação de transfusões de sangue para o tratamento de crianças doentes e onde só os grandes hospitais e laboratórios dispõem de recursos para a realização de testes anti-HIV — a ameaça de contaminação por esta via continua a ser real.

A URSS foi o primeiro país do mundo a registrar a contaminação em massa de crianças através da transfusão sanguínea. Em 1989, 152 crianças foram contaminadas pela reutilização de agulhas em hospitais das cidades de Elista, Rostov-on-Don e Volgogrado ⁽¹⁾. Em maio de 1990, registros oficiais romenos mostraram que havia 617 crianças com AIDS num país onde o número total de casos de AIDS era apenas de 670. A grande maioria dessas crianças vivia em instituições, o que impedia que suas mães fossem identificadas: algumas das poucas mães encontradas foram testadas e dessas apenas 5% eram soropositivas. Consequentemente, já que o caminho da contaminação não era de mãe para filho, concluiu-se que o sangue contaminado era a principal fonte de transmissão. O Ministério da Saúde passou a testar todas as crianças de menos de três anos de idade que viviam em instituições. Mais de 10.500 crianças foram testadas em junho de 1990. Dez por cento delas — mais de 1000 — estavam soropositivas ⁽²⁾.

Na Romênia, uma tradição médica recomenda microtransfusões sanguíneas — de 10 a 20 ml de sangue — principalmente em crianças sub ou mal nutridas, como é o caso freqüente das crianças que vivem em instituições. Dessa forma, uma única doa-



ção de sangue contaminado era suficiente para transmitir a AIDS a um grande número de crianças. Cortes freqüentes no suprimento de gás e eletricidade agravavam esta situação e impossibilitavam muitas vezes os hospitais de esterilizar adequadamente seringas e agulhas ⁽³⁾.

É fato que transfusões sanguíneas salvam um número incontável de pacientes nos países em desenvolvimento. Elas servem sobretudo para os pacientes que sofrem de malária, doença que afeta anualmente cerca de 300 milhões de pessoas, incluindo crianças ⁽⁴⁾. Em muitos hospitais, o único tratamento convencionalmente utilizado para a anemia mortal, causada pela malária, é feito à base de transfusões sanguíneas.

Uma forma de se reduzir os riscos de infecção em crianças é eliminar todas as transfusões que não sejam essenciais. Em função disto, alguns hospitais têm feito campanhas educativas dirigidas especificamente aos médicos. O objetivo destas campanhas é motivar os profissionais da saúde a utilizar terapias baseadas no uso de ferro em todas as crianças que não estejam seriamente doentes. Os resultados destas campanhas são muitas vezes espetaculares: num hospital em Kinshasa, Zaire, o número de transfusões foi reduzido em quase 3/4 sem que tenha havido um aumento do número de mortes ⁽⁵⁾.

Nos primeiros anos da epidemia de AIDS, os médicos e profissionais de saúde de países em desenvolvimento temiam que o vírus da AIDS pudesse se propagar através da reutilização de agulhas usadas nas campanhas de vacinação. Mais tarde, estes

A Organização Mundial de Saúde recomenda que todas as crianças, infectadas ou não pelo HIV, recebam as vacinas tradicionais. A única exceção diz respeito às crianças com sintomas da doença pelo HIV: estas não devem receber a BCG, vacina contra a tuberculose.
Ron Gilling/ Panos Pictures



Os bebês recém-nascidos trazem no seu sangue, até os 18 meses, os anticorpos contra o HIV, produzidos pela mãe. Durante esse período é impossível detectar através de testes se a criança está contaminada ou não, e seus pais sofrem uma espera angustiante. Estão sendo desenvolvidos novos testes para permitir um diagnóstico mais rápido, mas a falta de equipamentos e os custos proibitivos limitam até mesmo o uso de testes convencionais em muitas partes do mundo.

Ângela Freitas

temores foram refutados pelos resultados obtidos na prática: os níveis de contaminação entre crianças vacinadas — crianças entre cinco e 14 anos de idade — têm permanecido baixos.

Detectando a infecção em crianças

Os pais de um bebê nascido de uma mãe soropositiva enfrentam um longo e apavorante período de incertezas antes de saber, de forma conclusiva, se a criança nasceu contaminada ou não. As crianças infectadas com sangue contaminado podem ser diagnosticadas através de testes convencionais. Não existem, todavia, métodos rápidos e simples que possam indicar se um recém-nascido de mãe soropositiva foi ou não contaminado pelo vírus. Todos os bebês nascem com os anticorpos que o organismo de suas mães produziu contra o HIV. Mas o organismo dos bebês produz também seus próprios anticorpos e quando os testes detectam a presença desses anticorpos no sangue das crianças, é impossível saber se são da mãe ou da própria criança. Somente após um período de 18 meses, quando o bebê perde os anticorpos maternos, é possível determinar com segurança se a criança foi ou não contaminada. Pesquisadores têm desenvolvido formas precoces de detectar a infecção pelo HIV, mas esses métodos ainda são problemáticos e caros demais para serem utilizados em larga escala.

Alguns bebês contaminados ficam logo doentes, o que em geral deixa pouco tempo para que se possa iniciar um tratamen-

to profilático e antiviral antes que a AIDS se desenvolva. O avanço das terapias farmacêuticas indica a necessidade de um diagnóstico precoce para as crianças. Porém, na maioria dos países em desenvolvimento, a agilidade do diagnóstico e do tratamento continua limitada pela falta de acesso a testes e a produtos terapêuticos. Normalmente, o primeiro indício de que um bebê está contaminado é registrado quando ele adoecce. Algumas mulheres só descobrem que estão doentes quando seus filhos adoecem.

A progressão da doença em crianças

Apesar das incertezas inerentes ao diagnóstico da AIDS em crianças, os médicos já descobriram que o período de incubação do HIV é menor em crianças do que em adultos, e que, quanto mais cedo o bebê fica doente, mais difícil será sua recuperação. "Quando os recém-nascidos começam a apresentar diarreias, estamos, quase sempre, diante de um sinal do fim", diz o Dr. Shilalukey

Dificuldades no diagnóstico: o caso de Uganda

A maioria das crianças soropositivas tem uma longa história de doenças crônicas. Em geral, a mãe nos diz que sua criança nunca esteve realmente bem. "Ele nasceu tossindo," ela poderia dizer, ou ainda: "ele já tinha esses inchaços quando nasceu." Diarréia crônica, raquitismo e febre recorrente são tão comuns quanto erupções de pele ou infecções reincidentes. Na maioria dos casos, a subnutrição associada à AIDS se manifesta pelo marasmo e dá à criança uma aparência encolhida, encarquilhada.

Para os casos mais comuns, existem medicamentos disponíveis, como por exemplo antibióticos ou sais reidratantes. Não temos gamaglobulina (um composto de anticorpos), AZT ou outras drogas antivirais... Grande parte do tratamento que oferecemos tem uma base clínica, com pouco ou nenhum suporte laboratorial.

Numa família que atendi, a mãe veio, inicialmente, com seu segundo filho. Ele não estava crescendo, estava sempre doente e os tratamentos não traziam nenhuma melhora. Ele tinha seis meses de idade. Depois de diagnosticá-lo como portador do vírus da AIDS, descobriu-se que a mãe também era soropositiva. Nesse momento ela já estava grávida de novo. Sem maiores problemas, ela pariu uma menina, que ficou saudável até completar três meses, quando começou a ter sintomas como diarréia, tosse, erupções cutâneas e gânglios inflamados. As duas crianças morreram uma após a outra, com poucos meses de diferença.

O pai perguntou se suas crianças tiveram aquela "nova doença". Ele foi informado das dificuldades que existem para se diagnosticar crianças, mas que a probabilidade de ter sido AIDS era muito grande — a menina nunca foi testada, mas mostrou todos os sinais da doença. Ele se deu conta de que sua esposa estava contaminada, mas evitou perguntar se ele também estava. O mais provável é que esteja...

Dra. Hanne Friesen, trabalhando atualmente num projeto desenvolvido conjuntamente pelo Programa de Controle da AIDS em Uganda e pela agência financiadora *Save the Children*.

***Algumas
crianças
soropositivas
estão
sobrevivendo
muito mais
tempo do que
se esperava
inicialmente.***

Ngoma, pediatra do Centro Hospitalar Universitário de Lusaka, na Zâmbia ⁽⁶⁾.

Em suas projeções globais, a OMS estima que 25% dos bebês contaminados por via perinatal desenvolvem a AIDS antes de completar um ano de idade; 20% durante o segundo ano de vida; 15% durante o terceiro e 20% durante o quarto ⁽⁷⁾.

Como o conhecimento sobre a AIDS em crianças tem evoluído continuamente, os médicos concordam que essas estimativas devem ser revistas na medida em que vão sendo sistematizados novos dados sobre a questão. Pouco se sabe até agora sobre a progressão da doença nos países em desenvolvimento, porque em geral os estudos de acompanhamento de bebês contaminados tiveram início há apenas dois ou três anos. Pesquisas norte-americanas demonstram, porém, que algumas crianças soropositivas estão sobrevivendo por muito mais tempo do que era esperado.

Um estudo sugere que há um contingente significativo de crianças contaminadas, mas não diagnosticadas, que podem viver durante muitos anos sem apresentarem sintomas. Com base em informações sobre um grupo de 215 crianças que desenvolveram a AIDS com 10 anos de idade, esse estudo estimou que 20% das crianças desenvolvem a doença durante o primeiro ano de vida e 8% a cada ano subsequente ⁽⁸⁾. É possível, porém, que esse estudo tenha superestimado o tempo de sobrevivência das crianças, pois muitas podem ter morrido em consequência da infecção por HIV sem terem sido diagnosticadas anteriormente. Isso pode ter ocorrido com frequência no princípio dos anos 80, quando as normas — posteriormente modificadas — usadas para diagnóstico da AIDS eram extremamente rígidas. Os cientistas ainda não entendem completamente por que razão algumas crianças apresentem imediatamente sintomas devastadores e morrem muito cedo, enquanto em outras a doença se manifesta de forma mais amena e oferece melhores chances de sobrevivência.

Várias pesquisas têm registrado dois padrões diferentes da progressão da doença em crianças que foram contaminadas por suas mães: ou a AIDS se desenvolve muito cedo — em meses ao invés de anos — ou se desenvolve como nos adultos, e as crianças permanecem saudáveis por vários anos sem apresentar sinais da doença ⁽⁹⁾.

Muitas das crianças que desenvolvem a AIDS ficam doentes quando têm seis meses de idade, e normalmente antes de completarem 18 meses ⁽¹⁰⁾. Entre aquelas que sobrevivem por mais tempo, o período médio de incubação — mesmo sendo de vários anos — é menor do que nos adultos: um estudo registrou um período médio de incubação em crianças de 6,4 anos, enquanto que em adultos este período é, em média, de 10 anos ⁽¹¹⁾. Uma explicação para este fato pode ser a seguinte: antes de ser contaminado pelo HIV, todo adulto já se viu às voltas com outros tipos de doenças e infecções. Uma vez tendo vencido uma determinada doença, o sistema imunológico se torna apto a fazê-lo com mais facilidade uma segunda vez. As crianças herdaram de suas mães anticorpos que lhes conferem imunidade, mas

seu sistema imunológico, ainda imaturo, não tem uma "memória" tão extensa quanto a dos adultos, o que, conseqüentemente, faz com que elas — uma vez enfraquecidas pelo HIV — sucumbam mais rapidamente às doenças ⁽¹²⁾.

Os pesquisadores acreditam porém que, assim que conseguirem mais dados sobre crianças que já receberam uma terapia antiviral e um tratamento que previna infecções, irão constatar também que são muitas as crianças soropositivas que sobrevivem até a adolescência. Esse é, por exemplo, o caso de uma jovem norte-americana de 12 anos, assintomática, que contraiu a AIDS durante o nascimento ⁽¹³⁾. Casos como esse levam os cientistas a acreditar que crianças que tenham se contaminado antes ou depois de nascer, podem viver até a adolescência e chegar a ser transmissoras sexuais do vírus ⁽¹⁴⁾.

Crianças que foram contaminadas antes ou durante o parto podem viver até a adolescência e chegar a transmitir o HIV pela via sexual.

Tratamento para crianças contaminadas

Nos países em desenvolvimento, faltam geralmente recursos para tratamentos convencionais à base de remédios comuns, como preparados antifúngos ou antibióticos. Profissionais de saúde desses países convivem também com a carência de material de proteção — como luvas descartáveis — e de seringas e agulhas esterilizadas. De fato, enquanto os cientistas norte-americanos planejam para seus pacientes mais jovens intervenções baseadas na utilização de equipamentos tecnológicos sofisticados — como por exemplo bombas de infusão portáteis que alimentam regularmente o organismo com doses programadas de *zidovudine* (AZT) — alguns médicos dos países do Sul lutam por alimentação complementar, produtos para higiene, desinfetantes e leitos extras para seus pacientes.

Embora o dinheiro ainda não possa comprar a cura da AIDS, progressos terapêuticos baseados na utilização de medicamentos diversos permitem hoje um prolongamento sensível do período de infecção assintomática em pessoas adultas, retardando o desenvolvimento da AIDS através de infecções oportunistas. Atualmente, é grande também o investimento que está sendo feito em pesquisas destinadas a prolongar a vida de crianças com AIDS.

Análises cuidadosas da aplicação de drogas e medicamentos devem ser feitas separadamente em crianças e adultos, pois crianças e recém-nascidos respondem às drogas de forma diferente dos adultos e até mesmo dos adolescentes. As dosagem dos remédios devem levar em conta essas diferenças e os medicamentos podem não produzir os mesmos efeitos colaterais, sejam eles terapêuticos ou tóxicos.

"Tradicionalmente, as crianças não são incluídas nos programas de testagem clínica de novos medicamentos antes da comprovação de sua segurança e eficácia nos testes realizados com adultos", explica o Dr. Anthony Fauci, diretor adjunto da pesquisa

sobre a AIDS nos Estados Unidos, "nós acreditamos, porém, que a natureza letal da infecção por HIV pode justificar uma modificação dessa prática...A testagem de novos agentes terapêuticos está sendo agora planejada e implementada ⁽¹⁵⁾". Muitos pediatras insistem em que as experiências terapêuticas com crianças sejam iniciadas o quanto antes, logo que estiverem disponíveis os resultados iniciais dos testes feitos com adultos.

Utilizar drogas experimentais em crianças: uma questão de ética

As experiências terapêuticas pediátricas têm alimentado o debate sobre o melhor e mais apropriado tratamento para crianças contaminadas. A maioria das crianças não tem como decidir por si próprias se querem ou não assumir os riscos e se sujeitar a possíveis dores causadas por drogas experimentais. Isto dificulta muito as decisões e, no caso da AIDS, embora os pais tenham que dar seu consentimento, muitos deles estão também doentes. Quem decide, nestas circunstâncias: o Estado, os pais adotivos, os médicos?

No que diz respeito à ética de procedimento nas pesquisas em crianças, a maioria dos regulamentos centra-se nas pesquisas com crianças que já estão doentes. Os riscos devem ser balanceados em função das chances de benefício individual e das perspectivas de descoberta de um tratamento mais eficaz. Entretanto, tratamentos experimentais realizados em bebês nascidos de mães soropositivas abrangem uma média de 50 a 75% de crianças que não estão contaminadas e têm no organismo apenas os anticorpos de suas mães. Essas crianças não se beneficiam, portanto, individualmente, dos eventuais frutos das pesquisas.

Será então mais indicado adiar essas pesquisas até que apareça um meio confiável de se fazer uma distinção entre os dois grupos? Os filhos de mães soropositivas devem ser considerados saudáveis ou em risco de AIDS? O que constitui um risco mínimo para essas crianças? Esses são apenas alguns dos problemas enfrentados pelos médicos e pelos pais ⁽¹⁶⁾.

Um tratamento melhor tem significados diferentes para pessoas diferentes. Os que recomendam um tratamento agressivo — à base de drogas — para crianças com AIDS fazem referência à experiência com a leucemia infantil, que há 30 anos era fatal, mas que agora, através da quimioterapia, é curável em mais da metade dos casos. "A pesquisa deve ser conduzida em crianças, mas a dor e o sofrimento devem ser levados em consideração," disse uma mãe norte-americana cujo bebê morreu de AIDS. "Zack recebeu o AZT apenas seis semanas antes de morrer. Se o tivesse recebido antes disto, teria talvez vivido mais tempo ⁽¹⁷⁾."

Seja como mães, seja tratando formal ou informalmente dos doentes, as mulheres estão muito envolvidas com essa complexa problemática. O capítulo seguinte fala do papel das mulheres no tratamento de crianças e adultos contaminados pela AIDS.

QUEM CUIDA, QUEM PAGA ?

“São as mulheres que, na família ou na comunidade, assumem a parte essencial dos cuidados informais com a saúde dentro de casa... Em praticamente todos os países, quaisquer que sejam seus níveis de desenvolvimento econômico e social, a maioria dos trabalhadores de saúde é composta de mulheres...E se levarmos em conta também o setor de trabalho informal, veremos que a contribuição das mulheres para os cuidados com a saúde é imensuravelmente maior que a dos homens”, afirma a Organização Mundial de Saúde (OMS) ⁽¹⁾.

Se não existissem trabalhadores informais na área da saúde, o investimento financeiro necessário ao setor formal teria que ser significativamente aumentado. O tratamento doméstico da saúde é algo fundamental para os doentes, deficientes e para aqueles que são idosos demais para continuar a viver em comunidade. Esse tratamento doméstico é feito principalmente por mulheres. O custo real desse cuidado informal é muito alto. Um dos cálculos disponíveis estima que, se um valor econômico for atribuído ao trabalho essencialmente doméstico das mulheres — em grande parte constituído da atenção aos doentes de casa — esse valor faria crescer em 1/3 o produto nacional bruto mundial ⁽²⁾.

Uma interdependência entre os sistemas formal e informal de saúde — hospitalar e domiciliar — pode ser observada mundialmente. A questão de saber quem deve se ocupar, e quando, desses cuidados é crucial para um cálculo mundial dos custos com a saúde.

Mulheres que cuidam

“O papel das mulheres, como responsáveis pelo atendimento primário à saúde na família e na comunidade, é normalmente subestimado, particularmente pelas próprias mulheres. Parece-lhes — como a todo o mundo — natural que sejam elas a assumir uma série de responsabilidades na casa, no local de trabalho e na comunidade. Fazem isso como parte de seu papel de mães, esposas, companheiras, avós e irmãs e como profissionais de saúde voluntárias e treinadas”, diz a doutora Marie-Thérèse Feuerstein, consultora independente para questões de saúde.

“Esta prática de ‘cuidar’ inclui a responsabilidade sobre necessidades básicas como comida e água, gás de cozinha e aque-

Se as mulheres não estivessem cuidando dos doentes em suas casas, as despesas que os governos têm hoje com a saúde pública seriam muito mais elevadas.

Como você pode virar as costas?

"Quando o vírus atingiu nosso lar, não tentamos fugir. Permanecemos firmes e hoje somos pessoas muito melhores. Meu próprio filho morreu, mas há mães que me telefonam e me encontram uma ou duas vezes por semana. O que uma mãe deve fazer? Eu lhes digo, 'agüente firme, não virem as costas'. Você vai a hospitais e vê pessoas preciosas, jovens e inteligentes deitadas em posição fetal. Elas têm família, mas ninguém está lá com elas. Uma vez que estou no hospital, eu me aproximo delas e digo, 'Estou rezando por você. Eu me preocupo com você'. Essas poucas palavrinhas, às vezes, trazem de volta um lampejo de vida. Como você pode virar as costas?

No hospital, eles fizeram todos os tipos de testes com Bruce (meu filho), dando-lhe medicamentos que seu corpo rejeitava. Eu tenho fé e acredito em Deus; comecei então a rezar. Eu pedi um pouco mais de tempo. Eu disse: "Deixe meu filho ficar comigo por um pouco mais de tempo". E os três dias que eles determinaram como seu tempo máximo de vida se transformaram em sete meses.

Quando os médicos disseram que não havia mais nada que pudessem fazer, minha família estava presente. O apoio da família é muito importante. Como Bruce já não era capaz de falar ou responder a qualquer estímulo, se nós não estivéssemos lá ele não teria sido alimentado, pois a equipe de enfermagem estava amedrontada. Teriam deixado o carrinho com a bandeja ao lado dele. Ele não podia falar, ele não podia fazer nada, mas minha filha abdicava de seu intervalo do almoço para alimentar e limpar o irmão. Meu marido sempre ia direto do trabalho para o hospital. Eu fiquei lá o tempo todo, até que meu médico me impediu de continuar porque minha pressão havia subido. Eu estava a ponto de ter uma trombose e fui proibida de voltar ao hospital.

Eu pedi que colocassem o telefone ao seu ouvido para que eu pudesse falar. Fiz com que ele soubesse que era sua mãe que falava. Eu disse "Eu te amo", mas ele não podia reagir. Na véspera de seu aniversário de 31 anos, eles o trouxeram para casa. Naquele tempo ele já não falava...ele chegou em casa com um aspecto ausente, sem falar nada. Eu havia dito a meus netos, "Vamos trazer tio Bruce para casa. Ele não é o mesmo tio Bruce que vocês conhecem".

Depois de um certo tempo em casa, cercado pelo ambiente familiar, Bruce começou a sair de sua introspecção — quer dizer, começou a lembrar de coisas e a fazer perguntas. Meus netos disseram: "Vovô, tio Bruce pode falar". Eu fui até seu quarto e ele disse: "Oi, mãe", e isso foi uma alegria. Quando você ama alguém, essa pequena prova de melhora significa muita coisa. Ele tentou organizar de novo seus pensamentos. Meus netos lhe mostraram como escrever seu nome. Vamos levá-lo do quarto de trás para a sala e aí ele disse que queria suas roupas de volta. Nós o vestimos como se faz com um bebê. Troquei as fraldas de um homem adulto da mesma maneira que eu fazia quando ele era um bebê.

Aí veio a pneumonia e em 22 de outubro de 1987 meu filho morreu. Ele nunca entrou em coma. Ele disse: "estou cansado, preciso de alguém que esfregue minhas costas", e ele colocou sua cabeça de novo no travesseiro e disse que estava indo para a terra dos sonhos. Meu filho morreu com dignidade.

Quatro meses depois que Bruce se foi, eu ainda estava fora de mim, não sabia o que fazer e fui ao *Brooklyn AIDS Taskforce* para oferecer meus serviços. Eu queria me envolver com esta crise da AIDS. Ia lá só para atender ao telefone de plantão, ou qualquer coisa do gênero. Mas quando a diretora ouviu minha história, ela me disse: "Você gostaria de sair por aí contando sua história para as pessoas?" Eu discuti o assunto com minha família e eles disseram: "Faça isso se você acha que é o que você quer fazer" — desde então, eu venho contando minha história. Eu digo às pessoas: "Não abandonem aqueles que vocês amam. Elas são as mesmas pessoas que amam vocês, que fazem vocês felizes". Vocês não correm o risco de pegar AIDS se estão oferecendo amor, cuidados e solidariedade.

Eu perguntei ao *Brooklyn AIDS Taskforce* se poderia organizar um grupo de mães. Eu precisava começar a fazer algo por essa minoria que não recebe nem informação nem dinheiro. Temos mães que vêm aqui e dizem: "Eu não posso lidar com isso, não consigo compreender" e a primeira coisa que digo a elas é: "Eu já passei por isso. Você pode conseguir, se tentar". Nós ficamos de portas fechadas, nos damos as mãos, choramos e sofremos juntas. Nós somos marginalizadas mas estamos agüentando firme, juntas. Bruce não me deixou nenhum filho seu para cuidar, não me deixou nenhum dinheiro, mas sem dúvida me legou sua força ⁽⁵¹⁾.

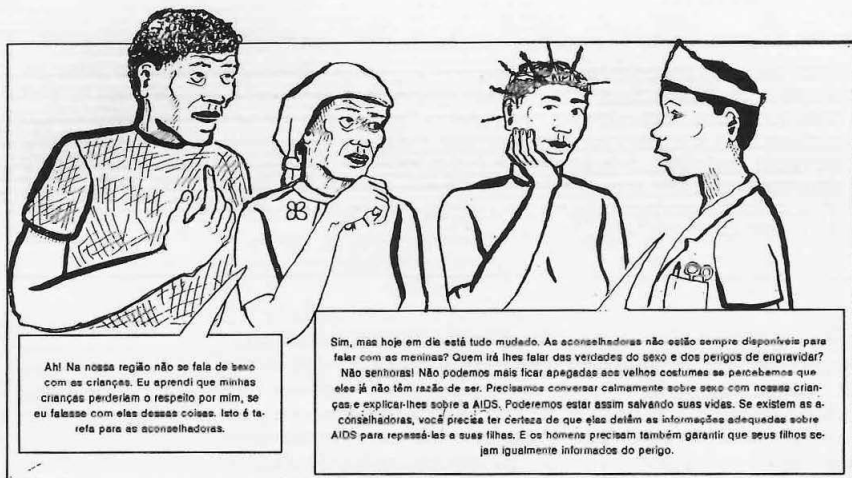
cimento, além da manutenção de um ambiente limpo e higiênico. As mulheres não apenas preparam e distribuem a comida dentro da família, mas também, em muitos países, são substanciais produtoras de agricultura de subsistência e de produtos agrícolas para a comercialização. As mulheres estão envolvidas em aspectos essenciais da educação e formação das crianças, incluindo o aleitamento, o desmame, a imunização e todas as decisões ligadas aos cuidados com a saúde familiar. Frequentemente são elas que providenciam o tratamento caseiro para os deficientes, convalescentes ou cronicamente doentes, contribuindo com elementos essenciais como o afeto e a solidariedade. Algumas dessas mulheres têm a sorte de ter acesso a serviços de treinamento e apoio. Mas outras não têm e, ainda assim, realizam seu trabalho de assistência básica da melhor maneira possível," acrescenta Marie-Thérèse ⁽⁵⁾.

"Nós aqui em Uganda descobrimos que, quando um homem ou uma mulher está com AIDS, têm uma melhor sorte se tiverem a mãe viva.... Se os homens não têm nem mãe nem esposa estarão, então, em péssima situação," diz Noerine Kaleeba, fundadora da Organização de Apoio à AIDS (TASO) em Uganda ⁽⁶⁾. Um estudo feito com 275 pacientes de AIDS nos Estados Unidos mostrou que, independentemente da maneira pela qual se deu a contaminação, as pessoas de todos os grupos étnicos e raciais, incluindo muitos homens homossexuais, receberam de mulheres a maior parte de seu tratamento não-remunerado. As mães foram as mais frequentemente citadas como fonte de ajuda ⁽⁵⁾.

"Muita gente simplesmente se transfere para a casa dos pais (mães) quando sabe que está com AIDS. Normalmente são as mães — algumas das quais com 50 a 60 anos de idade — as que têm que cuidar de seus filhos atingidos pelo vírus. Estas mulheres vêm nisso uma chance para oferecer, agora mais do que nunca, amor, cuidado e solidariedade," diz Jane Galvão, uma antropóloga brasileira ⁽⁶⁾.

Dilemas familiares — Sul e Norte

As famílias são o sustentáculo da coletividade. O termo 'família' tem, porém, significados que variam de cultura para cultura e de



As mulheres estão na linha de frente no 'cuidar' das pessoas com AIDS — em casa, em clínicas ou hospitais.

Disseminar informações sobre os riscos — reais ou imaginários — ajuda a dissipar o medo e o preconceito.

"AIDS: Vamos lutar juntos contra ela" / Woman's Action Group, Harare, Zimbábue

sociedade para sociedade. No entanto, qualquer que seja sua composição, uma unidade familiar envolve geralmente indivíduos que assumem certas obrigações uns com os outros. Nesse sentido mais amplo, o cuidado familiar ocupa um lugar central no tratamento da AIDS. Nas comunidades mais gravemente atingidas, as famílias convivem freqüentemente com mais de um parente doente.

"Negligência e não gerência"

No contexto do tratamento e prevenção da AIDS, o recurso da família extensiva, comum entre os países em desenvolvimento, constitui-se como uma força de escala nacional, especialmente quando uma longa permanência em hospitais é impossível para um grande número de pessoas. Ocorre, porém, que esta alternativa é alvo de abusos freqüentes. A organização-não-governamental britânica *Save the Children* argumenta que, quando se pensa na melhor maneira de se utilizar os recursos disponíveis, é essencial levar em conta as estratégias que as próprias comunidades desenvolvem, mas é igualmente importante reconhecer os limites desses sistemas e oferecer formas alternativas de apoio ⁽⁷⁾.

Os cuidados caseiros não são gratuitos. Elizabeth Ngugi, do Departamento de Saúde Pública da Universidade de Nairobi, chamou a atenção para o fato de que, em culturas baseadas no sistema da família extensiva, a comunidade assume a sua parte carinhosamente e de bom grado. Acompanhando de perto os cuidados oferecidos a um jovem que morreu de AIDS em sua casa no Kenya, ela registrou os freqüentes, e nunca contabilizados, custos decorrentes da doença.

A mãe do rapaz deixou de trabalhar durante três meses para cuidar do filho — com custos econômicos para seu patrão e para

ela própria; um irmão faltou a um mês de trabalho a fim de dar assistência a sua mãe; uma irmã perdeu quatro semanas de escola; com recursos limitados, a família comprou alimentos e produtos de limpeza especiais; a saúde da mãe se deteriorou e ela teve que receber um tratamento específico que veio se acrescentar às demais despesas; uma média de 10 parentes distantes visitavam diariamente o jovem doente por cerca de uma hora, o que significava uma perda de no mínimo 10 horas de trabalho diárias ⁽⁶⁾.

Além disso, a AIDS atinge profundamente o setor mais produtivo de uma sociedade, pois atinge homens e mulheres de 20, 30 e 40 anos. Ela elimina aqueles que ganham o pão para as famílias, e deixa desprotegidos os mais improdutivos numa família que são os velhos e as crianças. Dessa forma, a tristeza vem sempre acompanhada de preocupações relacionadas à sobrevivência econômica: "A presença de uma pessoa com AIDS, numa família pobre, é um enorme peso. Em muitas dessas famílias o doente era o arrimo. A família que se confronta, aterrorizada, com a possibilidade de perder essa pessoa deve, além disto, se confrontar com a perda de sua fonte de renda", diz Noerine Kalleba da TASO ⁽⁹⁾.

Um estudo sugere que, quando as mulheres gastam horas cuidando de membros da família doentes, ou quando elas mesmas estão doentes ou contaminadas, a diminuição do trabalho na agricultura pode ter sérias consequências. As economias dos países africanos são baseadas na produção rural — a agricultura responde, ao menos, por 80% do produto doméstico bruto — e são as mulheres que produzem a maior parte do alimento consumido pelas famílias. A produção per capita de alimentos vem diminuindo nos últimos 20 anos ⁽¹⁰⁾. Na medida em que mais mulheres deixam o campo para cuidarem dos membros doentes da família, menos comida será produzida em determinadas áreas ⁽¹¹⁾.

A capacidade que o sistema familiar tem de proporcionar cuidados caseiros aos doentes é proporcional ao acesso que a família tem a comida, trabalho, abrigo, água e serviços sanitários e sociais básicos. Em muitos lugares, a AIDS vem se juntar às múltiplas pressões exercidas sobre os estreitos limites de sobrevivência. Em Uganda, por exemplo, os amigos e parentes geralmente ajudam nas despesas funerárias da família que tenha sofrido uma perda. O crescente número das vítimas da AIDS nas áreas mais gravemente afetadas, o fato de que o vírus tende a se propagar dentro de uma mesma família, e o estigma associado à AIDS — que pode significar a perda de alguma ajuda —, são fatores que enfraquecem esses sistemas comuns de apoio ⁽¹²⁾.

As pessoas com AIDS e aquelas que lhes dão assistência podem ter suas vidas transtornadas por uma devastadora combinação de pressões econômicas e emocionais. Uma pesquisa realizada no Zaire mostrou que, comparativamente a pacientes hospitalares que não sofriam de AIDS, os pacientes soropositivos estavam duas vezes mais expostos à perda de seus empregos, ao divórcio ou ao despejo ⁽¹³⁾.

Homens e mulheres com HIV que são tratados por suas mães vivem melhor e mais tempo.

A AIDS atinge sobretudo pessoas entre os 20 e os 40 anos de idade, deixando para trás os mais desprotegidos, ou seja, os jovens e os idosos.

Alguns médicos e cientistas sociais dos países do Sul estão conscientes de que a importância da família extensiva tem sido superdimensionada. Sem o apoio de serviços básicos de educação e saúde que ofereçam treinamento e aconselhamento, a família extensiva — que é vista por muitos como uma rede de segurança — pode ser reduzida a um mito, dizem eles. No Zâmbia, os profissionais de saúde insistem em que os programas de cuidados domiciliares que não oferecem apoio externo para as famílias são expressão de uma “negligência generalizada, e não de uma forma de organização adaptada à cultura local” (14). A única maneira realista de lidar com o número crescente de pacientes com AIDS, eles dizem, passa pelo treinamento de agentes comunitários que trabalhem com as famílias e lhes dêem apoio. Uma equipe hospitalar poderia então, quando necessário, oferecer o suporte mais adequado.

A família e o Serviço Comunitário de Assistência

O conceito de “Serviço Comunitário de Assistência” tem se incorporado, em vários níveis, aos sistemas de assistência social de muitos países industrializados. Isso significa que, sempre que possível, a assistência institucional é substituída ou complementada por um conjunto de serviços sanitários e sociais que possibilitem aos indivíduos continuar a viver em comunidade. No entanto, a falta de recursos faz às vezes com que — sobretudo em regiões menos favorecidas e caracterizadas por uma enorme demanda de serviços — as necessidades comunitárias não possam ser atendidas e com que os indivíduos se encontrem desprovidos tanto do suporte institucional, quanto do apoio comunitário.

Nos países do Norte, aonde a contaminação pela AIDS tem se dado sobretudo entre homens homossexuais, a pequena unidade familiar em que pais ou filhos foram atingidos pela AIDS é freqüentemente levada ao isolamento por razões financeiras ou sociais, que aparecem dentro de uma comunidade potencialmente hostil. Nos Estados Unidos e na Europa muitas mães solteiras que não são sustentadas por seus parceiros ou pela família lutam para tratar de si próprias e de seus filhos doentes. Outras — usuárias de drogas — têm ainda que lidar com sua própria dependência, ou a de seus parceiros.

Jeff Montforti, de São Francisco, perdeu dois filhos por causa da AIDS. Ele e sua mulher são soropositivos. Jeff admira a comunidade gay da sua cidade pela “capacidade de se ajudarem uns aos outros”. Ele acrescenta: “Mantenho contato com diversas famílias, em diferentes partes dos Estados Unidos. Se elas não conseguem integrar-se em programas de testagem de medicamentos e terapias...caem no isolamento. Há famílias por aí que não têm o descanso que necessitam... Pais que tentam lidar com o fato de estarem contaminados, ou de terem suas mulheres e crianças contaminadas, não têm para quem dizer: Eu preciso descansar,

cuide de meu filho por meia hora. Isso ainda não existe nos Estados Unidos ⁽¹⁵⁾”.

Nos Estados Unidos, a maioria das famílias com crianças contaminadas vive na periferia e é de baixa renda. Uma pesquisa realizada com 235 crianças e com suas respectivas famílias mostrou que mais de 90% viviam muito próximas ou em estado de pobreza ⁽¹⁶⁾. Um recente estudo norte-americano realizado com famílias onde mais de uma pessoa tinha AIDS constatou que o tratamento social e médico que recebiam era “frequentemente fragmentado, episódico, desestruturado e duplicado” ⁽¹⁷⁾. Mães soropositivas, com bebês também contaminados, podem perder dias inteiros correndo entre vários postos e hospitais. Uma mulher pode faltar a seus próprios compromissos por ter que tomar conta de seu filho ou de seu parceiro, ou por não contar com uma babá ou com transporte. Às vezes ela até abre mão de todo e qualquer compromisso pessoal.

É como ilustra o testemunho de Sallie Perryman, soropositiva norte-americana: “Eu tinha que me ocupar de meu marido (que apresentava os sintomas aparentes da AIDS), da casa e de um filho. Além de todas as tarefas cotidianas, eu cuidava de uma pessoa doente. Tentava atender às necessidades do meu marido e ao mesmo tempo cuidar de mim mesma e de meu filho, mas me sentia sobrecarregada”, diz ela ⁽¹⁸⁾.

Clínicas que coordenam serviços sociais e médicos para famílias em que alguém foi contaminado têm obtido sucesso, sobretudo no apoio às mais duramente atingidas. O Centro Hospitalar Bronx-Líbano, em Nova York, tem desenvolvido um modelo que atende às necessidades de uma comunidade pobre, composta por pessoas que podem ter estado em risco de infecção. O centro oferece às mães, na maternidade, serviços de aconselhamento antes e depois do teste. Serviços de assistência às mães e crianças soropositivas são oferecidos durante as consultas regulares do bebê. Tratamento e terapia complementares também são acessíveis, quando necessários. Dessa forma reduz-se, para as mães, o número de visitas à clínica ou hospital, para dar continuidade a seu próprio tratamento e ao de seus bebês. Por volta de 1985, 94% das 90 crianças inscritas nesse hospital não haviam perdido nenhuma consulta ⁽¹⁹⁾.

Muitas das pessoas que cuidam, em casa, de pessoas com AIDS têm uma enorme dificuldade para chegar às clínicas ou hospitais. Os serviços de apoio de maior eficiência para o tratamento domiciliar são parte de programas extensivos que trazem os serviços diretamente às casas. As visitas residenciais realizadas por médicos com a finalidade de supervisionar o tratamento oferecido pela família ou por amigos têm contribuído para a redução do número de visitas a clínicas e hospitais, assim como para a diminuição do tempo de permanência no hospital ⁽²⁰⁾.

Se contarem com tratamento apropriado, muitas pessoas doentes de AIDS poderão viver durante anos em suas próprias casas. Muitas delas podem preferir não morrer no hospital, e sim em casa, rodeadas pela família e pelos amigos. Em Londres, uma

Um diagnóstico de AIDS tem um impacto muito sério sobre a estabilidade emocional de toda a família.

equipe de saúde multidisciplinar — que prestava serviços domiciliares mas mantinha um hospital como base de referência — tratou de 250 pacientes num período de 18 meses e permitiu que 30% daqueles que estavam em estado terminal morressem em suas casas: um índice que correspondia, na época, ao dobro da média nacional ⁽²¹⁾.

Cuidando de quem cuida

“Eram muitas as manifestações de dor e muitas as lágrimas, que as pessoas normalmente guardavam dentro de si, dia após dia, ao tentarem lidar com uma criança ou um marido doente...”, disse Katie Bias ao descrever uma reunião de um grupo de pessoas que cuidava de pessoas com AIDS nos Estados Unidos ⁽²²⁾.

Para aqueles que tratam informalmente de pessoas com AIDS, o amor presente nessa relação é freqüentemente seu “calcanhar de Aquiles”. Os cuidados com qualquer criança, parceiro, parente ou amigo que vai morrer representam um enorme peso emocional e psicológico. A discriminação calcada no medo e na ignorância em relação à AIDS pode aumentar o sentimento de isolamento e fadiga. Geralmente as pessoas têm medo de revelar os diagnósticos, pois isto pode significar a perda do apoio prático e emocional eventualmente disponíveis para elas ⁽²³⁾.

Problemas específicos afligem os pais contaminados que têm filhos contaminados: a tristeza pela iminente perda de um filho; o isolamento e a rejeição aos quais são condenados por parentes e amigos; o sentimento de culpa de quem contaminou as pessoas que ama e a ansiedade em relação a outras possíveis gestações. Muitas dessas pessoas se afligem por não saber quem vai cuidar de seus filhos depois de sua morte e por temer que as crianças possam ser alvo de discriminação: algumas crianças com AIDS foram banidas de escolas e de enfermarias.

Além de lidar com o medo de seus filhos, os pais têm que lidar com seus próprios temores. Eles têm que decidir se devem ou não dizer a seus filhos maiores que a doença que têm é AIDS; têm que decidir o que dizer a estranhos e se devem ou não fazer o teste nos filhos que parecem estar saudáveis, mas que podem estar contaminados.

Um diagnóstico de AIDS exerce um sério impacto sobre a estabilidade emocional da família como um todo, inclusive das irmãs e irmãos de uma criança com AIDS. Um estudo mostrou que 43% dos irmãos e irmãs não-contaminados desenvolveram problemas de comportamento. As meninas eram maioria nesse grupo e os pesquisadores sugeriram que isso pode ter acontecido porque elas são as mais requisitadas para ajudar no tratamento de parentes com AIDS, especialmente quando a doença da mãe progride ⁽²⁴⁾.

As crianças podem ficar bastante apavoradas com a AIDS, sendo especialmente sensíveis à marginalização, o que pode ser um fator adicional às pressões psicológicas sofridas por seus pais. “Se ele tinha que ficar doente, porque logo a AIDS?” perguntou o irmão de uma

criança com AIDS. "Por que ele não teve câncer ou alguma outra coisa normal ⁽²⁵⁾?" "Será que a AIDS vai me transformar num monstro?" perguntou uma criança soropositiva ⁽²⁶⁾.

"Inicialmente não falamos sobre a possibilidade de eu ser soropositiva," disse Sallie Perryman sobre ela e sua filha. "Depois, falei com ela sobre isso, mas disse-lhe que não falasse sobre o assunto com seus amigos, porque lidei com muitos casos de discriminação e temia por minha filha. Eu não queria que meu diagnóstico se tornasse público na comunidade pois tinha medo por mim e por ela. Mas ela reagiu mal a este 'Não falar' e tentar esconder... Começou a demonstrar vários sinais de estresse. Hoje ela já enfrenta melhor a realidade. Mas a situação a deixou muito tensa...Eu estou tentando aliviá-la um pouco agora. Ela acha que tem que ser muito responsável. Ela tem apenas nove anos, mas é bastante amadurecida para a sua idade ⁽²⁷⁾."

Familiaridade gera solidariedade

Sem deixar de levar em consideração a prevalência geral do medo e do preconceito, um estudo canadense mostrou que as pessoas que conhecem alguém com AIDS são provavelmente mais solidárias com aquelas mais atingidas pela doença ⁽²⁸⁾. Nos países do Sul e do Norte, muitos preconceitos vão sendo derrubados na medida em que as pessoas aprendem mais sobre a AIDS, o que frequentemente ocorre através do contato com alguém contaminado. O aconselhamento de pessoas soropositivas, de suas famílias e de membros da sua comunidade é um meio de combater a discriminação, e o primeiro passo em direção à educação geral para a mudança de comportamentos.

Grupos de apoio dirigidos àqueles que cuidam de pessoas com AIDS podem ajudar a reduzir o impacto psicológico que a doença causa nos indivíduos e na coletividade. Frequentemente, outros membros da família, como pais e irmãos, juntam-se às mães nas reuniões promovidas em Los Angeles pelo grupo "Mães de pacientes com AIDS" ⁽²⁹⁾. Compartilhando experiências, grupos de apoio organizados por famílias e dirigidos para as famílias podem ser particularmente eficientes. "Nosso trabalho de aconselhamento se estrutura ao redor do núcleo familiar", diz Noerine Kaleeba. "Quando estabelecemos uma relação com um cliente, queremos atingir também esposas, maridos, filhos e qualquer outro membro da família ou amigo que queira ou precise envolver-se para oferecer apoio à pessoa doente e também para apoiarem-se uns aos outros ⁽³⁰⁾."

Os órfãos da AIDS

Ninguém sabe, exatamente, quantos são os órfãos da AIDS — sejam eles crianças saudáveis ou doentes — que tenham perdido o pai, a mãe ou ambos. A OMS estima que até o final de 1989, mais de um milhão e meio de bebês saudáveis haviam nascido de mães soropositivas. Durante os anos 90, um número adicional de

Pessoas que têm algum conhecido com HIV são mais solidárias com aquelas que foram atingidas pela AIDS.

A equipe de atendimento domiciliar 'Chikankata', na Zâmbia, aprende, através de dramatizações, como oferecer aconselhamento. Enquanto o tratamento com medicamentos alivia alguns sintomas físicos da doença, a compreensão e a solidariedade ajudam a sarar o isolamento que acomete muitas pessoas com AIDS.
Carlos Guarita/Action Aid



10 milhões de crianças não-contaminadas terão perdido um ou ambos os progenitores por causa da AIDS ⁽³¹⁾.

Nos países em desenvolvimento, onde a proporção de pessoas com idade inferior a 15 anos é duas vezes maior que nos países industrializados, cada adulto que morre deixa um número de órfãos proporcionalmente maior. Nos países do Sul, onde os serviços estatais de saúde e educação são precários, a responsabilidade por essas crianças recai frequentemente sobre os avós ou sobre outros parentes. Em Uganda, uma jornalista conheceu uma avó que, como única sobrevivente da família, ficou responsável por 12 crianças, nascidas de seus três filhos que, juntamente com suas respectivas esposas, haviam morrido de AIDS ⁽³²⁾.

Nos países do Sul, são ainda raros os orfãos que não tenham alguém para cuidar deles. No entanto, alguns relatos têm mostrado que as pessoas relutam em tomar conta de crianças cujos pais tenham morrido de AIDS porque têm medo de que elas (as crianças) também estejam contaminadas ⁽³³⁾.

Para as famílias mais pobres — que não recebem apoio do estado — as despesas adicionais com a adoção de outras crianças podem ser muito altas. Nos lugares aonde as crianças ficam aos cuidados dos avós ou passam a ser sustentadas por famílias numerosas, as crianças mais velhas, sobretudo as meninas, são as mais requisitadas para cuidar dos(as) menores assim como dos afazeres domésticos. A TASO, Organização

Estados Unidos: a adoção temporária abre uma perspectiva diferente

Foi pela televisão, que Chelly ouviu falar pela primeira vez da paternidade temporária de um bebê "frágil" (termo usado para se referir a crianças que precisam de cuidados médicos constantes, inclusive crianças com AIDS). "Eu estava assistindo a uma reportagem que mostrava como o uso do *crack* (um tipo de cocaína) pelas mães afetava os bebês", lembra ela. "Eu fiquei chocada...e...quis ajudar de alguma forma. Eu não tinha idéia de como começar e fui até a minha igreja. De lá me encaminharam a um centro de reabilitação de toxicômanos e de lá para o hospital."

Chelly não corresponde ao padrão tradicional das mães adotivas. Como profissional autônoma, solteira, ela não seria indicada para cuidar de uma criança pequena, embora pudesse ser reconhecida como capaz de cuidar de uma criança mais velha.

Como diz Chelly: "A primeira agência à qual me apresentei não compreendeu meu estilo de vida. Eu tive que lhes explicar que esta maneira de ser poderia me colocar em situação de vantagem. Meu tempo é muito flexível e eu trabalho num lugar onde posso levar meu bebê se for necessário."

A carência de pais substitutos que se disponham a cuidar de bebês com AIDS está fazendo com que as agências de adoção se tornem menos exigentes. O processo de aceitação ainda é rigoroso, mas a visão da família nuclear tradicional como a única apropriada para a adoção está sendo abandonada.

"Nós exigimos muito deles", diz Lilian Johnson, diretora assistente dos Serviços para a Família e a Criança do Departamento de Serviços Sociais de São Francisco. "Decidir levar um bebê sabendo que ele vai morrer, e cuidar dele no dia a dia — é uma carga psicológica muito pesada. E no entanto esses pais substitutos estão preparados para fazê-lo."

"Nós estamos descobrindo que as pessoas consideradas 'não tradicionais' fazem melhor esse trabalho, porque o próprio trabalho não é tradicional", diz Phyllis Gurdin, assistente social que fundou o *AIDS Foster Home Project*. "Estamos procurando pessoas que passaram por adversidades nas suas vidas e que podem lidar com isso. Não queremos pessoas que mudem de idéia quando os problemas se agravam. Não podemos ver essas crianças passar por um outro processo de abandono."

"Mulheres solteiras são excelentes mães substitutas para esses bebês; principalmente as enfermeiras ou alguém que tenha um conhecimento médico elementar. Muitos desses bebês são negros ou latinos e nós gostamos de colocá-los o mais perto possível do seu meio cultural. Nós também descobrimos que alguns dos nossos melhores pais e mães adotivos são os casais de homossexuais masculinos e femininos."

Chelly se lembra de quando foi apanhar Aisha no hospital: "Eu me dei conta de que minha vida estava mudando para sempre. Passei cerca de duas noites sem dormir; perguntei-me qual seria a reação de minha família e de meus amigos. Decidi ser bem honesta e aberta com eles. Eu precisava criar um sistema de apoio ao meu redor mas deixei que cada pessoa decidisse por si própria se queria ajudar ou não."

"No início, algumas pessoas que tinham o costume de me visitar deixaram de fazê-lo. Mas outras passaram a vir com maior frequência porque lhes fazia bem sentirem-se parte da vida de Aisha, sendo os tios e tias que toda família que se preze deve proporcionar. Eles são então uma parte muito importante do processo. Eu não poderia fazer tudo isso sozinha." Chelly encontrou também na congregação religiosa, à qual já pertencia, uma segunda extensão da família.

"Você tem um determinado número de dias para cuidar de um bebê", diz Chelly, "então todos os dias são importantes. Há uma alegria nisso tudo que só entende quem passa pela mesma situação."

Chiori Santiago, Estados Unidos

Em 1990, o orçamento médio da maioria dos programas nacionais de controle da AIDS dos países em desenvolvimento foi menor que o custo do tratamento de apenas 15 doentes nos Estados Unidos.

Nacional de Apoio à AIDS de Uganda, ajuda os pais adotivos nos gastos adicionais com os órfãos (no pagamento das mensalidades escolares, por exemplo).

Bebês que não têm para onde ir

No Mundo industrializado, onde é mais comum o pequeno núcleo familiar (pai, mãe e filhos) do que a família extensiva, os parentes de um bebê órfão raramente estão dispostos a adotá-lo. Nos Estados Unidos, o problema dos bebês órfãos em consequência da AIDS é mais drástico em Nova York e New Jersey, onde as estimativas prevêm que, até o ano de 1995, 20.000 órfãos vão necessitar de adoção temporária ou permanente ⁽³⁴⁾.

Em 1985 foi lançado, em Nova York, um programa de adoção temporária pioneiro para solucionar o problema dos "bebês internos", ou seja, recém-nascidos soropositivos que permaneceram no hospital não por razões médicas, mas porque não tinham um lar para onde ir. Muitos desses bebês foram levados para viver temporariamente com famílias adotivas. Alguns deles foram ou estão sendo adotados legalmente — a grande maioria por suas famílias substitutas. Mais de 90% dos pais adotivos recrutados continuam a participar do programa ⁽³⁵⁾.

A adoção temporária ou permanente é preferível à internação institucional, por ser uma alternativa melhor para os bebês. Além de ser uma opção mais barata, os bebês e crianças de todas as idades reagem bem a uma situação que lhes garanta cuidados contínuos. Mesmo quando bem assistidos por equipes de enfermagem que se revezam continuamente, foi comprovado que os bebês têm seu desenvolvimento físico-mental comprometido pela ausência de relacionamentos primários mais estáveis ⁽³⁶⁾.

O custo da assistência

A AIDS é uma doença cara. Os sistemas públicos de saúde de todo o mundo se esforçam para responder às necessidades de tratamento médico, mas as soluções encontradas na luta contra a AIDS não correspondem à amplitude da onda da infecção. Hoje em dia, a maioria das pessoas soropositivas ainda não desenvolveu a doença, mas a OMS prevê, em comparação com os anos 80, que um número 10 vezes maior de pessoas irá desenvolver a AIDS na década de 90.

Como afirmou Jonathan Mann, diretor do Programa Global da AIDS da OMS, "perto de 2/3 dos casos de AIDS do mundo e 3/4 das pessoas soropositivas estão nos países em desenvolvimento. Estima-se que a contribuição anual do mundo industrializado para a luta contra a AIDS nos países em desenvolvimento é de, no máximo, 200 milhões de dólares, ou menos. No ano passado, somente no Estado de Nova York, o total dos gastos com a prevenção e tratamento da AIDS foi cinco vezes maior". A demanda por recursos cresce mais rapidamente nos países e comunidades mais atingidas e menos capazes de

reagir. Em 1990, o orçamento médio da maioria dos programas nacionais da AIDS nos países em desenvolvimento foi menor que o custo do tratamento de apenas 15 pessoas nos Estados Unidos ⁽³⁷⁾.

A AIDS atingiu a África, e muitos outros países do mundo subdesenvolvido, durante uma década caracterizada por um declínio econômico sem precedentes. Ao longo dos anos 80, nos 37 países mais pobres da África e da América Latina, os investimentos per capita feitos na área da saúde sofreram uma redução de mais de 50%. Alguns deles já registraram um aumento da taxa de mortalidade infantil. Nestes países, frequentemente são as famílias mais pobres que sofrem as mais sérias conseqüências dos cortes nos gastos públicos, do aumento de preços e do desemprego ⁽³⁸⁾.

A desigualdade cresce dentro dos países e também entre eles. Muitos são os governos que disputam recursos destinados à saúde, e muito se tem discutido sobre a melhor maneira de alocar estes recursos. Globalmente, a AIDS tem sido vista como uma doença muito mais urbana que rural. Será com base nesta visão, e considerando a grande quantidade de jovens adultos das áreas urbanas que estão afetados, que há a ameaça de se continuar a destinar as verbas para hospitais e para o desenvolvimento de tecnologias de ponta? Isto é o que acreditam alguns observadores.

Nos Estados Unidos, em março de 1990, a *Food and Drug Administration* concordou, depois de uma série de análises de laboratório, com o uso do *zidovudine* (AZT) em pessoas assintomáticas cujos sistemas imunológicos tenham sido atingidos pelo HIV. Embora contestada por alguns cientistas, essa decisão é razoável no sentido de que o medicamento pode impor limites à progressão da doença quando ela se encontra em seu estágio inicial. Projeções feitas com base nestas diretrizes indicam que, nos Estados Unidos, metade das pessoas soropositivas poderão vir a ser tratadas com *zidovudine* que, se isto acontecer, o consumo de AZT poderá ser então 10 vezes maior do que o atual. O impacto destas projeções sobre o orçamento destinado ao controle da AIDS naquele país será enorme ⁽³⁹⁾. Em 1989, o custo anual estimado para a terapia à base do *zidovudine* era estimado em US\$ 5 bilhões ⁽⁴⁰⁾.

O tratamento feito com o AZT é extremamente eficaz, mas muitas das pessoas atingidas pela AIDS não têm condições financeiras de comprar o medicamento. Nos Estados Unidos, "...cerca de 35 milhões de pessoas não possuem qualquer tipo de seguro saúde, muitas delas são mal remuneradas e não podem contar com nenhum tipo de assistência social patronal. Outros milhões possuem seguros apenas parciais. Esses dois grupos formam uma população que tende a receber pouca ou nenhuma assistência à saúde", diz o comentarista norte-americano Dan Greenberg ⁽⁴¹⁾.

Para os países em desenvolvimento, a idéia de uma "intervenção precoce" baseada na utilização de medicamentos que

Na maioria dos países, o zidovudine (AZT) continua a ser caro demais para a maior parte das pessoas.

**Programas
comunitários
autênticos
podem
oferecer
ótimas
possibilidades
para a
divulgação
correta de
informações
sobre o
HIV/AIDS.**

— como o AZT — retardam a progressão da AIDS faz menos sentido ainda. De uma maneira geral, o *zidovudine* é ainda, em todo o mundo, vendido a um preço muito alto para a maioria das pessoas que dele necessitam.

Ao mesmo tempo, pesquisadores norte-americanos analisaram o tratamento hospitalar oferecido às pessoas com AIDS e observaram que as internações são freqüentemente mais longas do que o necessário. Por ser difícil a coordenação do tratamento feito fora do hospital, a alta tende a sofrer atrasos freqüentes ⁽⁴²⁾. Segundo pesquisadores norte-americanos e mexicanos, os custos diários decorrentes da hospitalização representam a parte essencial dos custos relacionados ao tratamento de pessoas com AIDS. A redução do número e do período das internações permitiria uma diminuição considerável destes custos totais ⁽⁴³⁾.

De acordo com estudo realizado, as crianças com AIDS nos Estados Unidos são hospitalizadas com maior freqüência do que os adultos ⁽⁴⁴⁾, e com custos três vezes maiores ⁽⁴⁵⁾. Isso acontece porque as crianças apresentam um maior número de infecções e, muitas vezes, não podem receber alta na medida em que seus pais morreram ou estão doentes e não podem cuidar delas em casa. No Harlem Hospital, em Nova York, mais de 20% dos gastos pediátricos com a AIDS e 1/3 do total de internações estão mais ligados a fatores sociais que médicos ⁽⁴⁶⁾.

O tratamento hospitalar só pode ser substituído por um tratamento externo se for possível cuidar do doente em casa — o que normalmente é feito por mulheres.

“Nos países do Sul, os programas de Assistência Primária à Saúde têm se apoiado na multiplicidade de papéis tradicionalmente desempenhados pelas mulheres. Estratégias ligadas à saúde infantil, por exemplo, insistem na educação das mães para a questão do desmame. Avós analfabetas aprendem técnicas mais seguras para os partos caseiros enquanto as irmãs aprendem técnicas de fisioterapia com as quais podem ajudar seus irmãos(ãs) deficientes. Será necessário ampliar a abrangência e reforçar a sustentabilidade da resposta positiva da comunidade para apoiar estas práticas. “Será necessário, também, assegurar que sejam reconhecidos e apoiados de forma prática os custos arcados pelas mulheres”, diz Dra. Marie-Thérèse Feuerstein, uma consultora da área de saúde.

Ela continua: “O problema, no entanto, é que esses cuidados primários de saúde estão sofrendo o impacto da recessão econômica. Em muitas áreas, as infra-estruturas sanitária e social permanecem muito centralizadas, tornando inviáveis respostas ágeis para necessidades mais localizadas. Em alguns lugares, a crescente tendência à ‘privatização e comercialização’ contraria os modelos de política e de ação necessários ao controle da pandemia da AIDS. Além disso, a maioria das análises de conjuntura, elaboração de políticas, ações e estratégias de monitoramento realizadas no campo da prevenção e

controle da AIDS tendem a refletir conceitos ocidentais e são implementadas por instituições majoritariamente masculinas. Isto limita um envolvimento mais amplo e igualitário das mulheres ⁽⁴⁷⁾."

O isolamento de pessoas contaminadas alimenta a discriminação.

Nova parceria: os profissionais de saúde e a família

"Qualquer tentativa de prevenção e de assistência relacionada à AIDS deve envolver profissionais de diferentes áreas e diferentes níveis: professores, pais, profissionais de saúde, assistentes sociais, curandeiros e parteiras, além das famílias e das comunidades," diz a professora primária Fernanda Ramos, membro fundador da representação senegalesa da Sociedade Africana para Mulheres e AIDS (SWAA) ⁽⁴⁸⁾.

É no contexto dos programas comunitários de atenção aos doentes de AIDS que se apresentam as melhores oportunidades para a divulgação de informações precisas sobre a AIDS e para um trabalho que possa levar as pessoas a modificarem seus comportamentos com o objetivo de se protegerem da doença. O isolamento das pessoas contaminadas alimenta a discriminação e faz com que os outros acreditem que estão imunes ao risco.

Sugestões de modificação nas práticas de atendimento à saúde direcionadas para um controle da pandemia da AIDS devem ser analisadas no contexto da política mais ampla que, ao final dos anos 70 e durante os anos 80, inspirou os princípios do Atendimento Primário à Saúde nos países do Sul e o Atendimento Comunitário à Saúde nos países do Norte. Estes dois conceitos baseiam-se essencialmente numa mudança radical da relação dos serviços públicos de saúde com outros tipos de serviço e com as famílias dos pacientes. Segundo Susan Rifkin e Gill Walt, da Escola Londrina de Higiene e Medicina Tropical, não se trata "simplesmente de melhorar os serviços de saúde. É a compreensão do conjunto de fatores sociais, políticos e econômicos que pode levar a uma melhoria da saúde" ⁽⁴⁹⁾.

Em comunidades de todo o mundo as organizações populares corresponderam antes dos governos aos apelos muitas vezes desesperados pela prevenção e tratamento da AIDS. As pessoas soropositivas decidiram participar dos programas de prevenção, tratamento e pesquisa. A relação do profissional de saúde com o paciente está sendo radicalmente questionada. É essencial incluir nos debates e decisões, as pessoas que cuidam — em casa — dos doentes com AIDS. Alguns pesquisadores norte-americanos dizem que é também fundamental reconhecer as experiências acumuladas por estas pessoas no convívio com os doentes ⁽⁵⁰⁾.

A pandemia da AIDS tem mostrado o quanto a maioria das sociedades está longe de pôr em prática os princípios do Atendi-

mento Primário à Saúde e do Atendimento Comunitário. Valorizar e investir no potencial de recursos humanos disponíveis junto às famílias e comunidades pode até ser a intenção explicitada, mas a realidade freqüentemente reflete a negligência oficial e a exploração dos serviços gratuitos dessas pessoas, em sua maioria mulheres. Somente com uma realocação de recursos públicos voltada para o reconhecimento e promoção do tratamento caseiro e comunitário será possível restabelecer o equilíbrio necessário a um trabalho bem sucedido.

A PREVENÇÃO DA AIDS E O STATUS DA MULHER

“O momento não é só de dizer 'não' ao sexo não desejado, ao sexo sem proteção, ou à gravidez indesejada — o momento é de dizer não também à desigualdade, à discriminação e à falta de opções. É preciso ousar... Em muitas sociedades o ensino e o diálogo aberto sobre a sexualidade têm sido liberados pela primeira vez, em decorrência da AIDS. É necessário que esse diálogo promova a ampliação da consciência e da discussão sobre os papéis de gênero, sobre as dimensões sociais e econômicas do que significa a insistência no uso do preservativo, ou em simplesmente dizer 'não', disse Jonathan Mann, diretor do Programa Global da AIDS da OMS, quando falava na Primeira Conferência Internacional sobre as Consequências da AIDS para Mulheres e Crianças, em 1989 ⁽¹⁾.

Na medida em que aumentam os índices de contaminação heterossexual da AIDS, fica mais clara a relação entre superioridade social e econômica e comportamento de risco ⁽²⁾. Essa equação não é nova. Sabe-se que os pobres e menos favorecidos são mais atingidos por doenças de risco já controlado e que esse contingente é composto por um número cada vez maior de mulheres. “A feminização da pobreza é cada vez mais típica, tanto dos países mais pobres quanto dos mais ricos... Nos Estados Unidos, um dos países mais prósperos do mundo, dois entre cada três adultos que viviam abaixo do nível de pobreza em 1983 eram mulheres... Mas entre todos aqueles que vivem na miséria, são as mulheres do meio rural do Terceiro Mundo as mais desfavorecidas” ⁽³⁾. O peso da infecção pelo HIV recai mais pesadamente sobre as mulheres miseráveis das comunidades mais pobres. As implicações e consequências da mudança dos padrões de contaminação são consideráveis.

Em 1990, ao fim da primeira década da pandemia da AIDS, as evidências mais concretas de mudança de comportamento vêm das estatísticas realizadas nos Estados Unidos e na Europa, demonstrando que os homossexuais masculinos estão adotando comportamentos seguros. O mundo tem ainda muito a aprender com essas experiências, contudo, repeti-las no contexto mais amplo da comunidade heterossexual e dos países do Sul pode ser algo muito difícil.

É importante ressaltar o caráter único da comunidade homossexual norte-americana que foi pioneira na educação sobre a AIDS. Apesar de marginalizada, ela conta com uma série de

**Mulheres com
HIV/AIDS
podem ser
educadoras
altamente
eficientes.**

vantagens. Trata-se de um grupo fundamentalmente coeso, caracterizado por altos níveis de educação e emprego. Confrontada com preconceitos em períodos anteriores à era da AIDS, tendo então estruturado e dinamizado redes politizadas e especializadas no exercício de *lobbying* (pressão) com acesso à mídia e a recursos financeiros, esta comunidade foi capaz de mobilizar milhares de voluntários para quem a AIDS era uma preocupação prioritária.

Nos países do Norte constitui-se de negras ou latinas grande parte das mulheres atingidas pela AIDS seja individualmente, ou como mães e responsáveis pelos cuidados com os(as) doentes. Pesquisas realizadas em Nova York, junto aos serviços de combate à AIDS nessas comunidades, mostram que estes não dispõem dos recursos para aplicar na estruturação de redes e grupos de pressão ⁽⁴⁾. A maior parte do tempo e do dinheiro disponível é necessariamente canalizada para a prestação de serviços. Nos países em desenvolvimento esses recursos são ainda mais escassos.

Participação

"Toda política se baseia num processo e num conteúdo: mas será que o processo tem envolvido as mulheres, as mais duramente afetadas pelas políticas?" perguntou Jonathan Mann em 1989 ⁽⁵⁾. Se as mulheres não participarem das instâncias superiores de definição das políticas, as pesquisas e os programas de educação elaborados em função de suas necessidades continuarão a receber recursos insuficientes.

De uma maneira geral, pouca atenção tem sido dada às pesquisas médicas e comportamentais relacionadas aos aspectos da AIDS que afetam especificamente as mulheres, como por exemplo, os efeitos do AZT nas mulheres e nas crianças ou os métodos de prevenção do HIV que possam ser controlados por mulheres. Além disto não são canalizados recursos suficientes para os programas de educação concebidos especificamente para mulheres. Acontece agora, com a AIDS, a mesma coisa que aconteceu com as estratégias de desenvolvimento desde os anos 60: os responsáveis pelo planejamento, pela conceituação e pela implementação dessas estratégias ignoraram completamente o papel das mulheres no processo de desenvolvimento ⁽⁶⁾.

As organizações de mulheres e as pessoas preocupadas com o impacto da AIDS sobre as mulheres estão reivindicando mais recursos. "Na história das iniciativas desenvolvimentistas, as mulheres têm sido educadas para modificar um determinado comportamento familiar mas, na maioria das vezes, isto ocorre sem que elas possam contar com os serviços e os instrumentos que facilitem esta mudança," diz Chloe O'Gara, membro da organização norte-americana AIDSCOM ⁽⁷⁾. "Ter mais poder de decisão sobre a alocação de recursos, este seria um passo fundamental", argumenta Marge Berer, membro da Rede Global de

Mulheres pelos Direitos Reprodutivos. "As escolhas e prioridades das mulheres precisam encontrar eco junto aos responsáveis pelas políticas públicas. Se as mulheres não falam nem agem no sentido de fortalecerem-se, seja na arena econômica, nos movimentos ambientalistas, nas instituições educacionais, de saúde ou moradia, nossos interesses serão esquecidos ou serão submetidos aos interesses dos homens," ela adverte ⁽⁸⁾.

***As pessoas
ficam
impressionadas
quando
percebem que
não somos
monstros de
três cabeças.***

Comunicação de mulher para mulher

A divulgação de informações sobre como as mulheres podem se proteger do HIV tornou-se um objetivo importante para educadoras de toda parte e de todas as comunidades do mundo.

Mulheres portadoras do HIV ou que vivem com AIDS têm se demonstrado porta-vozes poderosas. Seu envolvimento aumenta de forma contundente o impacto da informação que oferecem ⁽⁹⁾. "Durante as falas, podemos ver nos rostos das pessoas que elas ficam impressionadas quando percebem que não somos monstros de três cabeças e que, de fato, temos estilos de vida muito semelhantes aos delas," diz Sheila Gilchrist, da organização britânica *Positively Women*. "O estigma da AIDS faz com que algumas pessoas passem a nos perceber como uma raça diferente, o que não é real. Nossas necessidades são as mesmas que as de qualquer outra pessoa: nós precisamos de um teto para morar, de comida e de um certo grau de estabilidade em nossas vidas. Nós somos apenas mães que tentam criar seus filhos da melhor maneira possível ⁽¹⁰⁾."

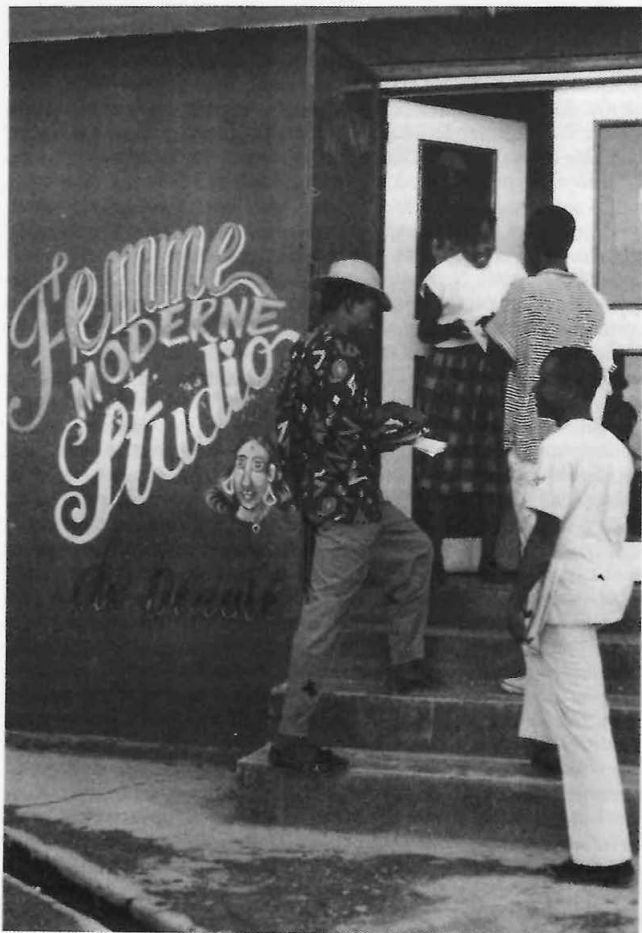
Os educadores e aconselhadores devem recorrer à linguagem utilizada por seu público alvo. Como explica Katie Bias, uma mulher soropositiva, que trabalha na Fundação Norte-americana de Hemofilia: "No início, chegar às informações corretas a serem repassadas para os diferentes grupos é um objetivo que deve ser levado às últimas consequências. A informação tem que ser apropriada à cultura do grupo e, por isto, temos que recorrer às pessoas que melhor conhecem a comunidade para fazer uma adaptação das mensagens. As publicações e os vídeos devem ser adequados às necessidades... temos que deixar de lado nossos tabus sobre o que deve ou o que não deve ser discutido...temos, simplesmente, que nos expressar da melhor maneira possível, mesmo que seja através de palavras que a sociedade não aceita bem; temos que escolher entre isso ou o alastramento crescente da doença" ⁽¹¹⁾.

Para serem eficazes, as mensagens educativas devem ser transmitidas por pessoas que inspiram confiança dentro da comunidade. "O apoio tem que vir de dentro da comunidade," diz Sallie Perryman, do Instituto da AIDS de Nova York, criada e educada no Brooklyn, um bairro de população predominantemente negra. "Há uma desconfiança latente porque...até este momento nada foi feito na nossa comunidade no sentido de melhorar a qualidade do atendimento médico e de outros ser-

viços vindos de fora. Nossa comunidade precisa encarar o problema de frente e conquistar a assistência externa. Precisamos de recursos externos, mas eles têm que chegar através de pessoas que falem uma linguagem adequada... Em primeiro lugar é preciso superar o problema da desconfiança ⁽¹²⁾."

Para que a mudança de comportamento aconteça, é necessário que os(as) educadores(as) ofereçam alternativas aos padrões de comportamento já existentes que sejam positivas, realistas e viáveis. As pessoas mais propensas a preencher esse critério são

*"Mulher Moderna -
Salão de beleza"
Se é que a educação
para a AIDS precisa
ser bem sucedida,
ela tem que ser
inovadora com
relação ao local e ao
momento para
atingir o público. No
Haiti, agentes de
saúde escolheram os
salões de beleza de
Port-au-Prince como
uma boa base de
divulgação, para a
cidade, de
informações sobre o
preservativo e a AIDS.
Hilary Hughes/AIDS
Action*



os educadores(as) oriundos(as) da própria comunidade. "Experiências em grupo e um subsequente treinamento neste tipo de educação resultou na transformação de mulheres, que nunca tinham imaginado desempenhar este papel, em oradoras públicas", dizem alguns pesquisadores ⁽¹³⁾.

Abordar as pessoas na rua, nos lugares onde moram e trabalham para falar de AIDS é uma prática freqüente dentro dos programas educativos desenvolvidos por mulheres em várias partes do mundo. Em Nova York, no Brooklyn, a Associação para a Prevenção e Tratamento do Abuso de Drogas (ADAPT) desenvolve um projeto como esse em áreas que apresentam altos índices de uso de drogas. Além disto, grupos de apoio e um centro de aconselhamento oferecem espaço para que as mulheres possam conversar livremente. A maioria das mulheres atendidas pela ADAPT são latinas ou negras de idades entre 16 e 25 anos. São em geral prostitutas e muitas delas — assim como muitos de seus clientes — usam drogas injetáveis. Os funcionários da ADAPT lhes oferecem preservativos, leituras sobre a AIDS e agulhas esterilizadas. Se solicitarem, as mulheres podem ser encaminhadas pela ADAPT a tratamentos de desintoxicação e podem receber ajuda em suas tentativas de abandonar a prostituição, mas o principal objetivo do programa é a redução do risco ⁽¹⁴⁾.

No Haiti, o Centro Comunitário Haitiano de Serviços Sociais trabalha com base em contatos com os coloridos salões de beleza das comunidades pobres da capital, Port-au-Prince. Os proprietários desses salões tornaram-se educadores eficientes, distribuindo panfletos e preservativos e discutindo sobre AIDS com seus clientes — que representam aproximadamente três quartos das mulheres da cidade ⁽¹⁵⁾.

É fundamental descobrir quais são as questões que afetam as mulheres mais profundamente. "Às vezes visitamos mulheres que não parecem se interessar muito pelo tema. Para estas mulheres, o assunto AIDS é algo distante, desconectado de suas vidas, mas elas mudam imediatamente esta postura quando mencionamos os perigos que seus filhos enfrentam", diz a professora Lourdes Arguelles que dirige o Programa de Educação Comunitária para Mulheres em Long Beach, Califórnia. A principal personagem de um dos vídeos utilizados pelo programa era uma mulher da Guatemala cujo filho tem o HIV. A história pessoal desta mulher causa, junto a este público, um impacto mais forte que qualquer relato de estatísticas sobre a AIDS ⁽¹⁶⁾.

Redes

Recentemente, um certo número de redes e coalizões foram sendo estabelecidas para atender às questões específicas que a AIDS coloca para as mulheres. A Sociedade para Mulheres e AIDS na África (SWAA), por exemplo, é uma organização de alcance continental que foi fundada em 1988. "A organização surgiu quando profissionais de diversas áreas — todas mulheres — decidiram se organizar, e assumir uma liderança baseada na compreensão clara

Com a propagação da AIDS, é urgente enfatizar novamente a necessidade de uma maior participação masculina no controle da fertilidade.

do papel determinante que querem assumir como cientistas, esposas, mães, irmãs, líderes comunitárias e formuladoras de políticas públicas comprometidas com a melhoria do atendimento à saúde e das condições sociais das mulheres. Isto será feito a partir da perspectiva da mulher e levando em consideração diferentes crenças e costumes que são profundamente enraizados na cultura das sociedades africanas, assim como as realidades e necessidades sócio-econômicas da mulher africana ⁽¹⁷⁾. A SWAA conta agora com ramificações nacionais em 15 países da África.

Programas de conscientização sobre a AIDS podem ser também organizados dentro de serviços e redes já existentes. Nos Estados Unidos, por exemplo, as mulheres mais expostas à infecção pelo HIV, entre elas as adolescentes, as usuárias de drogas e seus(suas) parceiros(as), são grupos dificilmente abrangidos pelos sistemas tradicionais de educação para a saúde. Mas essas mulheres são assistidas regularmente por profissionais das clínicas de planejamento familiar e de tratamento de toxicômanos, ou de outros serviços médicos e sociais. A Rede Norte-Americana AIDS e Mulheres recomenda que se ofereça treinamento e apoio a esse leque de profissionais para que eles se tornem também educadores para a AIDS junto a seu público feminino.

Instituições religiosas também podem oferecer redes de apoio que atinjam as mulheres. Em grupos que desenvolvem trabalho pastoral relacionado à saúde, mulheres e crianças, as lideranças — geralmente femininas — dispõem de alta credibilidade. No Brasil, por exemplo, uma pesquisa recente revelou que 80% da população vê a Igreja como a mais confiável das instituições oficiais ⁽¹⁸⁾.

As organizações de mulheres também estão assumindo o desafio de trabalhar com a AIDS. As experiências que estas organizações tiveram anteriormente na abordagem de questões delicadas lhes tem sido útil quando passam a trabalhar com a AIDS. No Zimbábue, o Grupo de Ação das Mulheres de Harare (WAG) entrevistou homens e mulheres de áreas urbanas e rurais para saber quais eram suas preocupações em relação à AIDS. Depois de discutirem com médicos e sociólogos os resultados da pesquisa, elas produziram uma história em quadrinhos que chamaram de "AIDS: Vamos lutar juntos contra isso". O estilo é bem "pé-no-chão", com linguagem acessível e usando personagens com idades e histórias de vida diferentes com os quais os leitores podem se identificar facilmente.

Planejamento familiar

As redes de planejamento familiar e saúde materno-infantil são excelentes vias de contato com as mulheres de uma comunidade. Mas não são suficientes pois milhões de mulheres raramente têm acesso a qualquer forma de aconselhamento ou a métodos ou produtos contraceptivos.

Os riscos são evidentes. Quinhentas mil mulheres morrem a cada ano em consequência de muitas gestações seguidas,



associadas a um atendimento precário à saúde — esse número de mortes equivale à queda de um avião Jumbo a cada quatro horas, todos os dias, sem sobreviventes ⁽¹⁹⁾. A maioria dessas vítimas vêm dos países do Sul: 99% das mortes maternas ocorrem nos países em desenvolvimento, sobretudo entre as mulheres mais pobres. Nos países onde o aborto seguro não é oferecido oficialmente, cerca de 200.000 mulheres morrem a cada ano em consequência de abortos ilegais; outros milhões sofrem seqüelas irreversíveis em consequência das tentativas de limitar o número de filhos ⁽²⁰⁾.

Além de reivindicarem melhores informações e tecnologias contraceptivas (o preservativo feminino, por exemplo), as mulheres apontam para a necessidade de educar também os homens para que estes assumam suas responsabilidades. Mesmo antes do aparecimento da AIDS, os profissionais de planejamento familiar dos países do Norte chamavam a atenção para o fato de que os homens, particularmente os mais jovens, estavam abdicando de qualquer responsabilidade sobre as relações sexuais: “o preço pago pelas mulheres jovens, depois da conquista de uma autonomia contraceptiva proporcionada pela pílula, foi uma crescente indiferença de seus parceiros no que se refere a preparar-se de forma responsável para as relações sexuais...”, comenta Philip Meredith, da *International Planned Parenthood Federation* (IPPF). “Na metade dos anos 70, quando começam a aparecer os efeitos colaterais da ‘maravilhosa droga contraceptiva’, já foi difícil persuadir os homens a aceitarem de volta a responsabilidade de

Trocando a informação em múndos: se a promoção do uso do preservativo e o aconselhamento sobre planejamento familiar estiverem em boas mãos, barreiras poderão ser rompidas e uma discussão aberta possibilitará até mesmo o riso.

Folheto da Benfam – Brasil

dividir as decisões sobre a contracepção, como faziam as gerações anteriores, quando os únicos métodos existentes eram o preservativo e o diafragma," acrescenta Philip Meredith.

O argumento a favor de um maior envolvimento masculino está longe de ser aceito por unanimidade. "Muitas mulheres... particularmente nos países em desenvolvimento, ficariam apreensivas diante da perspectiva de ver o movimento de planejamento familiar enfatizando a participação masculina no controle da fertilidade," reco-

Redes de planejamento familiar voltadas para mulheres e homens

Sempre se diz que os profissionais de planejamento familiar estão qualificados para assumir a prevenção da AIDS. A experiência tem mostrado, contudo, que os programas de planejamento familiar necessitam de uma nova direção quando incorporam a orientação sobre a prática do sexo seguro como parte da sua rotina de trabalho. Esta alternativa ainda é melhor do que organizar programas paralelos.

Para se falar da AIDS com as pessoas abrangidas por esses programas, é necessário falar de relações sexuais, número de parceiros e tipos de práticas sexuais. Tudo isso pode ser visto, tanto pelo profissional quanto pelo cliente, como uma invasão da privacidade, uma situação embaraçosa, ameaçadora e desgastante que acaba, no fim do dia, por não resultar em muitos avanços.

Além do mais, embora a mútua responsabilidade e a troca de idéias entre parceiros, sobre o planejamento familiar, sempre tenham sido encorajadas, muitas mulheres obtêm nas clínicas um método de contracepção feminino, como a pílula por exemplo, sem que seus parceiros se envolvam ou mesmo estejam informados da decisão. Os profissionais sensibilizados com a questão dos direitos das mulheres muitas vezes mantêm as coisas dessa maneira para garantir que a clínica seja um lugar onde as mulheres sintam autonomia sobre seus corpos. Pode ser também que esses profissionais (a maioria deles mulheres) sintam um certo desconforto diante da possibilidade de ter que examinar e aconselhar o pouco familiar cliente masculino.

Essa situação terá que mudar, pelo menos até que métodos femininos de barreira estejam disponíveis, já que a camisinha é um método masculino e sua utilização depende, em geral, de um acordo com os homens. Os profissionais precisam ser treinados para poder aconselhar homens e casais e para trabalhar com grupos masculinos de todas as idades, assim como fazem com as mulheres. O estímulo ao sexo seguro só poderá ser feito de maneira impactante na medida em que os homens forem tratados como seres humanos responsáveis e cuidadosos e não mais como crianças irresponsáveis que têm que ser seduzidas ou bajuladas para assumir um bom comportamento.

Os programas de planejamento familiar podem, também, ampliar seus serviços para incluir o diagnóstico precoce de todas as DSTs baseado no levantamento adequado da história sexual e na anamnese dos pacientes. Geralmente, as mulheres preferem ser cheacas a respeito de DSTs na Associação de Planejamento Familiar (FPA) em vez dos Postos de Saúde locais, simplesmente porque preferem ser atendidas por uma mulher. A ênfase na proteção da fertilidade e da saúde materno-infantil pode eliminar os possíveis preconceitos com relação ao envolvimento com a AIDS e promover a imagem da FPA como uma organização preocupada com a saúde da família e não apenas com o "controle da natalidade".

Gill Gordon, consultor em comunicação e educação da Unidade da AIDS da International Planned Parenthood Federation, no Reino Unido.

nhece Meredith. "A história da luta das mulheres pelo controle de sua fertilidade através do uso de contraceptivos é relativamente nova, e essa luta tinha também o objetivo de diminuir o controle autoritário exercido por parceiros homens e pelo conjunto masculino de lideranças comunitárias, profissionais de saúde etc.", acrescenta ele ⁽²¹⁾. Com a difusão da AIDS, e sem que exista ainda um método de barreira que possa ser controlado pelas mulheres e que proteja da doença, a necessidade da participação do homem na contracepção retoma um caráter de urgência.

Os cuidados ginecológicos de rotina oferecidos por médicos locais poderiam abrir possibilidades para fazer chegar às mulheres informações sobre a prevenção e tratamento da AIDS e das DSTs. A médica holandesa Marge Meijer diz que muitas mulheres só revelam possíveis sintomas de DSTs quando interrogadas objetivamente a respeito de dores abdominais, corrimentos ou desconforto durante a relação sexual. Essa "estimulação sutil" é muito importante, já que "as mulheres normalmente se acostumam a esses problemas, deixando-os de lado por se sentirem envergonhadas de falar sobre eles com seu médico". Na época, aproximadamente 70% dos pacientes de DSTs da Dra. Marge Meijer eram mulheres, a maioria delas com idade inferior a 30 anos. Marge acredita firmemente que os médicos devem aproveitar todas as oportunidades possíveis para passar informações sobre as consequências, a longo prazo, do sexo sem proteção, particularmente o risco da infertilidade. O desejo de proteger a fertilidade pode ser um forte estímulo para que as mulheres se decidam pela prática do sexo seguro ⁽²²⁾.

O sexo seguro é a única opção de proteção para mulheres que trabalham como prostitutas.

Estratégias de transformação: controle versus empowerment

Neste início dos anos 90, há poucos indícios de que as mulheres estejam modificando seu comportamento sexual para protegerem-se da AIDS. Um grupo que apresenta exemplos positivos de mudança resultantes de um melhor acesso à informação é o das trabalhadoras do sexo. Assim como na experiências da comunidade homossexual, aqui também há lições para compartilhar. Um debate que pode ser fundamental para motivar mudanças de comportamento é aquele que confronta propostas de regulamentação e controle com propostas voltadas para uma ampliação do espaço de ação das mulheres.

A pandemia da AIDS tem concentrado as atenções sobre trabalhadoras do sexo de forma considerável. Numa primeira instância de análises, é lógica a preocupação com o lugar que ocupam na cadeia humana da transmissão do HIV. Qualquer pessoa que faça sexo sem proteção com um certo número de parceiros(as) corre o risco de contrair o HIV e precisa ser capaz de proteger a si próprio(a) e a seus parceiros(as). Os cientistas que seguem o rastro do HIV estão conscientes de que as pessoas que

trocam muito de parceiros e que praticam o sexo sem proteção são agentes que provocam impacto desproporcional sobre a propagação da AIDS.

Além do mais, sublinham as organizações de prostitutas, as questões relacionadas ao sexo seguro são as mesmas para elas e para qualquer outra pessoa, pois não é a prostituição em si, mas o comportamento sexual que determina o risco. Cheryl Overs, do Coletivo de Prostitutas Victoria, na Austrália, argumenta que "o sexo seguro é a única opção tanto para as trabalhadoras do sexo como para qualquer outra pessoa. Por que proibir as práticas sexuais das prostitutas, se outras pessoas que podem transmitir o vírus não sofrem este tipo de proibição? O fato do dinheiro trocar de mãos não tem relevância. O vírus não viaja nas notas do dinheiro..."⁽²³⁾.

Porém, segundo Priscilla Alexander, antiga co-diretora da *Coyote — US National Task Force on Prostitution*, a lógica desses argumentos esbarra em atitudes emocionais e fortemente preconceituosas com relação à prostituição e, de uma maneira geral, à sexualidade feminina; estas atitudes se revelam no tipo de linguagem utilizado. "As prostitutas raramente são referidas pela literatura científica como mulheres que precisam de determinados serviços por causa de suas 'doenças', mas como 'reservatórios de infecções', 'poços de doenças' e 'o único e mais importante fator de transmissão do HIV'. Por outro lado, as esposas dos homens que foram contaminados com o HIV são chamadas de 'vítimas'... Por que motivo a sociedade vê as prostitutas como 'fonte de contágio' e não como 'recipientes'? ... discussões sobre maneiras de impedir a difusão da AIDS dão mais ênfase aos riscos e à conveniência dos clientes", ela acrescenta⁽²⁴⁾. Com ou sem a ameaça do HIV, é essa percepção das prostitutas como mulheres perigosas que justifica as políticas de discriminação, controle ou até mesmo encarceramento. Mas nos lugares onde as trabalhadoras do sexo avançaram no sentido de proteger a si próprias (e portanto a seus clientes e parceiros), a mudança se apoiou no fortalecimento da ação individual dessas mulheres e não do controle que se tenha exercido sobre elas.

O poder das prostitutas

Alguns dos melhores exemplos de programas que incentivam mudanças de comportamento e encorajam as mulheres a assumir papéis de liderança são os projetos de educação conduzidos por trabalhadoras do sexo. Neles, o acesso à informação resultou em ações efetivas.

O Coletivo de Prostitutas Victoria, na Austrália, conduz uma série de programas que visam a integração do conhecimento sobre a prevenção da AIDS em todos os setores da indústria do sexo, que foi recentemente legalizada naquele país. Entre suas atividades mais inovadoras, está uma campanha denominada "alô marinho" que oferece educação sobre a AIDS aos marinheiros que estão de passagem⁽²⁵⁾. Em Amsterdã, na Holanda, o grupo de

defesa dos direitos das prostitutas *De Rode Draad* (O Fio Vermelho) conduziu uma campanha rumorosa dirigida a trabalhadoras da indústria do sexo e seus clientes, usando um adesivo que dizia "*Ik Doe Het Met*" — Eu transo com (preservativo). Os adesivos foram postos em banheiros de bares e discotecas e algumas mulheres os colocaram em suas vitrines a fim de informar seus possíveis clientes.

Mesmo com as dificuldades relacionadas ao uso, acesso e custo dos preservativos para as prostitutas, alguns programas registram um incrível aumento no uso de camisinhas — e uma conseqüente diminuição no número de novos casos de infecção por HIV.

Na Nigéria, foi lançada uma série de projetos dirigidos a prostitutas com o objetivo de limitar a propagação da infecção. No Estado de Borno, por exemplo, mais de 1.000 prostitutas foram testadas, entre 1987 e 1988, e se beneficiaram com as atividades de educação e aconselhamento sobre saúde. Grande parte desse grupo passou a usar cotidianamente o preservativo. Um estudo de acompanhamento, realizado em 1989, mostrou que o índice de infecção por HIV era de 1,6% entre aquelas envolvidas nos programas de conscientização, e de 6,1% entre as mulheres que não haviam recebido aconselhamento ⁽²⁶⁾.

Em Accra (Gana), trabalhadoras do sexo selecionadas em 1987, numa determinada comunidade, receberam explicações sobre o uso do preservativo e ganharam uma quantidade de outros para distribuir entre outras companheiras. Foram realizados testes que acusaram 6% de soropositividade entre essas mulheres. Apesar de que muitas delas já tivessem ouvido falar da AIDS, a qualidade da informação recebida não era confiável. Dois anos depois o comportamento dessas mulheres mudou. Aos clientes que se recusavam a usar preservativos passou a ser colocada uma escolha muito clara: ou vestiam as camisinhas ou iam embora. Como diz Alice, representante de uma associação de prostitutas: "Não podíamos nos arriscar a pegar essa doença apenas por dinheiro" ⁽²⁷⁾.

De acordo com o especialista em AIDS de Gana, o médico Alfred Neequaye, muitas das prostitutas mais pobres "vêm a si mesmas como vítimas de uma sociedade injusta, em primeiro lugar como resultado do subdesenvolvimento e, em segundo, por causa da tradicional discriminação contra as mulheres... muitas delas acham que fazem esse trabalho para sobreviver, mas ficariam obviamente felizes se tivessem outra alternativa de emprego" ⁽²⁸⁾. A partir daí, alguns projetos tentam — paralelamente às campanhas de educação e à distribuição de preservativos — in-

"Eu transo com"
(preservativo): um
adesivo usado por
prostitutas
holandesas adverte
os clientes
antecipadamente.
De Rode Draad,
Amsterdã, Holanda.



Entre as mulheres que trabalham como prostitutas, podemos encontrar alguns dos exemplos mais bem sucedidos de mudanças de comportamento que levaram a práticas sexuais mais seguras.

trouzir atividades geradoras de renda como uma alternativa de longo prazo para a prostituição.

Regulamentação e controle

Segundo os grupos de mulheres e profissionais que trabalham com a AIDS, a identificação do risco de infecção por HIV com a relação com prostitutas poderia trazer consequências sérias para a saúde pública. A estigmatização das prostitutas como causadoras e propagadoras do HIV leva muitas pessoas a acreditar que estão fora de risco e, conseqüentemente, estimula medidas destinadas a proteger os clientes e não as mulheres ⁽²⁹⁾. Em 1988, alguns participantes de uma consultoria organizada pela OMS sobre a prevenção e controle de DSTs entre prostitutas e seus clientes criticaram a realização compulsória do teste HIV para prostitutas e a distribuição de "cartões que apresentavam as portadoras como soronegativas". Para eles, estas iniciativas "impediam a implementação de medidas de prevenção efetivas" porque encorajavam os clientes, que podiam estar contaminados, a se recusarem a usar preservativos com essas mulheres por acharem que não estavam correndo riscos — o que as colocava numa situação de alta vulnerabilidade. Por outro lado, os testes não são uma garantia em si, pois as pessoas contaminadas recentemente podem não produzir anticorpos ao vírus durante muitos meses. A consultoria chamou atenção para a inutilidade de tentativas de proibir legalmente a prostituição sem oferecer uma reciclagem profissional e outras alternativas de trabalho. Lembrou ainda que medidas repressivas poderiam levar à prática da prostituição clandestina, prejudicando assim os programas de prevenção da AIDS ⁽³⁰⁾.

Além do mais, algumas mulheres não têm outra escolha a não ser continuar trabalhando. Um estudo realizado com prostitutas filipinas mostrou que algumas mulheres soropositivas continuavam a trabalhar durante vários meses depois da invalidação de sua licença oficial. Os pesquisadores concluíram que aconselhamento e treinamento para outras atividades são mais efetivos para a mudança de comportamento ⁽³¹⁾.

A primeira década da pandemia da AIDS foi marcada por conflitos, encarceramentos e casos judiciais que resultaram da tentativa de policiar as trabalhadoras do sexo. "Treze estados norte-americanos exigem que qualquer pessoa acusada ou condenada pela prática da prostituição seja submetida ao teste de anticorpos do HIV. A Suécia, a Alemanha e a Austrália colocaram em quarentena algumas mulheres que continuaram a trabalhar como prostitutas mesmo depois de saberem que eram soropositivas," diz Priscilla Alexander, uma norte-americana que trabalha com AIDS. Na Índia, prostitutas soropositivas ficaram detidas, às vezes durante vários anos. E na Tailândia, foram distribuídos cartões de identidade especiais para prostitutas soronegativas. As soropositivas perderam seus empregos e foram mandadas de volta para suas cidades, sendo substituídas por outras mulheres jovens, em busca de uma fonte de renda. "O que eles vão fazer quando chegarem

Criando uma alternativa à prostituição

Em Kaolack, Senegal, um grupo de mais de 200 mulheres que trabalham tempo parcial ou integral como prostitutas está envolvido num programa que pretende, em primeiro lugar, melhorar a qualidade de suas vidas e, em segundo, capacitá-las para trabalhos alternativos. Vinte e oito por cento dessas mulheres está contaminada pelo HIV. Este número contrasta com a taxa de 0,5% para a população total do Senegal.

A maioria dessas mulheres mora e trabalha em quartos que mal oferecem espaço para elas e um cliente. No balde que usam para se lavarem o dia todo, nunca há mais do que cinco centímetros de água. A sujeira que circunda a área externa também é outro problema e é comum o surto de doenças como a malária. A sobrevivência é uma luta constante, sobretudo com o pagamento de US\$ 1 por cliente. Oitenta por cento das mulheres são divorciadas e muitas delas têm crianças para sustentar.

A primeira etapa do projeto oferece às mulheres e crianças cuidados primários com a saúde, além de apoio social e psicológico. A equipe do projeto oferece aconselhamento sobre saúde e educação sexual e sobre nutrição, além de uma série de serviços que incluem atendimento pré e pós-natal e vacinação.

As mulheres manifestaram entusiasmo imediato quando receberam preservativos para usarem com seus clientes. Depois de alcançadas melhorias na saúde física e mental, a segunda fase do projeto incluirá um treinamento para atividades cooperativas geradoras de renda, como lavanderia, costura e fabricação de manteiga de amendoim. Estas atividades poderão representar alternativas à prostituição⁽³⁰⁾.

à última mulher?" pergunta Chantawipa Apisook da organização tailandesa *Empower*. Para esta organização, o governo se utiliza da política de testagem das mulheres da indústria do sexo "para dizer que a Tailândia pode oferecer mulheres saudáveis" aos turistas internacionais⁽³²⁾.

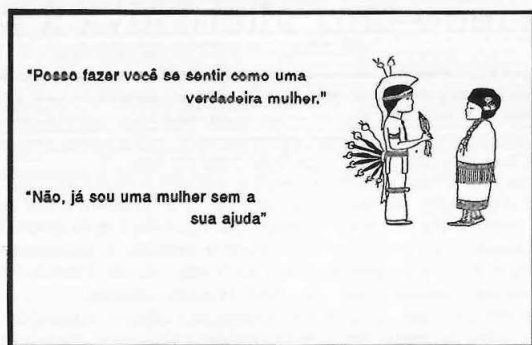
A educação de jovens

Segundo alguns educadores que trabalham com a AIDS, é muito mais fácil ensinar práticas sexuais seguras, incluindo o uso de preservativos, a jovens que não tenham ainda desenvolvido práticas de risco. Falar para meninos e meninas ao mesmo tempo também é um meio de discutir os papéis de gênero antes que estes influenciem decisões relacionadas à vida sexual. "As crianças precisam saber tudo sobre a AIDS — quanto mais cedo melhor. Noções de auto-estima e respeito devem ser inculcadas. Ao invés de reforçar que o casamento é o único objetivo na vida de uma mulher, eu gostaria de ver os pais e mães de meninas dando ênfase também à conquista da independência financeira e emocional. Dessa forma, as mulheres jovens poderão sentir-se menos coagidas a assumir comportamentos sexuais arriscados," diz a britânica Sheila Gilchrist, que trabalha com AIDS⁽³³⁾.

As estratégias educacionais sobre a AIDS podem se inspirar também nos programas de contracepção e prevenção de DSTs dirigidos a adolescentes. O acesso a informações e serviços, a

Uma cartilha sobre educação sexual para nativos norte-americanos vai ao âmago da questão. Não diz aos jovens o que devem fazer, mas oferece informação. Estimula sobretudo a auto-estima das jovens para que se sintam capazes de tomar suas próprias decisões.

Native American Women's Health Centre, Dakota do Sul, USA



**AFIRME O QUANTO ANTES!
FALE ALTO E EM BOM TOM!
DEMONSTRE QUE VOCÊ ESTÁ FALANDO SÉRIO!**

educação profissionalizante e o reforço da auto-estima podem estimular os jovens ao uso de contraceptivos ou ao adiamento das primeiras experiências sexuais. Mais uma vez, tudo indica que o *empowerment* é uma estratégia mais eficiente do que a regulamentação ou o controle.

No entanto, persistem as tensões entre os pais (ou outras pessoas) que acreditam que informação demais — especialmente para as mulheres mais jovens — é perigoso, e aqueles que acreditam que a desinformação é ainda pior. Em muitas culturas, as mulheres "vão sendo, ao longo de seu desenvolvimento, 'protegidas' de todo conhecimento sexual, no sentido mais tradicional... a sexualidade é vista freqüentemente como 'poluidora'", diz o professor Vincent Gil, antropólogo norte-americano⁽³⁴⁾. A ameaça da AIDS tornou esse debate simultaneamente mais controverso e mais urgente. Nos Estados Unidos, por exemplo, pesquisas de opinião realizadas nos últimos anos da década de 80 mostraram que 94% dos pais eram favoráveis ao desenvolvimento de programas de educação sobre AIDS nas escolas. Ao mesmo tempo, muitos pais receiam que a educação sobre a AIDS e a sexualidade possa promover ou encorajar experiências sexuais precoces. Temem também que as escolas possam promover pontos de vista que sejam contrários a seus valores pessoais⁽³⁵⁾.

Outras pesquisas indicam, porém, que a educação sexual nas escolas não parece ser um fator de promoção precoce da vida sexual dos(as) adolescentes e que sua inserção nas atividades curriculares pode facilitar a opção pela contracepção entre aqueles(as) que já estão praticando o sexo⁽³⁶⁾. Da mesma forma,

segundo os pesquisadores, quando o sexo é discutido em casa os adolescentes são menos propensos a iniciar precocemente sua vida sexual e tendem a optar pelo uso de contraceptivos por ocasião das primeiras experiências⁽³⁷⁾. "Em todo o mundo as pessoas tendem, por tradição, a se esquivar de conversas sobre o sexo e nossos filhos só descobrem as coisas por acidente," diz Noerine Kaleeba, diretora da organização que trabalha com a AIDS em Uganda, a TASO. "Agora temos que mudar. É mais perigoso não falar que falar sobre sexo, mas isto deve ser feito de maneira a não afastar completamente nossos filhos da sexualidade. Devemos, isto sim, dar-lhes as explicações necessárias para que possam se proteger. Isto deve ser feito em todos os níveis, mas particularmente nas escolas e em casa, de forma adequada à compreensão e às necessidades das crianças nas diferentes idades. As mulheres devem falar com seus filhos de ambos os sexos", afirma⁽³⁸⁾.

Mary Amaniyire Byangire, uma assistente social de Uganda, concorda com esse sentimento de urgência: "Na nossa comunidade, a gente cresce sob os cuidados das mães, mas elas geralmente não nos dizem nada sobre como namorar ou qualquer coisa do gênero. Deixam que a gente descubra tudo sozinha. Com a AIDS, temos que nos dar conta que isso não funciona. Devemos educar nossas filhas, sobretudo as mais novas. Devemos deixar de lado essa vergonha antes que seja tarde demais⁽³⁹⁾". O presidente de Uganda, Museveni, ao mesmo tempo que faz um apelo pessoal para que os jovens evitem ter mais de um parceiro sexual, pede que todos os pais reduzam o dote exigido antes do casamento. Se o dote a ser pago é muito alto, os jovens têm que esperar muito tempo para se casarem. "O lema aqui é 'Ame com cuidado e fique com um só parceiro'. Como se pode fazer isso quando o preço de uma parceira é altíssimo!", diz Miria Matembe, representante da organização Ação para o Desenvolvimento⁽⁴⁰⁾.

A metodologia da educação realizada por companheiros(as) da comunidade é vital para a maioria dos programas que desejam limitar a difusão do HIV através de mudanças de comportamento. É justamente durante a adolescência que essa metodologia tem sua maior eficácia. Pais e professores têm um papel fundamental a desempenhar na educação para a prevenção da AIDS, entretanto, mais eficientes do que as advertências dos adultos têm sido os materiais apresentados por outros(as) jovens, que trazem mensagens inspiradas no próprio código de ética daqueles jovens. Esta abordagem foi desenvolvida com sucesso pelos estudantes secundaristas dos Estados Unidos que criaram um plantão telefônico gratuito para falar de AIDS; os estudantes secundaristas da Zâmbia, por exemplo, criaram clubes anti-AIDS que pregam a castidade antes do casamento; as crianças de rua da República Dominicana incluíram no seu comércio ambulante a venda de preservativos. Estes são alguns exemplos.

A organização de planejamento familiar mexicana, MEXFAM, baseia sua filosofia no reconhecimento de que os jovens devem receber informação e ajuda para tomar para si decisões respon-

***As crianças
devem
aprender
tudo sobre a
AIDS - o
quanto mais
cedo, melhor.***

“Educação sim, discriminação não”: Um caso judicial na Índia

Em julho de 1990, a justiça, em Madras, ordenou a libertação de cinco prostitutas que haviam sido presas em 1985, por prática da prostituição. Um teste do sangue de uma das mulheres, feito ao acaso por um pesquisador quando elas ainda estavam na prisão, mostrou que ela era soropositiva. Outras detentas foram testadas mais tarde e os resultados foram também positivos. Com base nesses resultados, não foi concedida a liberdade a essas mulheres, mesmo depois de 1987, ano em que terminaram de cumprir suas penas.

Em novembro de 1989, o Promotor Público de Madras foi notificado a respeito da natureza ilegal dessas prisões.

Quatro meses se passaram e nenhuma providência foi tomada. A partir daí, foi encaminhado um pedido de *habeas corpus* para a libertação das cinco mulheres. Essa ação judicial ressaltou o fato de que uma política de isolamento não apenas era discriminatória mas representava, além disto, uma reação ineficaz à propagação da AIDS que poderia acarretar consequências negativas.

A petição argumentava, entre outras coisas, que a prisão das mulheres violava seriamente seus direitos constitucionais; que os testes sanguíneos foram realizados sem respeito ao aspecto confidencial da questão; que nenhuma tentativa de isolamento foi feita com outras pessoas soropositivas, apenas com as prostitutas; e que havia nisto nítida discriminação de gênero, porque, para cada mulher soropositiva, havia pelo menos um homem soropositivo livre e pronto para contaminar outras mulheres.

A Corte nomeou uma comissária para investigar o caso. Ela relatou que as mulheres estavam detidas contra sua vontade e que, mesmo estando na prisão há cinco anos, permaneciam ignorantes a respeito de fatos relacionados ao HIV. A justiça concluiu que a prisão era ilegal e ordenou que as mulheres fossem libertadas.

Este caso mereceu atenção especial porque, no mês anterior, 854 prostitutas de Bombaim haviam sido “resgatadas” por uma organização voluntária e depois levadas a Madras a fim de serem devolvidas às suas famílias. Nessa época, 640 dessas mulheres foram testadas e 454 delas tiveram resultados positivos. Elas foram imediatamente confinadas em casas de custódia.

Alguns dias depois do veredito dado às cinco prostitutas, todas as prostitutas que estavam ilegalmente encarceradas em Madras foram libertadas, inclusive as 454 mulheres de Bombaim.

As reações ao caso têm sido contraditórias. Um alto funcionário, que preferiu ficar no anonimato, admitiu que a ordem judicial foi um “alívio”. “Nós estávamos achando difícil manter tantas mulheres presas...Pessoalmente eu acredito que de nada adiantaria mantê-las na prisão e estou feliz em deixá-las ir embora.” Em todo o país, um grande número de advogados e médicos, assim como organizações de mulheres, receberam com satisfação o veredito.

Outros têm uma opinião diferente. “Por que libertá-las quando se sabe que elas vão contaminar tantas outras pessoas? É uma irresponsabilidade”, disse um proeminente assistente social de Madras.

Algumas das mulheres não têm outra escolha a não ser voltar para a prostituição. Embora alguns esforços tenham sido feitos, antes de sua libertação, para informá-las sobre a AIDS e o HIV — e sobre sua condição de portadoras do vírus — é provável que a maioria delas não use preservativos com seus futuros clientes. Geralmente elas ficam impotentes diante do problema e seus clientes e cafetões, assim como a maioria da população, são ignorantes a respeito da prevenção da AIDS. Reconhecendo esses fatos, o diretor do *Social Welfare Board* diz que constitui necessidade urgente um programa de reabilitação. “Não é justo que essas mulheres sejam abandonadas à própria sorte. A prisão de longo prazo é algo irreal e na medida em que aumenta o número de pessoas soropositivas fica mais claro que a solução é a educação e não a discriminação.”

Shyamala Nataraj, Índia

sáveis sobre sexo, ao invés de seguir a abordagem tradicional de dizer-lhes o que devem pensar e como devem agir. A partir daí, o programa juvenil da MEXFAM tem permitido que os próprios adolescentes assumam um papel importante no trabalho de divulgação de informação, educação e organização de serviços dos quais necessitam ⁽⁴¹⁾.

Os homens também fazem sexo...

A transmissão heterossexual do HIV envolve, por definição, homens e mulheres, mas alguns educadores que trabalham com a prevenção da AIDS acham que as mulheres estão sendo sobrecarregadas de responsabilidade sobre mudanças de comportamento diante da sexualidade.

Para controlar a difusão heterossexual do HIV, as mensagens educativas devem alcançar tanto homens quanto mulheres. O sexo seguro não pode ser praticado só pelas mulheres. "As mensagens elaboradas para os homossexuais masculinos dos países do Norte eram dirigidas a ambos os parceiros. Pode ser que apenas um dos parceiros tenha recebido a mensagem — assistindo a uma reunião ou comparecendo a uma sessão de acompanhamento — mas as mensagens colocadas em circulação eram dirigidas a ambos os parceiros," diz a professora Constance Wofsy, co-diretora das atividades relacionadas à AIDS do Hospital Geral de São Francisco. "Para as mulheres...as mensagens atingem apenas uma das metades do casal. Qualquer proposta com o objetivo de prevenir a transmissão heterossexual do HIV deve dirigir-se aos homens e às mulheres... Mas, na maioria das vezes, os homens heterossexuais não têm sido considerados público-alvo. Eles podem estar contemplados por tabela, pelo fato de serem parte de um casal, ou, quem sabe, porque transam com prostitutas, mas são poucas as iniciativas que tentam atingir os homens de uma forma mais geral, como através das clínicas de tratamento de DSTs, por exemplo ⁽⁴²⁾."

Para as mulheres que desenvolvem trabalhos de educação e aconselhamento o dilema é claro. "Espera-se que aconselhemos diretamente as mulheres, mas que alternativas concretas lhes podemos oferecer?" pergunta Marie St Cyr, diretora executiva da organização de Nova York, *Women's Action Resource Network*. "Já que não estamos educando os homens heterossexuais, como podemos oferecer preservativos à mulher? Ela não tem posição de poder para impor o seu uso...os homens geralmente não estão preparados, assim como não estão recebendo a informação que necessitam para compreender a importância disso. Uma vez que os homens não são público-alvo e que mulheres não usam os preservativos, pode-se dizer que todas as pesquisas que falam da preferência feminina por esse método estão fatalmente equivocadas ⁽⁴³⁾."

Muitos homens se interessam por aprender mais sobre os preservativos, mas podem não estar dispostos a receber essas

informações através de suas esposas, é o que dizem alguns profissionais de planejamento familiar envolvidos em programas de "sensibilização masculina", que reconheceram, já há algum tempo que, na medida em que se presta mais atenção aos homens, aumentam as chances de se chegar a uma mudança mais ampla e permanente do comportamento sexual. As razões alegadas pelos homens para se colocarem contra ou a favor do planejamento

O programa mexicano de participação juvenil

Baseada na irregularidade e espontaneidade típicas das experiências sexuais dos jovens, a Associação Mexicana de Planejamento Familiar (MEXFAM) teve a iniciativa de criar um movimento comunitário direcionado e executado pelos jovens. O programa tem como público alvo pessoas de idades entre 10 e 20 anos que vivem em áreas de baixa renda. Os voluntários fazem um trabalho de distribuição de contraceptivos, eliminando a necessidade de visita às clínicas.

O ponto de partida do programa é uma pesquisa sobre as necessidades da comunidade jovem e o estabelecimento de contatos com escolas, clubes juvenis, turmas ou gangues e locais de trabalho. Enquanto todo o quadro profissional da MEXFAM se responsabiliza pelo treinamento inicial e pelo direcionamento das políticas, é o coordenador da instituição e sua jovem equipe que fazem o planejamento diário do programa.

Esses jovens são voluntários, em geral estudantes ou adolescentes desempregados que se interessam pelas áreas de ciências sociais, psicologia, enfermagem, que desejam desenvolver trabalhos em comunidades que possam constituir experiência, aumentando suas chances futuras de emprego.

Os principais incentivos para arregimentar esses jovens são, entre outros, o acesso a benefícios oferecidos pela MEXFAM, o *status* que adquirem dentro da comunidade através do treinamento, e ainda os pequenos lucros que podem conseguir com a venda de contraceptivos. A organização de planejamento familiar cobra um preço barato pelos contraceptivos e os voluntários os vendem a um preço estabelecido de comum acordo. A diferença obtida fica com os jovens. No México, quase não há resistência à idéia de distribuir preservativos, porque existe uma compreensão clara sobre a realidade do sexo entre adolescentes e também por causa do medo da AIDS.

O programa depende fortemente do estabelecimento de interlocução entre pais, professores e jovens, estimulando os professores a se tornarem "coordenadores voluntários". São usados materiais educativos, sobretudo vídeos sobre o preservativo e seu uso, e também sobre as relações familiares, com ênfase nas relações entre pais e filhos. A cultura machista tradicional no México pesa muito sobre os homens jovens que iniciam suas primeiras relações com namoradas. Assim, muitos(as) jovens passam pela experiência de uma gravidez não desejada que é recebida com rejeição pelos pais. A primeira experiência de carícia de um jovem dentro de uma relação amorosa pode esbarrar no machismo herdado de seus parentes mais velhos, provavelmente de seu próprio pai. Os vídeos da MEXFAM, que contam histórias sobre os típicos conflitos entre pai e filho na questão da sexualidade e dos relacionamentos amorosos, têm obtido resultados bastante contundentes, tanto junto aos homens jovens quanto aos mais velhos. Isso acontece particularmente porque os mais velhos revivem com os vídeos a tristeza que eles próprios experimentaram na sua relação com os pais.

Philip Meredith, Federação Internacional de Paternidade Planejada, Reino Unido



Zé Cabra Macho pratica o sexo seguro. É um machão apresentando aos trabalhadores da construção civil os detalhes práticos do sexo seguro. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, Rio de Janeiro, Brasil

familiar diferem muitas vezes das razões apresentadas pelas mulheres e devem ser discutidas com outros homens ⁽⁴⁴⁾. Por exemplo, segundo um documento sobre o comportamento sexual nos países africanos da região subsaariana, que aponta para a necessidade de mais pesquisa sobre as práticas e atitudes sexuais, "a fertilidade é valorizada tanto por homens quanto por mulheres, embora não necessariamente no mesmo momento ou pelas mesmas razões" ⁽⁴⁵⁾.

O comportamento dos homens assim como o das mulheres está sujeito a inibições culturais complexas. Em muitas culturas, por exemplo, a rede de parentesco feminina ao longo das gerações, pode exercer uma poderosa influência sobre todo o clã, e representa uma força crítica importante no sentido de reafirmar as tradições, inclusive as que dizem respeito ao tamanho da família. Na Nigéria, por exemplo, algumas pesquisas mostraram que, enquanto os homens consideram cinco filhos um número ideal, suas esposas e progenitores preferem um total de oito filhos. Por causa da forte influência desempenhada pela opinião das parentes femininas sobre as mulheres, prevalece a probabilidade da família maior ⁽⁴⁶⁾.

Tem se tentado implantar programas educativos junto a trabalhadores em fábricas e outros locais, para divulgar informações sobre o sexo seguro e o uso de preservativos ⁽⁴⁸⁾. A Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, no Brasil, desenvolveu um modelo de programa de prevenção da AIDS que visa atingir o trabalhador. No Rio de Janeiro, educadores visitam construções civis onde centenas de homens vivem durante meses separados de suas famílias. No México, essa educação é desenvolvida dentro das fábricas junto à maioria dos trabalhadores do sexo masculino ⁽⁴⁹⁾.

As campanhas de informação não abrangem, normalmente, os homens de comportamento heterossexual.

Alguns homens receberam, de maneira informal, informações sobre a prevenção da AIDS junto às prostitutas. Um estudo realizado em Birmingham, Inglaterra, revelou que 1/3 dos clientes de prostitutas aprenderam com elas sobre os riscos de contaminação por HIV e sobre o sexo seguro. Alguns educadores estão passando informações diretamente para estes homens que visitam prostitutas. No estado de Cross River, na Nigéria, realizam-se reuniões dirigidas a prostitutas, seus clientes e parceiros nos hotéis

O Projeto "STOPAIDS" da Nigéria

Desde 1988, a organização STOPAIDS vem desenvolvendo um projeto piloto a fim de divulgar informações sobre a AIDS e outras DSTs entre motoristas que viajam longas distâncias. Para isto, o espaço físico utilizado são os dois principais parques de estacionamento interestaduais. Muitos desses motoristas passam grande parte do ano em trânsito pela Nigéria e países vizinhos. Alguns deles dormem com diferentes parceiras(os) nos pontos de parada dos seus percursos. A primeira fase de avaliação do projeto sugere que parte dos que foram examinados pelos profissionais da STOPAIDS já haviam tido uma ou mais DSTs.

Em cada estacionamento a equipe do STOPAIDS (composta de profissionais de saúde, pesquisadores e assistentes sociais) trabalha em um quiosque estrategicamente posicionado que funciona seis dias por semana. Entre janeiro e maio de 1990, os dois quiosques foram visitados por cerca de 4.000 pessoas, a maioria homens.

A equipe do STOPAIDS não fica esperando que as pessoas se aproximem. Um elemento-chave da equipe é o divulgador, função geralmente ocupada por um ex-cambista de bilhetes de estacionamento, cujo papel é encaminhar as pessoas para o quiosque. O trabalho original do cambista era de arregimentar consumidores para empresas privadas que operam no estacionamento, tendo acesso fácil tanto aos fregueses costumeiros quanto aos caminhoneiros que estão passando pela primeira vez. Ao mesmo tempo, eles conhecem também as prostitutas que vivem e trabalham nas cercanias do estacionamento.

Os profissionais de saúde atendem desde sangramentos de nariz e dores de cabeça até demonstrações sobre o uso das camisinhas, o que fazem utilizando-se de um pênis artificial. Os clientes são encaminhados a centros médicos locais para exames e tratamentos de DSTs através de procedimentos que contam com o respaldo oficial do Ministério da Saúde.

O tratamento é geralmente gratuito, mas uma quantia simbólica é cobrada para alguns serviços de rotina. Camisinhas são distribuídas gratuitamente — cada quiosque distribui por dia cerca de 15 cartelas com quatro preservativos — como forma de incentivar o uso. Futuramente os preservativos serão provavelmente vendidos a preços subsidiados e acessíveis.

"É comum vir alguém ao quiosque queixando-se de dores de cabeça, para depois admitir que pegou gonorréia", diz Pearl Nwashili, diretora do projeto. "Temos que aproveitar qualquer tipo de contato com os caminhoneiros e outros motoristas para introduzir aos poucos a questão da infecção por HIV e da AIDS. Eles não acreditam que correm riscos, e por isso não procuram informações. Mas se começarmos a falar sobre outras DSTs — assunto que muitos deles conhecem porque já passaram pela experiência — poderemos fazer com que percebam a dimensão do risco do HIV e da AIDS."

A primeira fase do projeto STOPAIDS se concentrou na tentativa de conquistar o apoio dos líderes sindicais dos transportadores que são as figuras mais respeitadas nos estacionamentos. Espera-se que esse trabalho de base comece a dar melhores resultados quando esse projeto piloto se estender para outros estacionamentos da Nigéria.

Panos

onde elas trabalham. O contato direto com os clientes é realizado sobretudo pelo educador homem que é também o gerente de um hotel. Outra experiência tem sido mostrar a exibição de filmes educativos em clubes noturnos freqüentados por prostitutas que trabalham meio expediente ou apenas ocasionalmente. Todas as mulheres recebem material educativo para seu uso próprio ou dos homens, e são encorajadas a indicarem clientes e parceiros para a clínica de tratamento de DSTs que faz parte do projeto. Apenas nos primeiros três meses do projeto, o uso de preservativos aumentou em 25% entre as 800 prostitutas e 2.500 clientes que foram contactados ⁽⁴⁷⁾.

O verdadeiro desafio da AIDS se situa no contexto de comportamentos sociais, econômicos e políticos.

Novas prioridades: as mulheres com a palavra

O comportamento nos contextos social, político e econômico é o desafio real da pandemia da AIDS. "Se os custos sociais, econômicos e culturais da prevenção forem muito altos...as mulheres continuarão a correr riscos para a sua saúde e para a reprodução", diz o antropólogo norte-americano Dooley Worth. "Não basta trabalharmos com mulheres, individualmente ou em grupo, sobre as decisões a respeito do sexo ⁽⁵⁰⁾".

Este trabalho não é suficiente por várias razões. Em primeiro lugar porque, nos relacionamentos sexuais, as decisões são tomadas a dois. Portanto, a educação sobre a AIDS não deve ser feita apenas por e para as mulheres, mas também para os homens e com os homens. Em segundo, porque as decisões sobre o comportamento sexual não podem ser isoladas das influências sociais e culturais mais amplas que regem o comportamento humano. A AIDS não é só uma questão médica, é algo que traz à tona questões fundamentais de equidade — entre os sexos e entre as regiões do mundo — questões estas que estão no centro do debate sobre desenvolvimento. Sem uma mudança radical, as mulheres, principalmente as mais desfavorecidas das comunidades mais pobres do mundo, continuarão sob a "tripla ameaça" ⁽⁵¹⁾.

Uma retrospectiva dos anos 80, deixa claro que a maior parte do que tem sido escrito ou falado sobre a AIDS mascara-se sob a hipótese dominante — se bem que ainda não formulada de maneira clara — de que a AIDS é uma doença dos homens. Essa hipótese tem sido derrubada pelos fatos. Em 1990, cerca de 1/3 das pessoas soropositivas são mulheres, uma proporção que tende a crescer durante a próxima década. Além do mais, são as mulheres que assumem a maior parte dos cuidados diários com doentes de AIDS, administrando muitas das vastas consequências da pandemia em casas ou hospitais de todo o mundo. A professora Constance Wofsy, co-diretora das atividades relacionadas à AIDS do Hospital Geral de São Francisco, identifica a capacidade das mulheres de "cuidar e colaborar" como crucial para reduzir o

impacto da doença. "Mas," diz ela, "isso não pode ser o bastante. Elas querem ter voz — elas querem ser ouvidas ⁽⁵²⁾." Sem a participação efetiva das mulheres na formulação de políticas, a agenda da AIDS vai continuar a ser definida e administrada pelos homens — a maioria deles habitantes dos países do Norte — e não irá reconhecer a realidade da pandemia. Os recursos e as pesquisas devem visar uma melhor compreensão dos riscos que as mulheres estão correndo e a descoberta de formas mais eficazes para sua proteção.

A transformação é possível. Pesquisas e questionários indicam que mulheres e homens estão começando a modificar ou abandonar comportamentos arriscados. A redução do número de parceiros sexuais e o aumento do uso do preservativo são constatações cada vez mais comuns. Nos lugares onde os homens vivem — por tradição — uma liberdade sexual maior, as mulheres estão começando a questionar esse duplo padrão de comportamento de seus parceiros.

"Em todo o mundo há vários exemplos de mulheres que enfrentam bravamente os desafios apresentados pela AIDS", diz a norte-americana Kathe Karlson. "Mães, filhas, irmãs, tias e avós...trocando experiências, tomando conhecimento desta realidade e continuando a amar e cuidar dos outros. Suas respostas individuais nunca poderão, contudo, ser suficientes para substituir sistemas de apoio e tratamento absolutamente necessários, mas ainda não instalados ⁽⁵³⁾."

Este dossiê fornece alguns exemplos de experiências e procedimentos positivos contra a AIDS que mulheres de todo o mundo estão adotando a fim de proteger a si mesmas, a seus parceiros e filhos. Um denominador comum é que as mulheres estão adquirindo maior controle sobre suas próprias vidas, tornando-se aptas a tomar decisões conscientes e a transformá-las em ações. Quanto mais fortalecido o lugar da mulher na sociedade, maiores serão suas opções para a prevenção da AIDS.

REFERÊNCIAS

AIDS: uma questão que diz respeito a todas as mulheres

1. Entrevista realizada pelo Instituto Panos com Sallie Perryman, assistente especial do diretor do Instituto de AIDS, Departamento de Saúde do Estado de Nova York, Nova York, Junho/1990.
2. Relatório de Amanda Higgs para o Instituto Panos, Copenhagen, Setembro/1989.
3. Entrevista realizada por Catherine Watson com Miria Matembe, membro do Parlamento de Uganda e presidente do Action for Development (Acfode), Uganda, Agosto/1989.
4. Relatório de Maru Antuñano, jornalista porto-riquenha, para o Instituto Panos, Nova York, Julho/1990.
5. Entrevista realizada por Shyamala Nataraj com Selvi, Madras, Outubro/1989.
6. Entrevista realizada por Claire Sanders com Mary, in "Brief Encounters", *New Statesman & Society*, Londres, 29/junho/1990.
7. Relatório da Dra. Wendy Holmes para o Instituto Panos, Zimbábue, Setembro/1989.
8. Entrevista realizada pelo Instituto Panos com Marie St Cyr, diretora executiva do Women's Action Resource Network, Nova York, Junho/1990.
9. Informação oferecida por Sheila Gilchrist, Positively Women, Londres, Setembro/1990.

Quadro geral

10. WHO Press, OMS, Genebra, 27/Março/1992.
11. CHIN, J. "Epidemiology: current and future dimensions of the HIV/AIDS pandemic in women and children", *Lancet*, 28/Julho/1990, Vol. 336, No.8709, ps. 221-224.
12. "The Global AIDS situation", *In Point of Fact*, Junho/1990, No.68, OMS.
13. Goldberg, D. "The epidemiology of HIV and AIDS in Scotland", *Abstracts of the VIIth International Conference on AIDS*, São Francisco, Junho/1990, Th.C.722.
14. Wawer, M.J. et alii. "Geographic and community distribution of HIV-1 infection in rural Rakai district, Uganda", *Abstracts of the VIIth International Conference on AIDS*, São Francisco, Junho/1990, F.C.606.
14. Cf. referência 12.
16. Cf. referência 11.
17. Informação oferecida pelo Dr. Barry Evans do Communicable Disease Surveillance Centre, London, Setembro/1990.
18. *HIV/AIDS Surveillance Report*, Centers for Disease Control, Atlanta, Agosto/1990.
19. Gwinn, M. et alii. "Estimates of HIV seroprevalence in childbearing women and incidence of HIV infection in infants, United States", *Abstracts of the VIIth International Conference on AIDS*, São Francisco, Junho/1990, F.C.43.
20. "Face to face with drugs", *WorldAIDS*, Maio/1989, Panos, Londres, No.3.
21. Cf. referência 18.
22. Glaser, J. et alii. "Heterosexual human immunodeficiency virus transmission among the middle class", *Archives of Internal Medicine*, Março/1989, Vol.149, No.3, ps.645-649.
23. Informação oferecida pelo Dr. George Bath, Lothian Health Board, Escócia, Setembro/1990.
24. Robertson, J., Skidmore, C. "Heterosexually acquired HIV infection", correspondence, *British Medical Journal*, 1/Abril/1989, Vol.298, No.6677, p.891.
25. Bossio, L. et alii. "Bisexuality and risk behaviour in Lima, Peru", *Abstracts of the VIIth International Conference on AIDS*, São Francisco, Junho/1990, 3005.
26. Carols, M. et alii. "Sexuality in women and AIDS in a Latin American country", *Abstracts of the VIIth International Conference on AIDS*, São Francisco, Junho/1990, F.C.592.

27. Cf. referência 12.
28. Coxon, A. et alii. "Longitudinal study of the sexual behaviour of homosexual males under the impact of AIDS", Relatório Final, Essex University, Abril/1990.
29. Cf. referência 11.
30. "WHO revises global estimates of HIV infection", *Press Release WHO/38*, 31/julho/1990.
31. Estimativa do Ministério de Saúde Pública da Tailândia citado in J. Ungphakorn, "The impact of AIDS on women in Thailand", trabalho apresentado na Conferência sobre AIDS na Ásia e no Pacífico, Canberra, Agosto/1990.
32. Cf. referência 11.
33. Smith, D. "Thailand AIDS crisis looms", *Lancet*, 31/Março/1990, Vol. 335, ps. 781-782.
34. Apte, S. et alii. "Prevalence of anti-HIV antibodies among blood donors in Bombay", *Abstracts of the VIIth International Conference on AIDS*, São Francisco, Junho/1990, F.C.611.
35. Bhawe, G. et alii, "HIV sero surveillance in promiscuous females of Bombay, India", *Abstracts of the VIIth International Conference on AIDS*, São Francisco, Junho/1990, F.C.612.
36. Cf. referência 11.
37. "HIV-2 in perspective", Editorial, *Lancet*, 7/Maio/1988, Vol. I, No. 8593, ps. 1027-1028.
38. "Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS): Interim proposal for a WHO staging system for HIV infection and disease", *Weekly Epidemiological Record*, 20/Julho/1990, No. 29, ps. 221-224.
39. Cf. referência 38.
40. Cf. referência 37.
41. "No insect transmission", *WorldAIDS*, Julho/1990, Panos, Londres, No. 10.
42. Cf. referência 11.
43. Trebucq, A. et alii. "HIV-1 infection in males and females in Central Africa", *Lancet*, 22/Julho/1989, Vol. 1989(ii), No. 8656, ps. 225-226; Bizimungu, C. et alii, *Lancet*, 29/Abril/1989, Vol. 1, No. 8644, ps. 941-943.
44. Cf. referência 18.
45. *AIDS in New York State 1989*, State of New York Department of Health, Nova York, 1990.
46. "AIDS Surveillance in Europe", *Quarterly Report*, 31/Março/1990, No. 25, WHO Collaborating Centre, Paris.
47. "AIDS and Youth"; panfleto preparado para a Assembléia Mundial da Saúde da OMS de 1989, OMS, 1989.
48. N'Galy, B. et alii. "HIV Prevalence in Zaire, 1984-1988", *Abstracts of the IVth International Conference on AIDS*, Estocolmo, Junho/1988, 5632.
49. De Schryver, A., Meheus, A. "Reviews/analyses, epidemiology of sexually transmitted diseases: the global picture", *Bulletin of the World Health Organization*, 1990, 68, (5), ps. 639-654.
50. Burke, D. et alii. "Human immunodeficiency virus infections in teenagers: seroprevalence among applicants for US military service", *Journal of American Medical Association*, 18/Abril/1990, Vol. 263, No. 15.
51. Cf. referência 11.
52. Chin, J. "Estimates and projections of perinatal transmission of HIV", *Abstracts of the VIIth International Conference on AIDS*, Montreal, Julho/1989, T.B.O.18.
53. Cf. referência 11.
54. Cheek, J., Chin, J. "HIV-infected children and AIDS-related orphans in Sub-Saharan Africa", *Abstracts of the VIIth International Conference on AIDS*, São Francisco, Junho/1990, F.C.221.
55. Rogers, M. "Update on epidemiology", *Report of the Implications of AIDS for Mothers and Children*, International Conference, Paris, Novembro/1989.
56. Cf. referência 18.

Em que medida as mulheres correm risco?

1. Padian, N. et alii. "Anomalies of infectivity in heterosexual transmission of HIV", *Abstracts of the IVth International Conference on AIDS*, Estocolmo, Junho/1988, 4062.
2. Al-Nozha, M. et alii. Correspondência, "Female to male: an inefficient mode of transmission of human immunodeficiency virus (HIV)", *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, Fevereiro/1990, Vol.3, No.2, ps.193-194.
3. Wiley, J. et alii. "Heterogeneity in the probability of HIV transmission per sexual contact: the case of male-to-female transmission in penile-vaginal intercourse", *Statistics in Medicine*, 1989, Vol.8, ps.93-102.
4. Cf. referência 2.
5. Johnson, A. "The epidemiology of HIV in the UK: sexual transmission", in *HIV and AIDS*, capítulo 2, ps.14-17, UK Health Department and Health Education Authority, Novembro/1989.
6. Johnson, A., Laga, M. "Heterosexual transmission of HIV", *AIDS* 1988, 2(supl 1):S49-S56; Johnson, A. et alii, "Transmission of HIV to heterosexual partners of infected men and women", *AIDS* 1989, ps.3367-3372.
7. Cameron, W. et alii. "Female to male transmission of human immunodeficiency virus type 1: risk factors for seroconversion in men", *New England Journal of Medicine*, 17/Agosto/1989, Vol.321, No.7, p.403.
8. Cf. referência 5.
9. Garcia Moreno, C. "Women and AIDS", *Oxfam (Health Unit) Information Sheet*, Oxford, Fevereiro/1989.
10. Chiodo, F. et alii. "Risk factors in heterosexual transmission of HIV", *Abstracts of the VIIth International Conference on AIDS*, São Francisco, Junho/1990, Th.C.583.
11. Padian, N. et alii. "Male to female transmission of human immunodeficiency virus", *Journal of the American Medical Association*, 1987, 258:788-91.
12. Marmor, M. et alii. "Possible female to female transmission of HIV", *Annals of Internal Medicine*, 1986, Vol.105, p.969.
13. Spitzer, P., Weiner, N. "Transmission of HIV infection from a woman to a man by oral sex", *New England Journal of Medicine*, 26/Janeiro/1989, Vol.320, No.4, p.251.
14. Murray, Marea. "Dental dams debunked", *Sexual Health Report*, Spring 1988, Vol.9, citado por Heather Downs, do Terrence Higgins Trust Women's Group em relatório para o Instituto Panos, Londres, Junho/1990.
15. Entrevista realizada pelo Instituto Panos com o Dr. Francis Plummer, da Universidade de Manitoba, Canadá, Junho/1988.
16. Cameron, D.W. et alii. "Incidence and risk factors from female to male transmission of HIV", *Abstracts of the IVth International Conference on AIDS*, Estocolmo, Junho/1988, 4061.
17. Laga, M. "Non ulcerative sexually transmitted diseases (STD) as risk factors for HIV infection", *Abstracts of the VIIth International Conference on AIDS*, Th.C.97; Ombette, J. et alii. "Presence of HIV among men and women with *H. ducreyi* and *Neisseria gonorrhoeae* infection in Nairobi, Kenya", *Abstracts of the VIIth International Conference on AIDS*, São Francisco, Junho/1990, Th.C.572.
18. De Schryver, A., Meheus, A. "Reviews/analyses, epidemiology of sexually transmitted diseases: the global picture", *Bulletin of the World Health Organization*, 1990, 68(5):639-654.
19. "Let's unite against AIDS", Report of the First Workshop of the Society for Women and AIDS in Africa (SWAA), Harare, Maio/1989.
20. Cf. referência 7.
21. Simonson, J. et alii. "HIV infection among lower socioeconomic strata prostitutes in Nairobi", *AIDS*, 1990, Vol.4, No.2, ps.139-144.
22. Contraceptive methods and human immunodeficiency virus (HIV), WHO/SPA/INF/87.9, OMS, Genebra, 1987.

23. Relatório do Dr. Hanne Fiesen, Save the Children Fund, para o Instituto Panos, Uganda, Setembro/1989.
24. Informação oferecida pelo Dr. James Chin, OMS, GPA, Setembro/1990.
25. Informação oferecida por Pat Corcoran, OMS, Setembro/1990.
26. Relatório de Shyamala Nataraj para o Instituto Panos, Madras, Agosto/1990.
27. Relatório de Heather Downs, Terrence Higgins Trust Women's Group, para o Instituto Panos, Londres, Agosto/1990.
28. Worth, D. "Sexual decision-making and AIDS: why condom promotion among vulnerable women is likely to fail", *Studies in Family Planning*, Novembro-Dezembro/1989, Vol.20, No.6, ps.297-307.
29. Ward, W. et alii, "HIV risk behaviour and STD incidence in London prostitutes", *Abstracts of the Vth International Conference on AIDS*, São Francisco, Junho/1990, F.C.738.
30. Cf. referência 28.
31. Sanders, Claire. "Dangerous Liaisons", *New Statesman & Society*, Londres, 6/Julho/1990.
32. Saltzman, S. et alii, "Factors associated with recurrence of unsafe sex practices in a cohort of gay men previously engaging in 'safer sex', *Abstracts of the Vth International Conference on AIDS*, Montreal, Junho/1989, T.D.P.31.

Uma questão de escolha?

1. Muhondwa, Dr.Eustace. Dept. of Behavioural Sciences, University of Tanzania, apresentação ao plenário, Vth International Conference on AIDS, São Francisco, Junho/1990.
2. Comentários do Dr. A.Nasidi, Federal Vaccine Production Laboratory, após apresentação do trabalho "HIV infection in polygamous families in Nigeria", Second SWAA Workshop, Lagos, Maio/1990.
3. Freudenberg, N. "Social and political obstacles to AIDS education", *SIECUS Report*, Agosto-Setembro/1989, Vol.17, No.6, Sex Information and Education Council of the U.S., Nova York.
4. Selverstone, R. "Where are we now in the sexual revolution?", *SIECUS Report*, Sex Information and Education Council of the U.S., Nova York, Março-Abril/1989, Vol.17, No.2.
5. Citado in D.Burke et alii. "Human immunodeficiency virus infections in teenagers, seroprevalence among applicants for U.S. military service", *Journal of the American Medical Association*, 18/Abril/1990, Vol.263, No.15, ps.2074-2077.
6. Jones, Elise et alii. "Teenage Pregnancy in Industrialized Countries", Yale University Press, New Haven, 1986.
7. Worth, D. "Sexual decision-making and AIDS: why condom promotion among vulnerable women is likely to fail", *Studies in Family Planning*, Novembro-Dezembro/1989, Vol.20, No.6, p.297-307.
8. Jingu, M. "High condom utilization and low seroconversion rates successfully sustained in 175 married couples in Zaire with discordant serology; observations after two years of follow-up", *Abstracts of the Vth International Conference on AIDS*, São Francisco, Junho/1990, S.C.695.
9. Cochran, S., Mays, V. "Sex, lies and HIV", correspondência, *New England Journal of Medicine*, 15/Março/1990, Vol.322, No.11, p.774.
10. Apisook, C., McDonnell, Elain. "Thailand: the 'foreign' disease", *The Third Epidemic*, Panos, London, 1990, p.204.
11. Kinnell, Hilary. "Prostitutes, their clients and risks of HIV infection in Birmingham", Central Birmingham Health Authority, Reino Unido, edição revisada, Agosto/1989.
12. Relatório do Dr. Geoff Foster, presidente do Family AIDS Counseling Trust (FACT) para o Instituto Panos, Zimbábue, Maio/1990.

13. Nunez, Dr.J.M. Ginecologista, Diretor do Interagency Coordinating Council for AIDS em Porto Rico (COMINSIDA), citado em um relatório de Vincent Gil, professor de Sexualidade Humana e Antropologia, Southern California College, U.S.A., Novembro/1989.
14. Marmor, M. et alii. "Possible female to female transmission of HIV", *Annals of Internal Medicine*, 1989, Vol 105:969; Monzon, O.T., Capellan, J.M.B., "Female to female transmission of HIV", *Lancet*, 4/Julho/1987, Vol.II, No.8549, ps.40-42.
15. Linn, J.F. *Cities in the developing World*, Oxford University Press, Oxford, 1983, p.xiii.
16. Hardoy, J., Satterthwaite, D. *Squatter Citizen*, Earthscan, Londres, 1989, p.5.
17. "Let's unite against AIDS", Relatório do I Workshop of the Society for Women and AIDS in Africa (SWAA), Harare, Maio/1989.
18. Ivan-Smith, E. et alii. "*Women in Sub-Saharan Africa*", Londres, Minority Rights Group, 1985, p.5.
19. Ungphakorn, J. "The impact of AIDS on women in Thailand", trabalho apresentado na AIDS in Asia and Pacific Conference, Canberra, Agosto/1990.
20. "Coping with the impact of AIDS on women in Africa", Report of the Second Workshop of the Society for Women and AIDS in Africa (SWAA), Lagos, Maio/1990.
21. Williams G.(ed), *Fear to Hope: AIDS Care and Prevention at Chikankata Hospital, Zambia*, Strategies for Hope, February/1990, p.21.
22. Informação oferecida pelo Dr. Muskesh Kapila, Health Education Authority, Londres, Setembro/1990.
23. Goldberg, H.I. et alii. "Knowledge about condoms and their use in less developed countries during a period of rising AIDS prevalence", *Bulletin of the Health World Organization*, 1989, 67:1, ps.85-91.
24. Relatório de Marge Berer, Women's Global Network on Reproductive Rights, para o Instituto Panos, Amsterdam, Junho/1990.
25. *CDC AIDS Weekly*, 17/Julho/1989, CDC AIDS WEEKLY, Birmingham, Alabama, EUA.
26. Entrevista realizada pelo Instituto Panos com o Dr. Edwige Bienvenu-Ba, Universidade de Dakar, Senegal, Maio/1990.
27. *AIDS Watch* 1989, No.6, 2º quadrimestre, International Planned Parenthood Federation, Londres.
28. "Churches in Africa: joining in the battle against AIDS", Setembro/1989, Documento No.14, Ecumenical Documentation and Information for Eastern and Southern Africa, Zimbábue.
29. Goldberg, H.I. et alii. "Knowledge about condoms and their use in less developed countries during a period of rising AIDS prevalence", *Bulletin of the World Health Organization*, 1989, 67:1, ps. 85-91, citado no Relatório de Marge Berer, Women's Global Network on Reproductive Rights, para o Instituto Panos, Amsterdam, Junho/1990.
30. Relatório de Jane Galvão, Secretária Executiva, Apoio Religioso contra AIDS (ARCA), para o Instituto Panos, Brasil, Agosto/1990.
31. Leeper, M. "Update of WPC-333 female condom clinical results", *Abstracts of the VIIth International Conference on AIDS*, São Francisco, Junho/1990, S.C.758.
32. Informação oferecida por Mary Ann Leeper, director of Product Development, Wisconsin Pharmacal, EUA, Agosto/1990.
33. Bradbeer, C. "Women and HIV", *British Medical Journal*, 11/ Fevereiro/1989, Vol.298:342-343.
34. Rekart, M. et alii. "Nonoxynol-9: its adverse effects", *Abstracts of the VIIth International Conference on AIDS*, São Francisco, Junho/ 1990, S.C.36.
35. Kreiss, J. et alii. "Efficacy of Nonoxynol-9 in preventing HIV transmission", *Abstracts of the VIIth International Conference on AIDS*, Montreal, Junho/1989, M.A.O.36.
36. Hutton, C. "Bed etiquette", *New Statesman & Society*, Londres, 6/Julho/1990.
37. Mock, G. Citada no Relatório de Vincent Gill, Professor of Human Sexuality and Anthropology, Southern California College, para o Instituto Panos, California, Novembro/1989.

38. Ver referência 30.
39. Sanders, C. "Dangerous Liaisons", *New Statesman & Society*, 6/Julho/1990, Londres.
40. Cf. referência 17.
41. Entrevista realizada pelo Instituto Panos com Carmen Chavez, Latino AIDS Project, Instituto Familiar de la Raza, São Francisco, Novembro/1988.
42. Cf. referência 7.
43. *The Observer*, Londres, 19/Agosto/1990.
44. Yoon, S-Y. "Asian women and AIDS: research issues", *Abstracts of the VIIth International Conference on AIDS*, Montreal, Junho/1989, D.695.
45. Comment from the floor, Second SWAA Workshop, Lagos, Maio/1990.
46. Weiner, M. et alii. "Change in AIDS knowledge, perceptions and risk practices for female partners of IV drug users after educational interventions: initial findings", *Abstracts of the VIIth International Conference on AIDS*, São Francisco, Junho/1990, S.C.751.
47. Entrevista realizada pelo Instituto Panos com Sallie Perryman, assistente especial do diretor, AIDS Institute, Departamento de Saúde do Estado de Nova York, Nova York, Junho/1990.
48. Entrevista realizada pelo Instituto Panos com a Professora Constance Wofsy, co-diretora de AIDS Activities no San Francisco General Hospital, São Francisco, Junho/1990.
49. Siegel, K. "Public education to prevent the spread of HIV infection", *New York Journal of Medicine*, Dezembro/1988, ps.642-646.
50. Cf. referência 24.
51. Cf. referência 7.
52. Entrevista realizada pelo Instituto Panos com Marie St Cyr, diretora executiva, Women's Action Resource Network (WARN), Nova York, Junho/1990.
53. Eversley, R. "AIDS intervention in psychotherapeutic practice with high risk minority women", trabalho apresentado na IVth International Conference on AIDS, Estocolmo, Junho/1988.
54. *New York Times*, Nova York, 27/Agosto/1987.
55. Cf. referência 7.
56. Cf. referência 19.
57. Bullough, V., Bullough, B. *Women and Prostitution: A social history*, Nova York, Prometheus Books, 1989, p.296.
58. Cf. referência 19 e *Nation*, Bangkok, 13/Setembro/1987.
59. Chikwem, Dr.J. at the Second SWAA Workshop, Lagos, Maio/1990.
60. Alexander, P. "Prostitutes and AIDS: public policy considerations, testimony before the president's commission on AIDS", COYOTE, National Task Force on Prostitution, EUA, 24/Março/1988.
61. "Don't Die of Ignorance - I nearly died of embarrassment: Condoms in Context", trabalho apresentado pelo Women, Risk and AIDS Project na IVth Social Aspects of AIDS Conference, Londres, Abril/ 1990.

Infecção pelo HIV, reprodução e maternidade

1. Relatório de Amanda Heggs para o Instituto Panos, Setembro/1989.
2. Entrevista concedida ao Instituto PANOS . pela Prof.Constance Wofsy, co-diretora da AIDS Activities, Hospital Geral de São Francisco, Junho 1990.
3. Willoughby, A. "Clinical science and trials", rapporteur session, *Abstracts of the VIIth International Conference on AIDS*, São Francisco, Junho/1990.
4. Friedman, W. et alii. "Increased frequency of cervical dysplasia/neoplasia in HIV-infected women is related to the extent of immunosuppression", *Abstracts of the VIIth International Conference on AIDS*, São Francisco, Junho/1990, S.B.519; Vermund, S. et alii. "Risk of human

- papillomavirus(HPV)and cervical squamous intraepithelial lesions(SIL)highest among women with advanced HIV disease", *Abstracts of the Vth International Conference on AIDS*, São Francisco, Junho/1990, S.B.517.
5. Marta, C. et alii. "Need for gynaecologic protocols in AIDS primary care clinics", *Abstracts of the Vth International Conference on AIDS*, Montreal, Junho/1989, M.B.P.276.
 6. Informação oferecida pelo Dr Peter Selwyn, Montefiore Medical Centre, Nova York, Agosto/1990.
 7. Wambugu, P. et alii. "Clinical manifestations of HIV-1 infection among women working as prostitutes in Nairobi", *Abstracts of the Vth International Conference on AIDS*, São Francisco, Junho/ 1990, Th.C.543.
 8. Cf. referência 3.
 9. Mbidde, E. et alii. "The epidemiology and clinical features of Kaposi's sarcoma(KS) in African women with HIV infection", *Abstracts of the Vth International Conference on AIDS*, São Francisco, Junho/ 1990, S.B.508.
 10. Relatório de Kathe Karlson, Upper Manhattan Task Force on AIDS, para o Instituto Panos, Nova York, Setembro/1990.
 11. Cf. referência 5.
 12. Rothenberg, R. et alii. *New England Journal of Medicine*, 19/ Novembro/1987, Vol.317, No.21, p.1297-1301.
 13. Entrevista realizada pelo Instituto Panos com Katie Bias, Women' Outreach Network of the National Haemophilia Foundation, EUA, Junho/ 1990.
 14. Maurice, J. "Women and tropical diseases", *Tropical Disease Research(TDR)News*, Junho/1989, No.28, OMS.
 15. Berrebi, A. et alii. "Influence of gestation on HIV infection", *Abstracts of the Vth International Conference on AIDS*, San Francisco, June/1990, Th.C.651; Bledscoe, K. et alii. "Effect of pregnancy on progression of HIV infection", *Abstracts of the Vth International Conference on AIDS*, São Francisco, Junho/1990, Th.C.652.
 16. Bury, J. "Counselling women with HIV infection about pregnancy, heterosexual transmission and contraception", *The British Journal of Family Planning*, Janeiro/1989, Vol.14, No.4, ps.116-22.
 17. Hauer, L. "Pregnancy and HIV infection.Focus:a guide to AIDS research and counselling", University of California at San Francisco, AIDS Health Project,"São Francisco, Outubro/1989, p.1-2.
 18. Crawford, M. (ed), "Briefings, treatment lacking for pregnant addicts", *Science*, 19/Janeiro/1990, Vol.247, p.257-372.
 19. Blanche, S. et alii. "A prospective study of infants born to women seropositive for HIV-1", *New England Journal of Medicine*, 22/ Junho/1989, Vol.320, No.25, ps.1643-8.
 20. Poulsen, A. et alii. "No evidence of vertical transmission of HIV-2 in Bissau", *Abstracts of the Vth International Conference on AIDS*, Montreal, Junho/1989, T.G.P.31.
 21. Cf. referência 19.
 22. Tovo.P., de Martino, M. "Epidemiology and natural history of HIV infection in children, Results from the Italian multicentre study on 1316 subjects", *Abstracts of the Vth International Conference on AIDS*, São Francisco, Junho/1990, Th.C.660.
 23. Lepage, P. "Natural history of HIV-1 infection in African children, A prospective cohort study in Rwanda", *Abstracts of the Vth International Conference on AIDS*, São Francisco, Junho/1990, Th.C.659.
 24. Informação oferecida pelo Dr.M.L.Newell, Institute of Child Health, Londres, Setembro/1990.
 25. Manzila, T. et alii. "Perinatally acquired HIV infection (PI): absence of an additional risk due to breast feeding in a cohort of 108 infants born to HIV(+) mothers", *Abstracts of The Implications of AIDS for Mothers and Children International Conference*, Paris, Novembro/1989, B2.

26. Halsey, N. et alii. "Maternal-infant HIV-1 transmission(MIT) in breastfed Haitian infants", *Abstracts of the Vith International Conference on AIDS*, São Francisco, Junho /1990, Th.C.609.
27. Statement from the consultation on breast-feeding/breast milk and human immunodeficiency virus (HIV), WHO/SPA/INF/87.8, OMS, Genebra, 23-25/Junho/1987.
28. M'pelé, P. et alii. "Knowledge and attitudes: mother to child transmission of HIV-1 and prenatal screening in Brazzaville (Congo)", *Abstracts of the First International Symposium on Education and Information about AIDS*, Ixtapa, Mexico, 16-20/ Outubro/1988, RT3-41.
29. Minkoff, H. et alii. "Routinely offered prenatal HIV testing", correspondência, *New England Journal of Medicine*, 13/Outubro/ 1988, Vol.319, No.15, p.1018.
30. Krasinski, K. et alii, "Failure of voluntary testing for human immunodeficiency virus to identify infected parturient women in a high-risk population", *New England Journal of Medicine*, 21/Janeiro 1988, Vol. 318, No.3, p.185.
31. Hull, H. et alii. "Comparison of HIV-antibody prevalence in patients consenting to and declining HIV antibody testing in an STD clinic", *Journal of the American Medical Association*, 19/Agosto/1988, Vol.260, No.7, ps.935-938.
32. Cf. referência 17.
33. Cf. referência 13.
34. "My Story: Three Scenarios", *AIDS: An Issue for Every Woman*, Report of the Women and AIDS Support Network Conference, Harare, Zimbábue, 1990.
35. Jakobs, U. "Psychological support for HIV-infected female patients in coping with critical life-events in gynaecology and obstetrics", *Abstracts of the Vith International Conference on AIDS*, São Francisco, Junho/1990, S.D.819.
36. Franke, K. "Discrimination against HIV-positive women by abortion clinics in New York City", *Abstracts of the Vith International Conference on AIDS*, Montreal, Junho/1989, T.E.P.52.
37. Mofenson, L. et alii. "Prenatal screening policies for HIV antibodies at major obstetric clinical centers in the United States", *Abstracts of the Vith International Conference on AIDS*, São Francisco, Junho/1990, S.C.665; Johnstone, F. et alii. "Women's knowledge of their HIV antibody state:its effect on their decision whether to continue the pregnancy", *British Medical Journal*, 6/Janeiro/1990, Vol.300, No.6716, ps.23-24.
38. Arras, J. "Should HIV positive women have children ? An ethical perspective", *Abstracts of the Vith International Conference on AIDS*, Montreal, Junho/1989, T.F.O.19.
39. Cf. referência 17.
40. Mitchell, J. "Women, AIDS and public policy" *AIDS and Public policy Journal*, 1988, Vol.3, No.2.
41. Foreman, M. et alii, "HIV-positive women infected through intravenous drug use in Ireland and their future plans for themselves and their children", *Abstracts of the Vith International Conference on AIDS*, São Francisco, Junho/1990, Th.D.799.
42. Badi, N. et alii. "Poor sustainability of birth control utilization and consequent high fertility rates in a cohort of 249 HIV(+) Zairian women aware of their serostatus and followed for 30 months post-partum", *Abstracts of the Vith Internacional conference on AIDS*, São Francisco, Junho/1990, Th.D.121.
43. Bury, J. "Counselling women with HIV infection about pregnancy, heterosexual transmission and contraception", *The British Journal of Family Planning*, Janeiro/1989, Vol.14, No.4, ps.116-22.
44. Crombleholme, W. "Perinatal HIV transmission despite maternal/infant AZT therapy", *Abstracts of the Vith International Conference on AIDS*, São Francisco, Junho/1990, Th.C.605.
45. Selwyn, P. et alii. "Knowledge of HIV antibody status and decisions to continue or terminate pregnancy among intravenous drug users", *Journal of the American Medical Association*, Junho 1989, Vol.261, No.24, ps.3567-71; e informação oferecida pela Dra. Ann Marie Kimball, Pan American Health Organization, Washington, Junho/1990.

46. Williams, G. (ed), *From Fear to Hope: AIDS Care and Prevention at Chikankata Hospital, Zambia*, Strategies for Hope No.1, ActionAid, Londres, Fevereiro/1990.
47. Mitchell, J. "Strategies of prevention of perinatal transmission", apresentado na plenária da Vith International Conference on AIDS, São Francisco, Junho/1990.
48. Cf. referência 16.
49. Informação oferecida pelo Dr. Gabe Bialy, Head of Contraceptive Development Branch, National Institutes of Health, EUA, Agosto/1990.
50. Selwyn, P. et alii. "Knowledge of HIV antibody status and decisions to continue ou terminate pregnancy among intravenous drug users", *Journal of the American Medical Association*, Junho/1989, Vol. 261, No.24.
51. Cf. referência 17.
52. Relatório de Priscilla Alexander, former co-director COYOTE, the National Task Force on Prostitution, para o Instituto Panos, California, Junho/1990.
53. Byangire, M.A. "Mobilising Women for AIDS Prevention and Control", trabalho apresentado no II SWAA Workshop, Lagos, Maio/1990.
54. Lusakulira, N. et alii. "The social impact of HIV infection in the Zaire population", *Abstracts of AIDS and Associated Cancers in Africa*, Outubro/1988, Arusha, Tanzania, P.5.6.7.
55. Editorial, "Human immunodeficiency virus in women", *Journal of the American Medical Association*, 17/Abril/1987, Vol.257, No.15, ps.2074-2076.
56. Kaleeba, N. "A family commitment", *AIDS Action*, Junho/1989, Appropriate Health Resources & Technologies Action Group, (AHRTAG), London, No.7.
57. Informação oferecida por mulher HIV-positiva anônima, Agosto/ 1990.
58. Relatório de Amanda Heggs para o Instituto Panos, Copenhagen, Setembro/1989.
59. Entrevista realizada pelo Instituto Panos com Sheila Gilchrist e Caroline Guinness, Positively Women, Londres, Junho/1989.
60. "AIDS: An Issue for Every woman", relatório do Women and AIDS Support Network Conference, Harare, Zimbábue, Novembro/1989.
61. "My husband gave me HIV", *The Independent*, Londres, 29/Novembro/ 1988.
62. St Cyr, M. "Parallel track: Issues of access and availability for women and people of colour", trabalho apresentado na Vith Internacional Conference on AIDS, São Francisco, Junho/1990.
63. Garrison, J. "Hassled out of drug trials, she treats herself", *São Francisco Examiner*, 23/Junho/1990.
64. Mitchell, J. "Strategies for prevention of perinatal transmission", apresentado na plenária da Vith International Conference on AIDS, São Francisco, Junho/1990.
65. Cf. referência 3.
66. Cf. referência 17.
67. Cf. referência 2.
68. Cf. referência 62.
69. Katabira, E. "Clinical trials in the developing world", apresentado na plenária da Vith International Conference on AIDS, São Francisco, Junho/1990.
70. Muhondwa, Dr.E. "International scientific collaboration research - by whom and for what?", apresentado na plenária da Vith International Conference on AIDS, São Francisco, Junho/1990.

Doenças por HIV nas crianças

1. Kuznetsova, I. "Transmission of HIV-infection from an infected infant to his mother by breast feeding", *Abstracts of the Vith International Conference on AIDS*, São Francisco, Junho/1990, Th.C.48.
2. Beldescu, N. "Nosocomial transmission of HIV in Romania", Ministério da Saúde, Romênia, trabalho apresentado na Vith International Conference on AIDS, São Francisco, Junho/1990.

3. Almedal, C. "Romania's hidden epidemic", *WorldAIDS*, Panos, Londres, Março/1990, No.8.
4. Radlett, M. "AIDS and the Third World: Guarding Against Deadly Blood", *Panoscope*, Panos, Londres, Maio/1989, No.12.
5. Davachi, F. et alii. "Effects of an educational campaign to reduce blood transfusions in children in Kinshasa, Zaire", *Abstracts of the Vth International Conference on AIDS*, Montreal, Junho/1989, E666.
6. Ngoma, S. Consultant/Paediatrician/Neonatologist, University Teaching Hospital Lusaka, na II SWAA Workshop, Lagos, Maio/1990.
7. Chin, J. "Epidemiology: current and future dimensions of the HIV/AIDS pandemic in women and children", *Lancet*, 28/Julho/1990, Vol. 336, No.8709, ps.221-224.
8. Auger, I. "Incubation periods for paediatric AIDS patients", *Nature*, 8/Dezembro/1988, Vol.336, ps.575-7.
9. Costagliola, D. "Incubation time for AIDS among homosexual and pediatric cases", *Abstracts of the Vth International Conference on AIDS*, São Francisco, Junho/1990, TH.C.661.
10. Informação oferecida pelo Dr Andrea Kovacs, Los Angeles County and University of South California Medical Centre, Los Angeles, Setembro/1990.
11. Cf. referência 9.
12. Cf. referência 10.
13. Burger, H. et alii. "Long HIV-1 incubation periods and dynamics of transmission within a family", *Lancet*, 21/Julho/1990, Vol.336, No. 8708, ps.134-136.
14. Shah, K. et alii. "Changing face of perinatal infection: initial presentation at or after 5 years of age", *Abstracts of the Vth International Conference on AIDS*, São Francisco, Junho/1990, F.B.471.
15. Squires, S. "Treatment lag for children with AIDS", *International Herald Tribune*, Paris, 2/Março/1989.
16. Grodin, M., Mariner, W. "Newborns as research subjects in AIDS drug trials under ambiguous federal regulations", *Abstracts of the Vth International Conference on AIDS*, São Francisco, Junho/1990, Th.D.807.
17. *Wall Street Journal*, Nova York, 20/Abril/1988.

Quem cuida, quem paga?

1. Pizurki, H. et alii. *Women as Providers of Health Care*, OMS, Genebra, 1987, p.17.
2. Sivard, R.L. *Women...A World Survey*, World Priorities, Washington, 1985, p.11.
3. Relatório da Dra. Marie Therése Feuerstein, consultora para questões de saúde, para o Instituto Panos, Londres, Maio/1990.
4. Entrevista realizada pelo Instituto Panos com Noerine Kaleeba, diretora, The AIDS Support Organisation of Uganda (TASO), Lagos, Maio/ 1990.
5. Schiller, N.G. et alii. "The role of kin in care giving for persons with AIDS in New Jersey", *Abstracts of the Vth International Conference on AIDS*, São Francisco, Junho/1990, TH.D.822.
6. Relatório de Jane Galvão, secretária executiva, Apoio Religioso contra AIDS (ARCA), para o Instituto Panos, Brasil, Agosto/1990.
7. Dunn, A., Hunter, S. "Uganda, AIDS and families", *Is AIDS a development issue?*, Londres, UK NGO AIDS Consortium for the Third World, Dezembro/1989.
8. Ngugi, E. "Caring: the cost to a community", *WorldAIDS*, Panos, Londres, Março/1990, No.8.
9. Cf. referência 4.
10. Barnett, T., et alii. *Development Forum*, Novembro-Dezembro/1988, No.15.
11. Gillespie, S. "Potential impact of AIDS on farming systems: a case study from Rwanda", *Land Use Policy*, 1989, Vol.6, No.4, ps.301-312.

12. Barnett, T, Blaikie, P. "Communities cope by adapting agriculture", *WorldAIDS*, Panos, Londres, Março/1990, No.8.
13. Hassig, S. et alii. "The economic impact of HIV infection in adult admissions to internal medicine at Mama Yemo Hospital", *Abstracts of the Vith International Conference on AIDS*, Montreal, Junho/1989, T.H.09.
14. "Fighting on home ground", *WorldAIDS*, Panos, Londres, Julho/1989, No.4.
15. Montforti, J. "Advocating for children with HIV and their Families", discurso feito na Vith International Conference on AIDS, São Francisco, Junho/1990.
16. Seibert, J. "Paediatric AIDS: Psychosocial Issues", trabalho apresentado no Perspectives on Paediatric AIDS Symposium na 96th Annual Convention of the American Psychological Association, Atlanta, Georgia, Agosto/1988.
17. Goeren, W. et alii. "Case management of families with HIV Infection", *Abstracts of the Vith International Conference on AIDS*, São Francisco, Junho/1990, S.D.803.
18. Entrevista realizada pelo Instituto Panos com Sallie Perryman, assistente especial do diretor, AIDS Institute, Departamento de Saúde do Estado de Nova York, Nova York, Junho/1990.
19. Caffrey, B. et alii. "An effective approach to providing comprehensive treatment for the HIV-infected child: 'one stop shopping' ", *Abstracts of the Vith International Conference on AIDS*, São Francisco, Junho/1990, 4029.
20. Feleke, G. "The role of a visiting physician in an AIDS care programme", *Abstracts of the Vith International Conference on AIDS*, São Francisco, Junho/1990, 4021.
21. Mansfield, S. "The role of a hospital based home care team in the care of people with HIV disease", *Abstracts of the Vith International Conference on AIDS*, São Francisco, Junho/1990, S.D.817.
22. Entrevista realizada pelo Instituto Panos com Katie Bias, Women's Outreach Network of the National Haemophilia Foundation, EUA, Junho/1990.
23. "Interactive training series for caregivers of HIV infected children", *Abstracts of the Vith International Conference on AIDS*, São Francisco, Junho/1990, Th.D.816.
24. Harris, A. "Treating the uninfected sibling", *Abstracts of the Vith International Conference on AIDS*, São Francisco, Junho/1990, Th.D.123.
25. Entrevista realizada pelo Instituto Panos com John O'Rourke, diretor, Parent's Paediatric AIDS Coalition, São Francisco, Junho/1990.
26. Entrevista realizada pelo Instituto Panos com Marilyn Robinson, Center for Attitudinal Healing, California, EUA, Junho/1988.
27. Cf. referência 18.
28. Garceau, S. "Survey results on how tolerant, caring and compassionate Canadians are towards those most affected by AIDS", *Abstracts of the Vith International Conference on AIDS*, São Francisco, Junho/1990, Th.D.844.
29. McDonald, S. "Tender Loving Care", *The Advocate*, relato do Mothers of AIDS Patients (MAP), um grupo de Los Angeles, 3/Janeiro/1989.
30. Cf. referência 4.
31. Chin, J. "Epidemiology: current and future dimensions of the HIV/AIDS pandemic in women and children", *Lancet*, 28/Julho/1990, Vol. 336, No.8709, ps.221-224.
32. Perlez, J. "In Uganda district, AIDS orphans struggle to survive", *New York Times*, Nova York, 10/Junho/1990.
33. Mmbaga, C. "AIDS Increases Orphans", *The Times of Swaziland*, Mbabane, Swaziland, 4/Abril/1990.
34. Lambert, B. "Huge by-product of AIDS is emerging: a generation of thousands of orphans", *International Herald Tribune*, Paris, 1/Agosto/1989.
35. Gurdin, P. "Adoption as a life-plan for HIV positive children", *Abstracts of the Vith International Conference on AIDS*, São Francisco, Junho/1990, TH.D.128.

36. Informação oferecida por Sister Marty, Starcross Lay Catholic Community, Annapolis, California, Setembro/1988.
37. Mann, J. "Global AIDS: revolution, paradigm and solidarity", discurso feito na Vith International Conference on AIDS, São Francisco, Junho/1990.
38. UNICEF: *The state of the world's children 1989*, Oxford University Press, Oxford, 1989.
39. "Zidovudine for symptomless HIV infection", Editorial, *Lancet*, 7/ Abril/1990, Vol.335, No.8693, ps.821-822.
40. Aaron, H., Schwartz, W. "Rationing health care: the choice before us", *Science*, 26/Janeiro/1990, Vol.247, ps.418-422.
41. Greenberg, D. "Washington perspective, who pays for health care?", *Lancet*, 3/Fevereiro/1990, Vol.335, No.8684, ps.280-281.
42. Hunter-Young, N. "Patterns of discharge delay and resulting financial impact for AIDS related admissions", *Abstracts of the Vith International Conference on AIDS*, São Francisco, Junho/1990, F.D.809.
43. Tapia-Conyer, R. et alii. "Estimation of AIDS treatment cost through a prospective study", *Abstracts of the Vith International Conference on AIDS*, São Francisco, Junho/1990, F.D.804.
44. Hintz, E. et alii. "Care and treatment of pediatric AIDS patients in children's hospitals", *Abstracts of the Vith International Conference on AIDS*, São Francisco, Junho/1990, FD.822.
45. *AIDS Policy and the Law*, 19/Outubro/1988, Vol.3, No.19.
46. *AIDS & Children: A family disease*, Panos, Londres, Novembro/1989, p.5.
47. Cf. referência 3.
48. Ramos, F. II SWAA Workshop, Lagos, Maio/1990.
49. Rifkin, S., Walt, G. "Why health improves: defining the issues concerning 'comprehensive primary health care' and 'selective primary health care'", *Social Science and Medicine*, 1986, Vol.23, No.6.
50. Powell-Cope. "Family caregivers of PWAs: experiences with health care providers", *Abstracts of the Vith International Conference on AIDS*, São Francisco, Junho/1990, Th.D.819.
51. Apresentado por Mildred Pearson, na International Ecumenical Consultation on the Churches and AIDS, organizada pelo Instituto Panos, Washington, Março/1990.

A prevenção da AIDS e o status da mulher

1. "Women, mothers, children and global AIDS", número especial, *Global AIDS Factfile, GPA Digest*, OMS, Dezembro/1989.
2. Becket, M. et alii. "Behavioural change to reduce risk", *American Journal of Public Health*, Abril/1988, Vol.78, No.4, p.394.
3. Sivard, R.L. "Women...A World Survey", World Priorities, Washington, 1985, p.16.
4. "Can community carers cope?", *WorldAIDS*, Julho 1989, Panos, Londres, No.4.
5. Ver referência 1.
6. Ladjali, M., Huston, P. "Listen to women first", *People*, 1990, Vol. 17, No.1.
7. O'Gara, C., Landis, R. "Designing AIDS-control interventions for women: give us the tools and we will do the job", *Abstracts of the First International Symposium on Education about AIDS*, Ixtapa, México, Outubro/1988.
8. Relatório de Marge Berer, Women's Global Network on Reproductive Rights, para o Instituto Panos, Amsterdam, Junho/1990.
9. Schwartz, R. "Developing innovative structures to reach women at high risk for HIV infection", *Abstracts of the First International Symposium on Education and Information about AIDS*, Ixtapa, México, Outubro/1988, ps.3-97.
10. Entrevista realizada pelo Instituto Panos com Sheila Gilchrist e Caroline Guinness, Positively Women, Reino Unido, Junho/1989.

11. Entrevista com Katie Bias, Women's Outreach Network of the National Haemophilia Foundation, EUA, Junho/1990.
12. Entrevista com Sallie Perryman, assistente especial do diretor, AIDS Institute, Departamento de Saúde do Estado de Nova York, Nova York, Junho/1990.
13. Taylor, D. "The evolution of dignity: role of Cook county hospital (CCH) support group for HIV-infected women", *Abstracts of the Vth International Conference on AIDS*, São Francisco, Junho/1990. Th.D.798.
14. Relatório de Jacalyn Lee, Hunter College of Cuny, School of Health Sciences, para o Instituto Panos, Nova York, Setembro/1989.
15. Hughes, H. "Raising awareness of AIDS amongst Haiti's poor", *Oxfam News*, Oxford, Summer/1990.
16. Vidal, J. "Laundromat Lessons", *WorldAIDS*, Panos, Londres, Março/ 1989, No.2.
17. "Coping with the impact of AIDS on Women in Africa", Relatório da II Workshop of the Society for Women and AIDS in Africa (SWAA), Lagos, Maio/1990.
18. Relatório de Jane Galvão, secretária executiva, Apoio Religioso contra AIDS (ARCA), para o Instituto Panos, Rio de Janeiro, Brasil, Agosto/1990.
19. *Child Survival Action News*, Novembro-Dezembro/1987, No.8.
20. Cf. referência 6.
21. Meredith, P. *Male involvement in planned parenthood: global review and strategies for programme development*, IPPF, Londres, 1989.
22. "Promoting safer sex: the prevention of AIDS and other STDs", International Workshop Report, Netherlands STD Foundation, 30/Abril-3/Maio/1989, ps.3-4.
23. Entrevista realizada pelo Instituto Panos com Cheryl Overs, Victoria Prostitutes Collective, Victoria, Australia, Junho/1990.
24. Relatório de Priscilla Alexander, ex-co-diretora, COYOTE, The National Task Force on Prostitution, para o Instituto Panos, California, Junho/1990.
25. Overs, C. "AIDS prevention in the legalized sex industry", *Abstracts of the Vth International Conference on AIDS*, Montreal, Junho/1989, Th.D.P.91.
26. Chikwem, J et alii. "Human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) infection among female prostitutes in Borno State of Nigeria - one year follow-up", *East African Medical Journal*, 1989, Vol.66, ps.742-746.
27. Relatório de Colleen Lowe Morna, para o Instituto Panos, Ghana, Abril/1989.
28. Cf. referência 27.
29. Smith, D. "Green cards for Thai sex workers", *WorldAIDS*, Panos, Londres, Julho/1990, No.10.
30. "Sexually transmitted diseases and prostitution", press realease OMS/42, 31/Outubro/1988.
31. Manaloto, C.R. et alii. "Sexual behaviour of Filipino female prostitutes after diagnosis of HIV infection", trabalho apresentado no II International Congress on AIDS, Bangkok, Tailândia, Janeiro/ 1989.
32. Cf. referência 29.
33. Cf. referência 10.
34. Relatório de Vicent Gil, Professor de Sexualidade Humana e Antropologia, Southern California College, para o Instituto Panos, California, Novembro/1989.
35. Peterson, L. "The issue — and controversy — surrounding adolescent sexuality and abstinence", *SIECUS Report*, Sex Information and Education Council of the US, Nova York, Setembro-Outubro/1988, Vol.17, No.1.
36. Sexuality education study, um resumo extraído de vários 'surveys' considerados relevantes, 1988/1990, *SIECUS Report*, Nova York, Dezembro/1989-Janeiro/1990, Vol.18, No.2.
37. Haffner, D. "AIDS and Adolescents: the time for prevention is now", The Center for Population Options, Washington, Novembro/1987.

38. Entrevista realizada pelo Instituto Panos com Noerine Kaleeba, diretora, The AIDS Support Organisation of Uganda (TASO), Lagos, Maio/ 1990.
39. Byangire, M.A. "Mobilising Women for AIDS Prevention and Control", comentário ao trabalho apresentado na Second SWAA Workshop, Lagos, Maio/1990.
40. Relatório de Miria Matembe, membro do parlamento de Uganda, diretora do Action for Development (Acfode), para o Instituto Panos, Uganda, Agosto/1990.
41. Meredith, P. "MEXFAM's youth and male involvement programmes", IPPF, Junho/1990.
42. Entrevista com a Professora Constante Wofsy, co-diretora, AIDS Activities, San Francisco General Hospital, São Francisco, Junho/1990.
43. Entrevista com Marie St. Cyr, diretora executiva, Women's Action Resource Network (WARN), Nova York, Junho/1990.
44. Cf. referência 21.
45. Standing, H., Kisekka, M. "Sexual behaviour in sub-Saharan Africa: a review and annotated bibliography", School of African and Asian Studies, University of Sussex, UK e Department of Sociology, Ahmadu Bello University, Nigeria, preparado para Overseas Development Administration (ODA), Reino Unido, Abril/1989.
46. Cf. referência 21.
47. Williams, E. et alii "An AIDS intervention program in the Cross River state of Nigeria", trabalho apresentado na II SWAA Workshop, Lagos, Maio/1990.
48. Mull, J., Lopez, V. "The Missing Link: the cultural connection in the failure of prostitutes to require clients to use condoms despite a health education campaign", *Abstracts of the First International Symposium on Education and Information about AIDS*, Ixtapa, México, Outubro/1988, ps.2-71.
49. Cf. referência 21.
50. Worth, D. "Sexual decision-making and AIDS: why condom promotion among vulnerable women is likely to fail", *Studies in Family Planning*, Novembro-Dezembro/1989, Vol.20, No.6, ps.297-307.
51. "Women and AIDS in Africa: issues old and new", trabalho apresentado pela Society for Women and AIDS in AFRICA (SWAA), 1989 Annual Meeting of the African Studies Association, Atlanta, EUA, Novembro/1989.
52. Cf. referência 42.
53. Relatório de Kathe Karlson, Upper Manhattan Task Force on AIDS, para o Instituto Panos, Nova York, Setembro/1989.
54. Bienvenu-Ba, E. et alii. "Experience de la mise sur pied d'un programme de réinsertion et de reconversion d'une population présentant un haut risque de contamination à HIV à Kaolack (Senegal), trabalho apresentado na SWAA 1990 Workshop, Lagos, Maio/ 1990.

Impresso na
GRAPHOS
Rio (021) 223-1272
com filmes fornecidos.

MULHERES E AIDS NO MUNDO

A AIDS é uma doença que afeta tanto os homens quanto as mulheres. Em algumas cidades do mundo, a AIDS já aparece como a principal *causa mortis* de mulheres entre 20 e 40 anos de idade. Atualmente, algumas regiões do planeta chegam a registrar mais casos de contaminação pelo HIV — o vírus que causa a AIDS — entre mulheres do que entre homens.



Para as mulheres, a AIDS representa uma **Tripla Ameça**:

- Assim como o homem, a mulher pode se contaminar com o HIV e pode, posteriormente, ficar doente de AIDS.
- Uma vez contaminada, a mulher pode transmitir a infecção para seu bebê durante a gravidez e sua criança poderá desenvolver a doença.
- A responsabilidade de cuidar, em casa, de pessoas doentes recai tradicionalmente sobre a mulher. É ela também quem carrega este fardo quando alguém de seu círculo de familiares fica com AIDS.

Como pode a mulher encarar esta realidade? Em quase todas as sociedades, ela se encontra em situação desfavorável, tanto do ponto de vista econômico quanto social. Muitas não têm autonomia nem mesmo sobre sua vida sexual.

Este dossiê apresenta fatos e imagens que compõem um cenário contundente das implicações que a epidemia do HIV/AIDS traz para as mulheres, as crianças e a para a família. Mulheres de todo o mundo contam como a AIDS está desmantelando lares e comunidades e explicam quais são as estratégias que utilizam para enfrentar esta nova situação.

Quanto mais fortalecido o lugar da mulher na sociedade, mais possibilidades ela terá de se proteger do HIV.

O Instituto Panos é uma das principais autoridades mundiais na questão das epidemias da AIDS/HIV e de suas implicações sociais. A ABIA é uma organização brasileira direcionada para o controle destas epidemias e de suas repercussões. O SOS CORPO é uma entidade feminista, que vem trabalhando questões relativas à saúde, à condição da mulher e aos direitos reprodutivos.