

Gênero e prevenção das DST/AIDS

Simone G. Diniz
Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde

Este documento é uma versão da consultoria solicitada pela Unidade de Prevenção da Coordenação Nacional de DST/AIDS (CN-DST/AIDS) em junho de 2001, para subsidiar diretrizes para a prevenção de DST/AIDS em mulheres, com um enfoque de gênero. O trabalho tomou como ponto de partida o documento “Diretrizes e Políticas de Prevenção e Controle de DST/AIDS em Mulheres” (1997), elaborado pelo grupo de trabalho constituído pela CN-DST/AIDS para aprofundar este tema.

Com base na solicitação referida, foram realizadas uma revisão bibliográfica e entrevistas informais com profissionais de saúde tendo como eixos três temas: uma atualização do quadro epidemiológico das DST/AIDS entre mulheres no Brasil e suas tendências; um balanço dos estudos mais recentes sobre eficácia e segurança dos assim chamados recursos biológicos disponíveis para a prevenção em mulheres, e em terceiro lugar, um levantamento preliminar das experiências sociais e comportamentais dirigidas às mulheres e/ou com enfoque de gênero no Brasil nos últimos anos, tendo como uma das referências os resumos dos trabalhos apresentados no III Congresso Brasileiro de Prevenção das DST/AIDS (III CBP). No decorrer do processo, as informações de III CBP foram distribuídas pelo conjunto do texto, pois se avaliou que ali melhor contribuiriam para exemplificar as possibilidades e limites das propostas de intervençãoⁱ. Considerou-se a importância de um enfoque de gênero para o trabalho, já colocado no documento de 1997, no contexto do esforço atual para examinar a epidemia, a partir de seus determinantes sociais mais amplos, para além das suas dimensões biológicas, de forma a contribuir para aprofundar a reflexão sobre as dificuldades, paradoxos e impasses enfrentados nas ações de prevenção dirigidas à população feminina.

A reflexão conceitual sobre gênero e suas interfaces com a saúde da mulher em geral, e com a prevenção das DST/AIDS em especial, é bastante rica e complexa, e não caberia nos limites desta consultoria senão referir alguns dos trabalhos recentes de levantamento destas interfaces, possibilidades e limites (1). Nos limites deste trabalho, consideraremos o gênero como o sexo socialmente construído (2), ou ainda, como o conjunto de dispositivos pelos quais uma sociedade transforma a sexualidade biológica em produtos da atividade humana, e nesse conjunto se satisfazem estas necessidades humanas transformadas (3).

O gênero é um construto social e cultural que estabelece valores diferenciados para homens e mulheres, e as formas como eles (homens e mulheres) se relacionam na sociedade. É um construto específico em cada cultura – há diferenças significativas nas quais os homens e as mulheres podem e não podem ser comparados aos outros. Mas o que há de consistente entre as culturas é que há diferenças entre os papéis de homens e mulheres, no acesso aos recursos produtivos e na autoridade para tomar decisões. Este poder diferenciado entre os gêneros está articulado de forma complexa na vivência da sexualidade. O poder diferenciado na esfera sexual amplia a vulnerabilidade tanto de das mulheres quanto de homens por várias razões, muito presentes mesmo nos dias de hoje, como veremos adiante. No caso das mulheres, isso se dá pela expectativa de que as mulheres “direitas” devam ser ignorantes e passivas sexualmente; pelo valor dado à virgindade vaginal; pela cultura do silêncio sobre as doenças de transmissão sexual; pela relação da sexualidade com a dependência econômica das mulheres (mesmo dentro do casamento e fora do sexo comercial); e ainda pela violência de gênero contra mulheres adultas, e crianças e adolescentes de ambos os sexos, que está fortemente associada à vulnerabilidade à infecções sexualmente transmissíveis (4, 5) . Mesmo em situações em que a mulher tem situação econômica “independente”, estas desigualdades de gênero estão presentes apesar de ser de forma diferenciada.

Mais recentemente, agências como OMS e UNAIDS têm defendido a abordagem de gênero como imprescindível para a resposta à epidemia, tanto na compreensão e intervenção sobre a vulnerabilidade das mulheres, quanto sobre a vulnerabilidade dos homens. Nessa direção, a resposta à epidemia deve ser baseada no gênero por três razões principais: primeiro, pela a desigualdade de poder social, econômico e cultural; segundo, pela carga desproporcional resultante da epidemia que cai sobre as mulheres: são mais vulneráveis, são muito mais sobrecarregadas pelos cuidados aos doentes adultos e crianças, e sofrem mais a discriminação quando infectadas. Em terceiro, pela evolução diferencial da infecção nas mulheres, seja pela sua biologia, seja pelos vieses discriminatórios de gênero na prevenção e na assistência (6)

A produção brasileira sobre as relações entre gênero e saúde tem sido reconhecida internacionalmente, especialmente por sua capacidade de ser traduzida em políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva, desde antes mesmo das Conferências Internacionais de Cairo e Pequim, que consagraram estes conceitosⁱⁱ.

No país, a partir da década de 80 o conceito de *saúde integral*, trazendo a discussão da socialidade e das relações de poder nas questões de saúde da mulher e sua assistência, orientou a organização das ações do Programa de

Atenção Integral de Saúde da Mulher (PAISM), em certa medida antecipando a abordagem de saúde (e direitos) sexuais e reprodutivos que viria a se popularizar nos anos seguintesⁱⁱⁱ.

A reflexão sobre gênero e saúde acrescenta ao debate sobre a epidemia de AIDS um conjunto de desafios, entre eles superar a chamada “cegueira de gênero”, que fez com que em grande medida, as mulheres tenham sido invisíveis na epidemia; que sua importância como grupo vulnerável tenha sido subestimada; que as ações dirigidas às mulheres em grande parte se limitem à prevenção da transmissão perinatal – tratando a mulher como meio, e não como finalidade da assistência. E sobretudo, essa discussão aponta para a dificuldade de reconhecer e lidar com o diferencial de poder entre homens e mulheres como fator determinante da transmissão do HIV/AIDS. Aqui se incluem questões delicadas como, entre outras, a violência de gênero, física e sexual, contra mulheres e contra crianças de ambos sexos, e o debate sobre as opções reprodutivas no contexto da ilegalidade do aborto, e do risco da orfandade. A esses desafios se somam mais duas urgências – a incorporação dos homens ao debate e ao desenho de políticas, assim como a necessidade de contemplar o respeito e a promoção dos direitos humanos de todos os envolvidos.

A discussão sobre as relações de gênero e a vulnerabilidade dos homens é um dos temas centrais a ser incorporado aos programas de prevenção, trazendo desafios adicionais. É importante aqui partir da evidência de que existem diferentes masculinidades, referidas às diferenças de classe social, raça e etnia, orientação sexual, entre outras variáveis, que tornam os homens consideravelmente diferentes e desiguais entre si, e portanto, enfrentando diferentes situações de vulnerabilidade.

Em termos gerais, a vulnerabilidade masculina às DST/Aids se constrói a partir da socialização dos homens para um estilo de vida auto-destrutivo, em que o risco não é visto como algo a ser evitado e prevenido, mas enfrentado e superado; e em que o sexo deve ser buscado à revelia do risco e jamais recusado. Some-se a isso a crença de que o cuidado consigo e com o outro são valores, em nossa sociedade, associados ao feminino: homem que é homem nem adoce. Esses repertórios parecem fazer parte e orientar, em maior ou menor grau, o cotidiano dos homens em geral, a despeito de raça, cor, credo e orientação sexual (OMS/UNAIDS/Papai). Nos limites desse trabalho, lidaremos basicamente com as masculinidades heterossexuais, reconhecendo que a complexidade do debate sobre vulnerabilidade dos HSH exige um espaço específico na prevenção. Por outro lado, é necessário considerar que a tendência à culpabilização dos homens e à vitimização das mulheres, não tem sido útil à organização de programas nem tem ajudado a trazer os homens aos serviços de saúde ou contribuído para que esses mudem suas práticas.

Atualmente, nos encontramos em um momento mais propício para a incorporação desta nova agenda de questões, e embora não tenhamos nenhuma solução mágica ou fácil à vista, cresce o reconhecimento, em nível nacional e internacional, da importância de ações que busquem, para além da superação da cegueira de gênero, reconhecer questões até então subestimadas pela abordagem meramente biológica, como a necessidade de intervir mais amplamente no fortalecimento das mulheres e de segmentos masculinos mais vulneráveis e fragilizados e na superação das desigualdades sociais, econômicas e culturais entre mulheres e homens. (6)

É importante ressaltar que o Brasil tem tido um papel especialmente importante no cenário internacional no desenvolvimento de políticas sociais e de saúde criativas e efetivas, preocupadas com a inclusão social e com o combate à discriminação, incluindo setores da sociedade civil organizada, tanto na saúde da mulher quanto no campo das DST/AIDS. Apesar do relativo desencontro entre estas duas vertentes, há todo um campo aberto para a interfecundação.

As mulheres no quadro epidemiológico, tendências

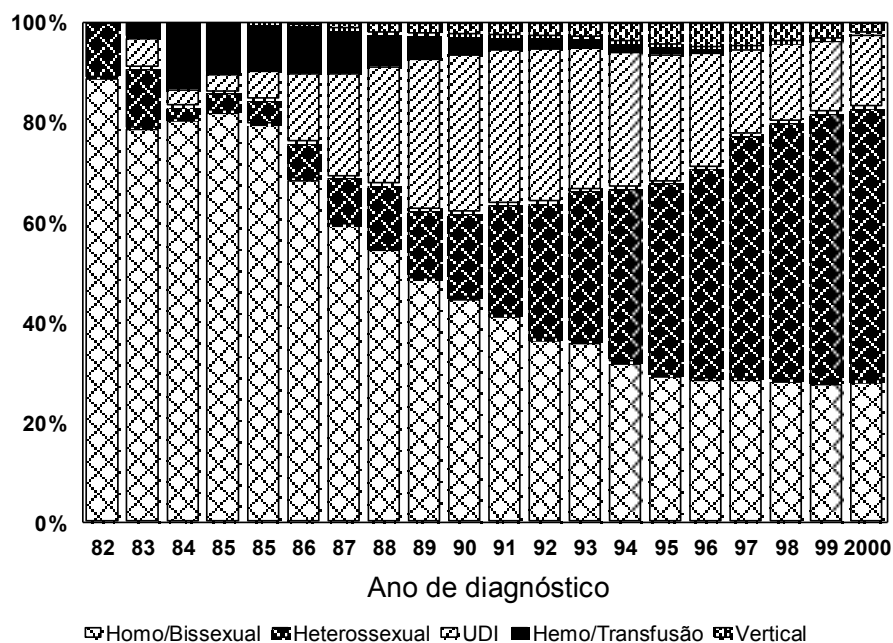
De acordo com o Boletim Epidemiológico AIDS de janeiro a março de 2001, nesse período foram registradas 7099 notificações de aids, totalizando 210447 casos da doença desde 1980, sendo 5 casos de doentes residentes em outros países. Do total, 155792 (74%) são do sexo masculino e 54660 (26 %) do sexo feminino. O número de casos em menores de 13 anos chegou a 7335 (3,5% do total).

A propagação da infecção no Brasil mostra uma epidemia de múltiplas dimensões que vem, ao longo do tempo, sofrendo extensas modificações em seu perfil epidemiológico. Inicialmente restrita ao eixo Rio-São Paulo e cidades maiores, marcadamente masculina, atingindo especialmente indivíduos homossexuais, hemofílicos e usuários de drogas, a epidemia passa por processos heterossexualização, feminização, interiorização e pauperização. O aumento da transmissão heterossexual tem como consequência o aumento substancial dos casos em mulheres, considerado o mais importante fenômeno hoje da epidemia no Brasil (2). O crescimento da epidemia torna-se mais diferenciado entre homens e mulheres: entre os homens, observou-se no período de 1994-98 um percentual de crescimento de 10,2% das notificações, enquanto nas mulheres este crescimento foi de 75,3% (1)

Nos primeiros anos da epidemia, no início da década de oitenta, o grupo populacional mais atingido foi o dos homens que fazem sexo com homens (HSH) – homossexuais ou bissexuais. Em 1984, entre os casos notificados, 71% eram referentes a estes homens. Depois da extensa disseminação inicial neste grupo, nos anos anteriores seguiu-se certa estabilização, principalmente entre os homens dos segmentos médios das cidades maiores, como resultado da mobilização social e das mudanças de comportamento para a adoção de práticas sexuais mais seguras. (2)

Nos anos seguintes, vemos uma diminuição da participação proporcional desse grupo populacional entre o conjunto de casos notificados, chegando a apenas 16% dos caso entre 1999/2000. Por outro lado, temos o aumento da transmissão heterossexual que foi de 6,6% dos casos em 1988 para 39,2% em 1998 (2). No período de 1994-98, os casos de exposição heterossexual ao HIV apresentavam um crescimento de 11%, enquanto os casos de exposição homo/bi tiveram um acréscimo de 8,6% (1). Mais recentemente, dados sugerem um aumento da transmissão entre HSH jovens (70).

Figura 1: Percentual de casos de Aids por ano de diagnóstico e subcategoria de exposição. Brasil, 1982-2000*



*Dados preliminares até 26/02/2000 Excluídos casos com categoria de exposição ignorada

Fonte: CN-DST/AIDS/SPS – Ministério da Saúde, 2000. In: Castilho, 2001

A razão de sexo (razão entre casos de homens e de mulheres) caiu de 24:1 em 1985 para 6:1 em 1990, estando desde 1997 em 2:1. Em cerca de 15% dos municípios brasileiros que tem pelo menos um caso de AIDS notificado, a razão de sexo já se inverteu; a maioria destes municípios têm população igual ou menor que 50 mil habitantes; nesses contextos, a transmissão é predominantemente heterossexual, na faixa etária de 20 a 39 anos, em todos os níveis de escolaridade.

Entre os homens nota-se uma aparente desaceleração da epidemia, principalmente nos grandes centros, enquanto em todo o Brasil se observam os maiores aumentos relativos dos casos em mulheres. Nas cidades com mais de 500 mil habitantes na região Sudeste, a taxa de crescimento da epidemia entre mulheres tem sido de 20% ao ano. A proporção de mulheres entre os casos notificados aumentou de 9,9% no período de 1980 a 1988, para 33,3% entre 1999 e 2000 (1, 2). Seria interessante a comparação do crescimento da

epidemia entre heterossexuais, homens e mulheres, o que daria um quadro mais ajustado ao padrão mais recente de transmissão.

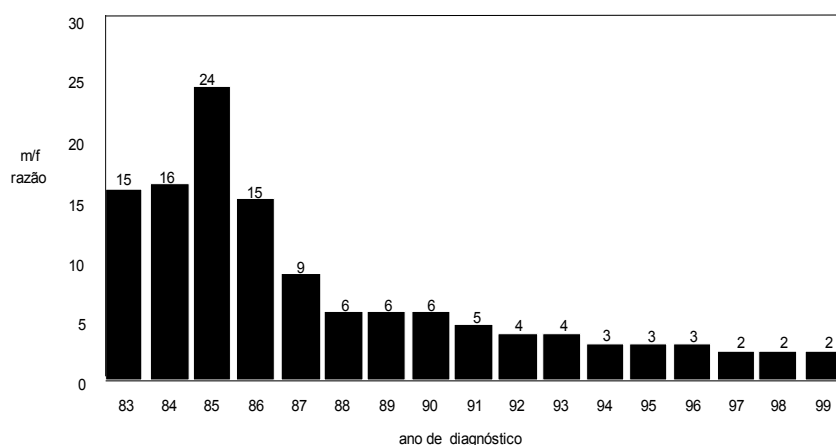
O grupo dos casos notificados por transmissão sangüínea no início da epidemia era composta basicamente por hemofílicos e pessoas que receberam sangue (62% em 1984). Com o controle de sangue e hemoderivados, há uma enorme redução nesses casos, e uma participação crescente dos usuários de drogas injetáveis (UDI). Em 1984, 37% dos casos eram entre os UDI, em 1999/2000, esses eram 99% dos casos de transmissão sangüínea. Esta grande participação dos UDI nas ocorrências de AIDS teve um papel fundamental na disseminação dos casos entre mulheres, usuárias de drogas ou parceiras de UDI, além da disseminação nas rotas do tráfico e de consumo, para os municípios menores.

Entre os municípios de 50 a 500 mil habitantes, verifica-se a predominância da categoria de transmissão dos usuários de drogas, em todos os períodos de tempo, enquanto nos municípios de menos de 50 mil habitantes, a transmissão heterossexual constitui a maioria dos casos no último período de tempo. Com relação à idade, 70% dos casos notificados em ambos os sexos, estavam na faixa entre 20-39 anos. Note-se que a faixa entre 13-29 anos caiu de 37,3% em 198-1988 para 30,1% e, 1998/1999, enquanto os casos de mais de 30 anos aumentaram de 60,6 para 69,7% no mesmo período. O grupo mais jovem, entre homens e mulheres, é o de transmissão sexual e de usuários de drogas (coorte dos nascidos nas décadas de 60 e 70), enquanto os mais velhos são os HSH (coorte dos nascidos nos 40 e 50). (2)

Como consequência direta da maior participação feminina na epidemia, observa-se um aumento progressivo na categoria transmissão vertical, que saltou de 0,2% em 1986 para 2,6% do total de casos. Entre os casos com menos

de 4 anos no período de 1999/2000, há o predomínio da transmissão vertical, com 86% dos casos de AIDS pediátrica, contra 21% em 1986. Desde 1983 até dezembro de 2000, foram notificados 7086 casos de AIDS em menores de 13 anos (1). Chama a atenção que nos anos iniciais da epidemia há um predomínio de crianças do sexo masculino mesmo entre os menores de 13 anos, chegando a uma razão de sexo de 7/1 em 1985. Parte desta diferença certamente se deve aos meninos hemofílicos, porém em alguns fóruns tem sido levantada a hipótese de que esse dado poderia refletir casos de violência sexual contra meninos, fenômeno que vem recentemente tomando crescente visibilidade (9). Entre os mais jovens, a razão de sexo é menor, e na faixa etária entre 15 a 19 anos, para cada rapaz há uma moça infectada (11).

Figura 2 - Casos de Aids – Razão de Sexo. Brasil. 1983 a 1999.



Fonte: CN-DST/AIDS/SPS – Ministério da Saúde, 2000/In:Castilho, 2001

No que diz respeito à pauperização da epidemia, a escolaridade tem sido utilizada como variável indireta de situação sócio-econômica, o que veio a refletir o aumento da epidemia entre aqueles com menor escolaridade.

No início da epidemia, a quase totalidade dos caso tinha escolaridade superior ou média (76% em 1985); nos anos subsequentes, houve uma tendência de aumento de casos com menor escolaridade.

No período entre 1999-2000, entre os caso com escolaridade informada, 74% eram analfabetos ou haviam cursado até a quarta série do ensino fundamental. Para homens, há uma redução dos indivíduos com maior escolaridade no decorrer dos anos, porém para as mulheres, desde o início

da epidemia as proporções no grupo de menor escolaridade já ultrapassavam 70%, se mantendo relativamente estáveis. Entre os homens, 2,8% são analfabetos, cifra que sobe a 5,1% entre as mulheres (2).

Tabela 1 – Taxas de incidência de aids, segundo sexo e grau de escolaridade* para indivíduos com 20-69 anos de idade por ano de diagnóstico. Brasil, 1990-97

| Sexo | Escolaridade | Ano de diagnóstico | | | | | | | | Taxa de variação anual** | p*** |
|-----------|--------------|--------------------|------|------|------|------|------|------|------|--------------------------|-------|
| | | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | | |
| Masculino | Até 8 anos | 14,7 | 19,9 | 25,2 | 28,3 | 30,4 | 31,7 | 33,4 | 35,0 | 17,6 % | 0,001 |
| | + de 8 anos | 31,3 | 36,9 | 41,7 | 41,2 | 40,8 | 39,6 | 37,0 | 34,3 | 04,9% | 0,056 |
| Feminino | Até 8 anos | 03,1 | 04,7 | 06,8 | 08,6 | 09,6 | 11,0 | 13,3 | 15,6 | 25,7% | 0,000 |
| | + de 8 anos | 02,2 | 03,1 | 05,1 | 06,0 | 06,7 | 07,8 | 08,6 | 09,5 | 24,5% | 0,001 |
| Total | Até 8 anos | 08,8 | 12,2 | 15,9 | 18,3 | 19,8 | 21,2 | 23,2 | 25,1 | 16,3% | 0,003 |
| | + de 8 anos | 16,1 | 19,2 | 22,5 | 22,7 | 22,9 | 22,9 | 22,1 | 21,3 | 04,8 | 0,047 |

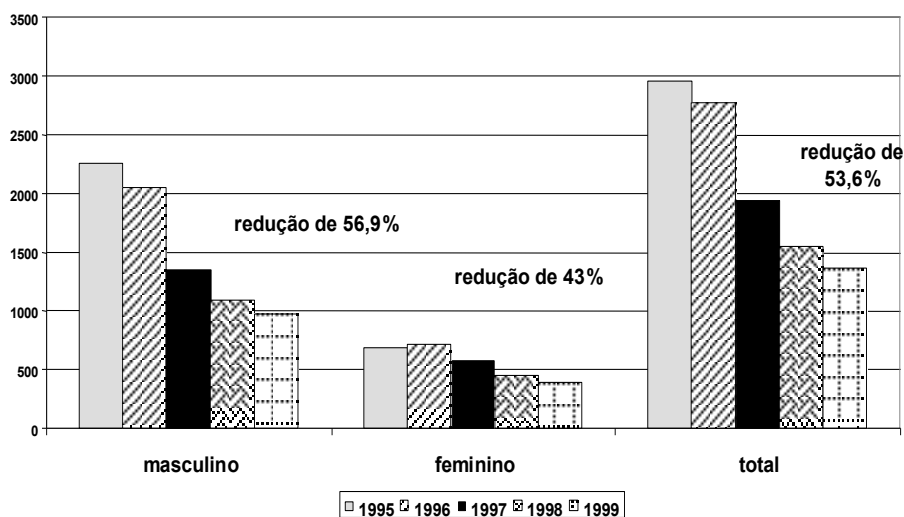
*Casos com escolaridade ignorada foram corrigidos por um modelo de análise discriminante. ** As tendências foram analisadas para o período de 1990-96. ***Valores do nível de significância descritivo.

Fonte: CN-DST/AIDS/SPS - Ministério da Saúde, 2000/In: Castilho, 2001

Outra característica marcante dos últimos anos tem sido o crescente aumento da sobrevivência dos casos de AIDS e a mudança da história natural da doença. A partir do desenvolvimento dos recursos de diagnóstico e terapêutica, e de sua disponibilidade na rede pública, a evolução típica da AIDS se modifica, e ao invés da rápida evolução para o óbito que caracterizava os primeiros anos da epidemia, vê-se uma tendência à cronificação da doença, com longos períodos assintomáticos, eventualmente interrompidos por intercorrências cada vez menos frequentes e mais tratáveis. Com a disponibilidade do tratamento com anti-retrovirais, há uma redução considerável no registro de quase todas as oito principais condições associadas à AIDS nos períodos iniciais (1980-88) e mais recentes (1998-99) da epidemia (8). Aqui vemos também uma diferença entre homens e mulheres, pois a queda nos números absolutos de óbitos por AIDS verificada nos municípios do Rio de Janeiro e de São Paulo no período de

1995 a 1999, mostra uma redução mais expressiva entre os homens que entre as mulheres. (7) Esta menor redução das taxas de mortalidade entre as mulheres, quando comparada a dos homens, reflete o crescimento ainda importante da epidemia no sexo feminino e à assistência diferenciada, tal como descrito em vários estudos recentes. Este diferencial estaria explicado por diversos fatores, entre eles os diferentes estágios da epidemia em cada região do país, com diferentes percentuais de mulheres entre os casos, diferenças no acesso aos recursos diagnósticos e terapêuticos, à diferente qualidade na assistência prestada, incluindo a baixa valorização dos sinais e sintomas na mulher (cegueira de gênero), levando a maiores obstáculos ao diagnóstico precoce e ao acesso e à adesão ao tratamento, tendo como resultado maior morbidade e menor sobrevida (12; 13; 14).

Figura 3 - Óbitos por aids, em nº absolutos segundo sexo. São Paulo – Brasil, 1995 a 1999



Fonte: PROAIM/SMS-SP

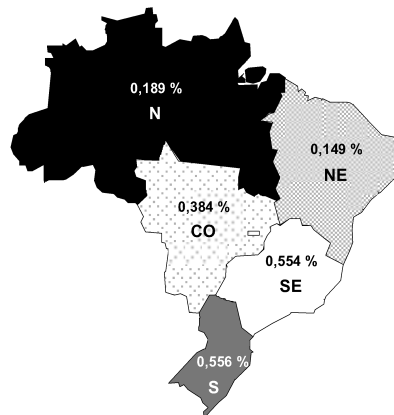
Fonte: CN-DST/AIDS/SPS – Ministério da Saúde, 2000/In: Castilho, 2001
(8)

As informações até aqui apresentadas são os casos de AIDS, aqueles que chegaram ao estágio mais avançado da imunodepressão, ou seja, esses dados não refletem o número de infectados pelo vírus, e que possivelmente adquiriram o vírus há 10 anos atrás, ou mais. Considerando que os atuais recursos de diagnóstico e tratamento estão interferindo na história natural da doença, em consequência, é possível que um grande número de pessoas infectadas permaneçam sem preencher os critérios que definem o caso de AIDS, não sendo assim detectadas pelos sistemas de informação. Esta

situação leva a distorções na interpretação da evolução da epidemia, com importantes conseqüências na implantação de políticas sociais relacionadas à epidemia (8).

Szwarcwald e Castilho estimaram em 536.920 o número de pessoas de 15-49 anos infectadas pelo HIV, dos quais 0,4% corresponderiam às gestantes, ou cerca de 12.898. De acordo com dados do Ministério da Saúde, em 1998 apenas 2.512 mulheres receberam AZT injetável no momento do parto, ou apenas 19,5% do total das grávidas portadoras do HIV. Este número é muito pequeno, considerando que a enorme maioria das gestantes se dispõe ao diagnóstico sorológico, e que o medicamento está disponível nos serviços. Esta triste realidade levou a iniciativas como a criação do Sistema de Vigilância de Gestantes HIV Positivas e Crianças Expostas, que buscará melhorar as condições de diagnóstico, tratamento e monitoramento das ações nas mulheres e crianças. (8)

Figura 4 - Estimativa da Proporção de gestantes infectadas pelo HIV segundo Macrorregião. Brasil, 1998.



Fonte: CN-DST/AIDS/SPS – Ministério da Saúde, 2000/Castilho, 2001 (8)

No que diz respeito às pesquisas comportamentais que possam contribuir para a compreensão da vulnerabilidade das mulheres à epidemia de HIV/AIDS, alguns estudos recentes trazem dados muito relevantes para a compreensão do contexto das relações de gênero e a vulnerabilidade das mulheres. A primeira delas é o estudo sobre o comportamento de conscritos do exército, realizado em todo o Brasil. Embora o trabalho se refira a esse grupo específico, não permitindo generalizações para a população como um todo, ele sugere que há uma considerável resistência do jovem brasileiro – a faixa etária que mais usa o preservativo – ao uso dessa proteção. Conforme o trabalho, a maior resistência ao uso é entre os rapazes das regiões Norte e

Centro-Oeste. O percentual de "uso de preservativo em todas as vezes" variou de 37% a 42%, do menor ao maior nível de escolaridade respectivamente. O estudo mostra que, se é nítida a influência da escolaridade na prática sexual protegida, o mesmo não pode ser comentado a respeito do grau de conhecimento e da vulnerabilidade de pegar AIDS, que parecem ter efeito apenas entre aqueles que "nunca usam camisinha". Não há coincidência entre a suposição de uma situação e a prática de fato. Ao contrário, entre os que responderam que "não transariam com a namorada sem camisinha", apenas 54% afirmaram usar a camisinha em todas as vezes. (15, 7)

Outro trabalho muito importante é o "Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepção do HIV/AIDS" (CEBRAP/MS, 2000). Realizado em 1998 com uma amostra de 3600 indivíduos de 16 a 65 anos, a pesquisa mostrou que 80% das pessoas eram sexualmente ativas, porém os homens iniciavam a vida sexual mais cedo, a mantinham até uma idade mais avançada, tinham mais parcerias e mais parcerias eventuais, e faziam uso de álcool e de drogas quando das relações sexuais com maior frequência, o que estava relacionado com uma pior capacidade de usar o condom. Sobre as mulheres, o estudo mostra que, mesmo com a redução da idade de início da vida sexual, maior para as meninas, elas ainda iniciam a vida sexual mais tarde (antes dos 15 anos, 32% das meninas contra 47% dos meninos), têm menos parceiros e mais parcerias estáveis (entre os homens, 20% têm relações eventuais no contexto de uma parceria estável, contra apenas 4% das mulheres), se percebem mais em situação de risco do que os homens, sabem mais sobre o HIV e como prevenir a infecção que os homens, mesmo nas faixas mais baixas de escolaridade, e apesar disso, declaravam usar menos o preservativo do que os homens - ou melhor, declaravam que o parceiro usava. Mesmo na faixa de maior uso do preservativo, entre 16 e 25 anos, 53% dos homens contra 35% das mulheres utilizavam este recurso. O grupo que menos usa preservativo é o das mulheres com parcerias estáveis, com apenas uma em cada 5. Este quadro é bastante ilustrativo das diferenças entre conhecimento, consciência do risco e capacidade de negociar a proteção do preservativo no contexto das relações de gênero.

Outro trabalho que traz muitas informações relevantes para pensar a vulnerabilidade das mulheres é o "O Brasil no Estudo Multipaíses Sobre a Saúde da Mulher e a Violência Doméstica"^{iv} (16). Os dados preliminares deste trabalho, que pesquisou 2163 domicílios na região urbana de São Paulo e 2136 na área rural em Pernambuco, parecem confirmar estudos internacionais quanto à prevalência de violência física e/ou sexual nas relações com o parceiro: o relato de episódios de violência estava presente como experiência ocorrida pelo menos uma vez na vida de cerca de uma em cada quatro das mulheres na área urbana e de cerca de um terço delas na

área rural. O estudo mostra que já fizeram o teste para o HIV quase a metade das mulheres em São Paulo e apenas uma em cada vinte mulheres na área rural de Pernambuco. A frequência relativamente alta do teste em SP reflete a exposição às campanhas e à mídia, o que possivelmente atinge os mais jovens, contribuindo para uma maior percepção da vulnerabilidade; assim como o acesso ao teste no pré-natal. A disponibilidade do teste e do aconselhamento na rede pública contribuem para essa proporção. Entre as mais velhas pode haver uma menor percepção da vulnerabilidade, associada às parcerias estáveis e antigas, enquanto o nível educacional permitiria maior acesso à informação. A diferença dramática da cobertura em PE pode refletir a menor oferta de serviços de saúde em geral e do teste na rede pública, assim como a diferente percepção da vulnerabilidade coletiva, associada à menor concentração da epidemia naquela região.

Dados preliminares indicam que entre as mulheres que sofrem violência sexual ou física, o recurso ao teste parece ser menor que entre as que não enfrentam este problema, mesmo entre as que sofreram violência sexual. O trabalho também aponta para o contexto mais amplo de vulnerabilidade no qual estas mulheres estão colocadas, confirmando estudos de outros países: entre aquelas que enfrentam a violência física e/ou sexual, a capacidade de auto-cuidado parece ser menor, embora haja grande consumo de serviços, o que parece refletir um peculiar padrão de uso de serviços (caracterizado por queixas vagas e menor busca por recursos efetivos de saúde), seja quando se trata da saúde reprodutiva, como no caso da prevenção do câncer de colo, seja quando se trata de DSTs ou da testagem para o HIV.

No estudo são trabalhadas hipóteses, levantadas em pesquisas de outros países, que apontam uma diminuição da capacidade de preservar a própria saúde associadas a relações violentas, o que se traduz por maior adesão a hábitos prejudiciais à saúde como o tabagismo e alcoolismo. Esses estudos mostram também uma associação das relações violentas com dificuldades mesmo de preservar a própria vida, como por exemplo, no significativo aumento de vários sintomas de sofrimento emocional, incluindo a frequência de pensamentos suicidas e de tentativas de suicídios (17).

Estes dados mostram o difícil e complexo contexto em que as mulheres têm que lidar com a negociação de relações sexuais protegidas: para muitas mulheres, as tentativas de comunicação com os parceiros podem desencadear ou agravar conflitos que levam à violência. Além das dificuldades de comunicação e negociação, a hierarquia de prioridades sobre a promoção ou preservação da saúde ou da própria vida parece ser distinta no contexto de relações violentas. Uma revisão dos estudos sobre a relação entre violência, comportamento de risco e saúde reprodutiva (17) mostrou que os indivíduos que foram abusados sexualmente estavam mais frequentemente envolvidas em relações com sexo desprotegido, tinham

múltiplos parceiros, e trocavam sexo por dinheiro ou drogas. Um estudo na Índia mostrou que os homens que tinham sexo extraconjugal estavam também envolvidos em violência contra as esposas numa proporção 6.2 vezes maior que os outros, e ainda, que aqueles homens que tinham sintomas de DSTs eram 2,4 vezes mais associados a agredirem as esposas que os não agressores (18). Outro estudo mostrou que a violência ou sua ameaça, e o medo do abandono pelo parceiro, são barreiras muito importantes para as mulheres que precisam negociar camisinha, discutir fidelidade, ou mesmo de sair de uma relação evidentemente arriscada para elas (19).

Esta pesquisa brasileira (16) mostra ainda que entre as mulheres com uma história de sexo forçado, quatro em cada dez tinham menos de 15 anos, indicando que há uma alta prevalência de violência sexual nos primeiros anos da idade reprodutiva, ou mesmo antes do seu início. Neste estudo, uma em cada 8 mulheres iniciou sua vida sexual com um estupro. Iniciar a vida sexual com violência parece ser uma problema sério também para os homens: um dos estudos apresentados no III CBP DST/AIDS mostrou que em um grupo de HSH, 27% deles havia iniciado sua vida sexual através de uma relação forçada (CP/P-65)

É necessário também, ao analisar a epidemia, considerar o recorte étnico e racial. No contexto da heterossexualização, interiorização e pauperização de epidemia, as mulheres negras se encontram em situação especialmente vulnerável, por sua maior exposição às conseqüências da violência estrutural e menor acesso aos projetos de prevenção, assim como maior exposição ao tráfico e à oferta de drogas ilícitas (11). Além disso, como o movimento de mulheres negras tem mostrado, as práticas de aconselhamento nos serviços públicos de saúde, por suas características sexistas, paternalista e racistas, prejudicam em especial as mulheres mais excluídas e afrodescendentes (11).

Em resumo, se pensamos a vulnerabilidade tanto das mulheres quanto dos homens no caso brasileiro, vemos que além das dificuldades no nível individual para a prevenção, decorrentes de todas as expectativas de gênero que vão contra uma postura mais auto-protetora, temos um contexto social pouco acolhedor das necessidades das mulheres e potencialmente discriminatório. É importante destacar que as desigualdades de gênero não se colocam apenas no nível da relação pessoal com os parceiros ou nos serviços de saúde, mas no campo mais amplo da cultura, do trabalho, da educação, das relações econômicas em que se insere a mulher, exigindo portanto mudanças estruturais para além daquelas referidas `esfera das relações privadas e domésticas. Some-se a essa vulnerabilidade individual e social os limites dos programas dirigidos especialmente às mulheres, a virtual ausência de programas dirigidos aos homens heterossexuais, e toda a

dificuldade de integração entre as ações de saúde da mulher reprodutiva e de prevenção de DST/AIDS, como veremos abaixo.

A caixa de ferramentas: o que se sabe e o que não se sabe sobre a segurança e efetividade das medidas de prevenção

A seguir, faremos um levantamento breve das alternativas disponíveis na “caixa de ferramentas” (20) dos assim chamados recursos biológicos na prevenção das DST/AIDS. Aqui queremos chamar a atenção de que jamais poderemos considerar qualquer tecnologia descolada das condições concretas do seu uso em sociedade. Entendemos que o contexto que permite, propicia ou impede o desenvolvimento, a prioridade ou o uso de cada um destes recursos será sempre o resultado de interações sociais. Neste sentido, o uso da técnica e sua própria existência sempre informa, instaura e explicita relações sociais, de classe, gênero e raça, entre outras, que envolvem interesses econômicos e culturais amplos, em disputa, para além da neutralidade que o termo “recursos biológicos” possa sugerir. Aqui, apenas conceitualmente separamos os “recursos biológicos” de prevenção dos recursos comportamentais, entendendo que no cotidiano dos serviços esta separação não existe, mas que o estudo de ambos, e da interação entre eles na prática, devem informar as estratégias de prevenção. Não há tampouco como lidar com os recursos biológicos na prevenção do HIV e das DSTs em mulheres sem partir da consideração das desigualdades de poder nas relações de gênero (21; 22).

As mulheres estão sujeitas às mesmas três formas de contaminação pelo vírus que os homens: a transmissão sangüínea (por sangue ou derivados contaminados, partilha de agulhas e seringas no uso de drogas injetáveis, acidentes ocupacionais com agulhas); a transmissão mãe-bebê (durante a gravidez, o parto ou aleitamento) e a transmissão pela via sexual. Daremos destaque nessa seção à transmissão sexual, considerando ser esta a maior dificuldade no desenho de políticas efetivas, uma vez que envolve maiores mudanças associadas às relações de gênero e à cultura sexual (23). A transmissão mãe-bebê - ou como proposto por Shah, pais-bebê (24) será tratada tanto nessa seção quanto na terceira parte deste trabalho.

As mulheres são biologicamente mais vulneráveis que os homens à transmissão sexual do HIV (e outras DSTs) por várias razões^v: a superfície de mucosa exposta na relação sexual é maior (as microlesões que possam ocorrer durante a relação sexual são pontos de entrada para o vírus; em algumas épocas da vida, as mulheres são mais vulneráveis: na infância,

adolescência, climatério e aleitamento, pela maior fragilidade da mucosa); e há uma maior concentração do vírus no esperma que na secreção vaginal. Além disso, quando submetidas a sexo por coerção ou mediante violência, sem a devida lubrificação vaginal resultante da excitação, o risco de microlesões ou de lesões maiores da mucosa é ainda maior. As DST em mulheres são freqüentemente assintomáticas, e na presença delas, as mulheres são pelo menos quatro vezes mais vulneráveis ao HIV. Mesmo sem haver lesões decorrentes dessas DST, o corpo responde às infecções aumentando o número de linfócitos T CD4, são células alvo do HIV, por ocasião da infecção, na secreção vaginal e no colo uterino, e sua presença aumenta o risco. O colo uterino exposto (eversão cervical), seja pela do ciclo reprodutivo, seja por infecções, seja pela pouca idade, aumenta o risco à infecção. (25; 26) Acrescente-se a esse quadro o fato de que a relação anal é uma prática freqüente, inclusive em relações heterossexuais, particularmente em adolescentes que querem preservar a virgindade.

Inicialmente, é muito relevante nos colocar um problema conceitual fortemente enviesado pela maneira **como as relações de gênero permeiam as práticas e os saberes no campo da saúde**, mais especificamente na saúde reprodutiva: o que é uma doença sexualmente transmissível? Como distinguir o que é uma doença sexualmente transmissível, para além dos sintomas que provoca, na ausência de um diagnóstico etiológico que comprove a existência inequívoca de um agente transmissível pelo sexo – em especial nas mulheres? As condições e doenças que caracterizam o dia a dia da assistência ginecológica ou obstétrica – os corrimentos e pruridos vaginais, as dores pélvicas, a dor às relações sexuais, a doença inflamatória pélvica, os sangramentos cervicais e uterinos, os sintomas menstruais e ovulatórios; e mesmo a esterilidade ou as complicações da gravidez, etc., podem ou não ser abordados como sintomas de doenças sexualmente transmissíveis. Diante da dificuldade do diagnóstico e do tratamento etiológico, muitas vezes estes sintomas de DSTs são “des-sexualizados” e abordados como problemas “funcionais”, não-infecciosos. Esta explicação que responsabiliza o corpo feminino como “normalmente disfuncional” traz uma dupla vantagem: primeiro, se encaixa facilmente no modelo de atenção (e em seus recursos terapêuticos - ainda que apenas sintomáticos), e segundo, descarta a necessidade da abordagem do contexto das relações sexuais e afetivas, esta “caixa de Pandora” que o modelo biomédico evita abrir, reforçando a cegueira de gênero. Este problema se aplica especialmente para as mulheres identificadas como “normais”, casadas, heterossexuais, supostamente monogâmicas e mais próximas do pólo “mãe” do estereótipo feminino (53), e a abordagem do problema como funcional ou infeccioso irá mobilizar recursos diferentes, menos ou mais efetivos, na “caixa de ferramentas”.

Entre os assim chamados recursos biológicos disponíveis para a prevenção sexual do HIV, discutiremos a) o condom masculino b) o condom feminino; c) os microbicidas; d) o papel protetor da ecologia vaginal normal; e) o tratamento das DSTs); f) a dupla proteção e a abordagem hierárquica dos métodos (incluindo o diafragma e o coito interrompido); g) terapia anti-retroviral para profilaxia pós-exposição, inclusive nos casos de violência sexual; h) a prevenção secundária e tratamento dos casos para reduzir sua infectividade, i) as questões de saúde reprodutiva (assistência à gravidez e parto, gravidez indesejada e desejo de gravidez; e j) questões emergentes (vacinas, circuncisão).

O **condom masculino**, por sua onipresença nos materiais de divulgação sobre prevenção do HIV nas várias populações envolvidas na transmissão sexual do HIV, é considerado o método de eleição – inclusive na dupla proteção. Dado o consenso sobre sua eficácia, e o fato deste método estar controlado por seu usuário, o homem, a discussão sobre seu uso tem se limitado, em grande medida, à resistência ao seu uso e às dificuldades da negociação entre os casais. Esse tema será retomado na abordagem da dupla proteção, da hierarquia de métodos e do controle das DSTs.

A resistência ao uso do condom seria associada à própria cultura sexual, em especial nas relações estáveis, nas quais a sugestão do uso do condom levanta suspeitas de infidelidade por parte de quem propõe e sua suposta confirmação por quem aceita. Nas relações eventuais ou mais recentes, seu uso é considerado mais aceitável, ainda que exista uma tendência ao abandono do uso assim que a relação é considerada estável (Guimarães, 1994).

Pode-se dizer que a relação sexual sempre inclui alguma forma de negociação entre homens e mulheres, ainda que assimétrica, onde estão incluídos valores e expectativas orientadas pelo gênero, entre elas o prazer sexual, a segurança afetiva e/ou material e/ou física, a identidade, a auto-estima. No entanto, essa modalidade de negociação é inadequada ou mesmo problemática frente à ameaça do HIV, cujas alternativas de prevenção – sexo não penetrativo, métodos de barreira – “exigem não só uma maior explicitação, como rompem o sistema tradicional de trocas sexuais entre homens e mulheres” (76:186)

Uma hipótese interessante sobre essa resistência ao uso do condom é levantada por uma pesquisa qualitativa que vincula a recusa dos clientes de mulheres prostitutas ao uso de camisinha (ou o oferecimento de maior remuneração para o sexo desprotegido), à expressão de poder sobre o outro contida no despejar o esperma, como marca de virilidade, o que seria bloqueado pela camisinha, deixando a mulher numa posição de poder,

“livre” da carga do poder do outro (O-71). Isto certamente se aplica a relações sexuais não comerciais.

Um dos temas mais relevantes nesse debate é o da negociação do sexo protegido e o tratamento dos parceiros no contexto do manejo das DSTs, pois traz à tona elementos dessa negociação mesmo em situações precisas, do uso do condom por tempo limitado e prescrito como parte de um tratamento da mulher ou do casal. Alguns trabalhos fazem referência a esses casos, e mostram que os serviços de saúde - quando avaliam o resultado dessas prescrições - evidenciam a reduzida eficácia dessas prescrições. Esta é uma área que merece mais atenção, pois dela depende em grande medida a efetividade da ação sobre os casos que chegam aos serviços. No aconselhamento do uso do condom masculino, é importante orientar as mulheres e homens sobre o risco de acidentes contraceptivos como a sua ruptura, e deixar claro o esquema terapêutico de contracepção de emergência, seja com o produto específico, seja com os contraceptivos convencionais.

Vários estudos mostram que a aderência ao uso do condom em casais discordantes é, muitas vezes, reduzida. Um desses trabalhos estudou sete casais (a maioria dos indivíduos já apresentavam a doença, entre os casais haviam dois homens soronegativos com parceiras positivas) e mostrou que, entre os sete homens, “apenas um deles relatou uso esporádico do preservativo, os demais referiram nunca fazê-lo”, e entre as mulheres, todas alegavam que não usavam porque os parceiros se recusavam, “o que as leva a aceitar essa imposição por medo de perdê-los” (P-110)

É importante chamar a atenção para a relativa desarticulação dos trabalhos de promoção do uso de condom com as ações de saúde da mulher, e a existência de poucas iniciativas que lidam especificamente com contracepção, no qual a questão da prevenção esteja inserida.

O condom feminino, o primeiro método pós-Cairo (27), é um recurso que alia a dupla proteção, contraceptiva e a infecções. O método, já testado em vários países, está disponível no mercado desde 1997. Consiste de um tubo de um plástico fino e resistente (poliuretano), com dois anéis do mesmo material, que se insere na vagina antes da relação sexual. O método tem como vantagens ser controlado pela mulher, independe da ereção do parceiro (ao contrário do condom masculino), prevenir as DST/AIDS, e não ter contra-indicações nem efeitos colaterais conhecidos. Como desvantagens são apontados o seu custo, o fato de requerer o conhecimento (ou a aprovação do parceiro), o fato de que a mulher tenha que tocar os genitais. Estima-se que a sua eficácia teórica (uso adequado e consistente) como contraceptivo seja equivalente ao do condom masculino (uma taxa de cerca de cinco gravidezes por 100 mulheres/ano) (28). Ou seja, para os padrões

brasileiros de métodos reversíveis, um resultado muito bom se usado consistentemente, pois os estudos brasileiros mostram eficácias práticas de anticoncepcionais orais abaixo dessas taxas (29).

A experiência brasileira com o uso do método tem mostrado uma aceitabilidade bastante alta, indicando uma ótima receptividade inicial ao método. Estudo conduzido por Kalkmann e cols. (30) mostrou que a maior dificuldade para o uso do preservativo feminino está relacionado ao seu manuseio, e que o diálogo entre o casal propicia a superação deste problema e amplia a aceitabilidade do método. O método seria especialmente importante para populações mais vulneráveis, tais como mulheres soropositivas, trabalhadoras sexuais, mulheres UDI ou parceiras de UDI (31)

Entre as condições para uma maior aceitabilidade e eficácia do método estão a melhor qualidade do aconselhamento, e dos serviços de saúde em geral. Isso mostra mais uma vez que, a qualidade do acolhimento do usuário e a capacidade de escuta e de diálogo por parte dos provedores é o elemento definidor para o sucesso, o que em geral ocorre onde os serviços estão melhor estruturados.

A aceitabilidade do método foi um pouco maior entre as usuárias do condom masculino, conforme já demonstrado em estudos anteriores, e não variou segundo a faixa etária, escolaridade e a presença de parceiro fixo, se mantendo alta em todos os grupos analisados. Os estudos brasileiros indicam que a introdução e o oferecimento do condom feminino, como método de dupla proteção, contribui para ampliar as alternativas de proteção para as mulheres, tanto entre as que fazem uso dele como contraceptivo e protetor das DSTs/AIDS, como entre as que não precisam de contracepção (por serem esterilizadas, por exemplo), o que no caso brasileiro é especialmente relevante (32). Segundo a UNAIDS, a experiência acumulada em 1999 em nível mundial sobre aceitabilidade e uso do condom feminino já seria suficiente para recomendar aos países a aquisição desse insumo, bem como estimular novos fabricantes (33). O condom feminino teria ainda como vantagem uma maior facilidade da negociação do sexo protegido por parte das mulheres, sendo considerada uma alternativa de fortalecimento/empowerment das mulheres neste âmbito (34,35).

Por parte das mulheres, as dificuldades no uso são mais que justificáveis dada a restrita ou ausente experiência anterior de manipulação genital, assim como o compreensível estranhamento pelo parceiro de sua introdução na relação sexual. Estas dificuldades podem ser contornadas com um investimento importante na qualidade da orientação das mulheres quanto ao uso do método e a habilidades de diálogo com o parceiro (32). Experiências com métodos contraceptivos vaginais como o diafragma mostram que, quando as usuárias são devidamente orientadas para o uso,

através de recursos como o auto-toque da vagina, o “treinamento em serviço” da inserção e retirada do método, e monitoradas durante as semanas iniciais do uso, o resultado é muito positivo (38).^{vi}

Por parte dos profissionais de saúde, é importante lembrar que a maioria deles tem pouca ou nenhuma experiência com procedimentos educativos participativos, adequados para a orientação do uso. Deve haver para tanto treinamentos específicos, em especial no atual contexto da distribuição do método na rede, e especialmente no modelo assistencial de Saúde da Família, pois há um reconhecimento do relativo despreparo dos profissionais para abordar os assuntos relativos à saúde sexual e reprodutiva em geral, e em especial os que dependam de treinamento específico, como é o caso^{vii}.

Uma revisão de estudos sobre o tema chama a atenção para a importância crucial desse trabalho com os profissionais de saúde, que tendem a superestimar as dificuldades das mulheres, muitas vezes por não terem eles mesmos experiência nem com o método, nem com a manipulação dos genitais. Essa revisão reforça a necessidade de um treinamento com os provedores que inclua tanto dimensões técnicas como as atitudes destes frente ao método, de forma a viabilizar um aproveitamento mais amplo do potencial preventivo do condom feminino no âmbito da saúde pública (35).

Um programa bem estruturado de treinamento e monitoramento da introdução do método é especialmente importante neste momento de entrada de dois milhões de condons femininos no setor público, e pode fazer toda a diferença para o sucesso da iniciativa – principalmente se lembrarmos que esse é ainda o único recurso controlado pelas mulheres.

Os microbicidas são métodos químicos apresentados sobre a forma de gel, creme, filme, supositório, esponjas ou anéis vaginais, com propriedades de reduzir a transmissão de DST quando introduzidos na vagina ou no reto. Alguns desses produtos estão no mercado há décadas, utilizados como espermicidas, como é o caso do nonoxinol-9 (N-9). O uso desta substância é controverso, pois estudos mostraram que apesar de seu uso diminuir o risco de infecção por gonorréia e clamídia, pode haver um risco aumentado de lesões genitais e mesmo de infecção pelo HIV (36, 37). Uma experiência multicêntrica com essa substância no Brasil, como espermicida associado ao diafragma, mostrou que na dosagem de 2% em gel ou creme, para uso fora do contexto do trabalho sexual, raramente aconteceram problemas com a mucosa (38). As pesquisas atuais buscam microbicidas que possam ser seguros o suficiente para o seu uso independente de outro método como as barreiras (33; 39).

Existem atualmente 30 diferentes produtos em estudo, sendo que três deles estão na fase de teste em seres humanos. Acredita-se que para chegar nos

próximos cinco anos a um produto adequado disponível no mercado, seja necessário um investimento de cerca de 100 milhões de dólares anuais em pesquisas, o que não tem ocorrido, de forma que as investigações estão em defasagem com o avanço da epidemia, sobretudo entre mulheres (39).

Idealmente, os produtos a serem desenvolvidos devem incluir as seguintes características: serem ativos contra um grande número de patógenos, terem toxicidade baixa, permitirem a função reprodutiva, serem aceitável na dinâmica da relação sexual, terem um efeito de longa duração, não serem absorvíveis sistemicamente e não alterarem a flora vaginal (14). Além do N-9, há vários produtos em desenvolvimento, incluindo componentes para mudar o pH da flora vaginal, drogas antiretrovirais, e supositórios vaginais para aumentar a presença de lactobacilos ativos na flora vaginal, entre outros. Não há previsão de entrada no mercado ainda de nenhum deles.

Dada a precariedade das opções de proteção para as mulheres, estima-se que há um grande mercado para estes microbicidas; um estudo calculou que nos Estados Unidos há 21.3 milhões de usuárias potenciais (40).

O controle da ecologia vaginal tem sido colocado como um dos recursos importantes na contenção da epidemia (14; 41; 20). Sabe-se que a vagina tem mecanismos de defesa a patógenos, que são principalmente a população de lactobacilos cujo metabolismo produz o peróxido de hidrogênio (água oxigenada) e ácido láctico, mantendo o pH vaginal ácido o suficiente para impedir a proliferação ou a infecção por bactérias, fungos e vírus como o HIV. É importante ressaltar que os estudos mostram que a chamada flora “saudável” ocorre em menos de 25% das mulheres sexualmente ativas, sendo mais comum entre as que não entram em contato com o esperma, seja por não ter relações sexuais (com homens) ou por usar métodos de barreira (44). Os estudos mostram a maior vulnerabilidade biológica das mulheres com alterações da flora vaginal; estas alterações podem dizer respeito a presença de lesões que facilitariam o contato com o HIV, mas também alterações ecológicas assintomáticas e sem lesões, como é o caso da vaginose bacteriana, ou VB (41; 45). Essa alteração ecológica chamada VB se caracteriza por uma mudança microbiológica “dramática” na flora vaginal, substituição da flora de lactobacilos produtores de peróxido de hidrogênio por uma variedade de bactérias predominantemente anaeróbicas, entre elas a *Gardnerella vaginalis*, os *Mobiluncus*, os *Ureaplasma* e *Micoplasma*, entre outros, sem necessariamente haver qualquer reação inflamatória – por isso vaginose, e não vaginite. As mulheres podem ter alterações da flora normal sem a presença de qualquer sintoma, tais como aumento do volume do corrimento ou do seu cheiro (47;54). Infelizmente até o presente, temos “mais perguntas que respostas” sobre a BV (44). Estudos mostram que o tratamento da VB e a re-colonização vaginal com lactobacilos são recursos importantes na prevenção da infecção pelo HIV 1, gonorréia e tricomoníase

(48). Um estudo recente mostrou que a *G. vaginalis*, uma das bactérias relacionadas à VB, está associada à ativação da expressão do HIV tipo 1 (42).^{viii}

O manejo da VB, como das outras afeções vaginais que compõem a chamada “ginecologia banal”, tais como a candidíase e a tricomoníase, e a menos reconhecida vaginite citolítica, depende em certa medida do seu diagnóstico etiológico, que pode ser feito pela presença dos sintomas e do exame a fresco da secreção vaginal, no qual se encontram as células pistas e ausência de lactobacilos. Na ausência de um microscópio que viabilize o exame a fresco, pode-se recorrer ao diagnóstico sindrômico e ao tratamento com metronidazol, local e/ou oral, que é ativo também contra os tricomonas.

Na prática, o que temos visto na rede pública com a qual temos contato é o tratamento com cremes vaginais com múltiplos agentes (em geral uma associação de um agente contra a tricomoníase com um contra fungos), levando a mais distorção da flora vaginal e infecções recorrentes^{ix}. O tratamento simultâneo do parceiro e o uso de barreira durante o tratamento são condições hoje consideradas indispensáveis ao sucesso do tratamento, requisitos que em geral esbarram nas mesmas dificuldades de negociação envolvidas nas relações de gênero em geral. Ressalte-se que essa é uma enorme dificuldade para os profissionais, documentada por vários dos trabalhos apresentados no III CBP.^x

A sinergia entre as outras DSTs e o HIV é clara – tanto estas infecções aumentam o risco de transmissão do HIV como o inverso. Vários estudos mostram os mecanismos biológicos pelos quais as outras DSTs facilitam a transmissão sexual do HIV pelo aumento da infectividade e da susceptibilidade. O HIV é detectado na secreção de úlceras genitais de homens e mulheres infectados. As úlceras sangram facilmente, muitas vezes no contato com a mucosa vaginal, cervical, oral, uretral ou retal durante o sexo. Em mulheres e homens, as DSTs inflamatórias (como gonorréia e clamídia) aumentam a carga viral nas secreções genitais. Estas infecções, assim como as ulcerativas (herpes, sífilis, cancróide) também atraem células alvo do HIV para as úlceras e para o endocérvix, rompendo as barreiras à infecção. O tratamento dessas infecções reduz de forma muito importante a carga viral e a infectividade do HIV, sendo um valioso recurso para a prevenção (51;54;62).

Se o diagnóstico das DSTs é difícil na presença de sintomas, é ainda muito mais improvável na sua ausência. Cada vez mais se reconhece a importância das infecções assintomáticas na epidemia do HIV. Há um reconhecimento crescente de que a maioria das infecções ocorre de forma assintomática: estudos conduzidos nos Estados Unidos fora de serviços de saúde (prisões, comunidades, locais de trabalho), ou clínicas onde o tratamento das DSTs

não é o principal objetivo (ex. planejamento familiar) mostraram que a maioria das pessoas com gonorréia e com clamídia é assintomática. Entre as mulheres buscando contracepção, 52% das mulheres com gonorréia e pelo menos 70% das com clamídia não tinham nem sintomas nem sinais da infecção. Alguns estudos recentes questionam a idéia de que as mulheres são mais freqüentemente e sugerem que em certas circunstâncias, os homens podem ser ainda mais assintomáticos: quatro estudos de base populacional documentaram que 68-92% dos homens com gonorréia não tinha qualquer sintoma, e outro estudo mostrou que 92% dos homens com clamídia eram assintomáticos (54)

O Manual de Assistência às DSTs da CN reconhece que são escassos os dados epidemiológicos relativos às DST; apenas a AIDS e a sífilis congênita são de notificação compulsória. E ainda, que raros são os serviços onde a notificação é realizada de forma sistemática; os portadores de DST continuam sendo discriminados nos vários níveis do sistema de saúde. O atendimento é muitas vezes inadequado, resultando em segregação e exposição a situações de constrangimento, como, “quando os pacientes têm que expor seus problemas em locais sem privacidade ou a funcionários despreparados que, muitas vezes, demonstram seus próprios preconceitos ao emitirem juízos de valor”, numa assistência sem confidencialidade, discriminando as pessoas com DST e contribuindo para afastá-las dos serviços de saúde (51). Isto para a população em geral, pois a vivência das DSTs é distinta entre homens e mulheres.^{xi}

O recurso à farmácia para o tratamento das DSTs é um dos problemas mais sérios, pois se a resolutividade diagnóstica e terapêutica dos serviços de saúde é limitada, podemos imaginar a das farmácias, o que implica em sérios prejuízos à saúde em geral e masculina em especial, aí incluídos os tratamentos ineficazes e a resistência aos medicamentos efetivos. Um estudo recente mostra que um serviço buscando monitorar o tratamento das DSTs em farmácias na área de um centro de saúde-escola no Rio, mostrou que em um período de três meses, 32 pessoas procuraram o Centro de Saúde por DSTs, contra 681 que procuraram as farmácias. Como conseqüência, além do tratamento inadequado, as pessoas não eram notificadas, nem havia controle dos comunicantes. Esse estudo indicou a necessidade do desenvolvimento de trabalhos integrados entre as farmácias e os serviços de saúde, direção que deve certamente ser melhor explorada (Mendes, 1999)

Trabalhos apresentados no III CBP mostram a alta prevalência de DSTs em vários contextos brasileiros, entre eles os que lidam com o problema da transmissão vertical da sífilis e do HIV. Informações sobre a prevalência de DSTs em mulheres nas clínicas de DST ou centros de testagem mostram que mesmo quando as mulheres procuram menos esses serviços, a prevalência das enfermidade nos homens é bem maior que nas mulheres, sugerindo que

as mulheres buscam os serviços mais precocemente, enquanto os homens já procuram com sintomas avançados. (P-1; P-35). Alguns trabalhos mencionam a dificuldade do tratamento dos parceiros e do uso do condom, e das altas taxas de recidivas das infecções (P-22; P-108; P-119). Um estudo mostrou que entre as mulheres com DSTs, apenas 6,2% usava condom consistentemente (P-111), em outro estudo sobre HPV, apenas 12% (P-69).

Um estudo mostrou que, especificamente para a detecção do HPV, as mulheres têm o diagnóstico feitos em geral no exame de rotina do papanicolaou, enquanto os homens são diagnosticados quando vão aos serviço já com as verrugas genitais (P-69). Um dos trabalhos (P-21) mostrou um recurso muito satisfatório no tratamento das verrugas genitais em homens, orientando o auto-tratamento com ácido tricloroacético, proposta inserida em um contexto educativo e reflexivo sobre o corpo e a sexualidade. Este recurso foi indicado para 80% dos pacientes homens, com resultados excelentes; ao nosso ver, esta experiência poderia ser multiplicada em contexto receptivos, até mesmo em mulheres, quando as lesões forem externas e de acesso fácil ao manuseio genital.

Os estudos sentinela nas maternidades (1999) mostraram que a soroprevalência média para sífilis ficou em 6% (foram em torno de 32.000 gestantes). Outro estudo realizado em 2000 em 23 maternidades com grupo de investigação de sífilis congênita cadastrado junto à CN DST/AIDS, mostrou 1,7% de soroprevalência. Existem grandes diferenças e vieses nos estudos, sendo complicado extrapolar os números, mas a magnitude do problema é evidente.

Os trabalhos apresentados no III CBP mostram que apesar da alta resolutividade e eficácia do tratamento da sífilis, há uma grande dificuldade em fazer o tratamento efetivo, por motivos tais como a não adesão ou o início tardio do pré-natal, a má qualidade da assistência, o tratamento inadequado por parte dos profissionais, o não tratamento dos parceiros, entre outros problemas (P-12; P-96; P-99, P-119). A maioria dos parceiros (quando há menção a eles) não é tratada (P-119), sendo que um estudo mostrou que do total de 2613 notificações, o tratamento do parceiro foi referido como prescrito em apenas 12% dos casos, e isso em São Paulo (P-12). Não temos como sublinhar mais enfaticamente a necessidade do tratamento dos parceiros, sem o qual o tratamento tende à total ineficácia, com suas conseqüências potenciais da evolução da doença, além dos riscos de resistência aos medicamentos e do desperdício de recursos.

As alterações do colo do útero tem sido um assunto sempre presente na epidemia do HIV entre mulheres. Estudos mostram que as chances de citologia anormal são de uma em cada três mulheres soronegativas para o HIV, enquanto que entre as positivas, as anormalidades são encontradas em

duas em cada três. Entre as mulheres positivas, as cepas de HPV são encontradas com frequência duas vezes maior aquelas cepas associadas ao câncer de colo, quando comparadas com as mulheres negativas, nas quais predominam as cepas “inocentes”. (58).

A dupla proteção: diante da dificuldade de usar um único método que satisfaça as necessidades de contracepção e de proteção contra infecções, a prevenção pode ser feita pelo uso simultâneo de dois métodos combinados, tais como a laqueadura ou a pílula, e o condom masculino ou feminino. Poucos serviços de saúde tem estimulado esta alternativa, senão em situações como o tratamento de infecções vaginais, ou em relações eventuais paralelas a uma relação estável (33). Os trabalhos que fazem menção a essa alternativa de dupla proteção, se referem principalmente ao uso de condom na vigência de tratamento de DST, sugerindo que o seu uso consistente não é estimulado – principalmente diante da evidência da baixa prevalência do uso consistente da camisinha *sem* outro método.

Estudo recente sobre o padrão de uso de camisinha em Campinas mostrou a baixa prevalência do uso consistente, e o uso desse método eficaz e consistentemente como contraceptivo – associado à tabelinha, portanto incluindo normalmente o sexo desprotegido para infecções durante a fase infértil do ciclo (57). Portanto, há que reconhecer a diferença entre o uso consistente e eficaz do condom para a contracepção (“usar bem direitinho”), do uso consistente para a prevenção das DST/AIDS, confusão fácil de ser feita dados os limites de comunicação entre provedores e usuárias dos serviços.

Uma outra experiência interessante foi a de um projeto piloto que em 1999 testou um modelo de integração da prevenção das DST/AIDS em serviços de atenção à saúde das mulheres em São Paulo. As equipes foram treinadas nessa abordagem, e houve todo um investimento na organização de grupos educativos. Foram oferecidas consultas ginecológicas, exames de papanicolau e planejamento familiar, incluindo a dupla proteção. Depois de seis meses, aceitação de dupla proteção foi de 24% e 18% nas duas unidades que ofereceram o serviço. Porém entre as mulheres esterilizadas, a aceitação da dupla proteção foi de apenas 6% e 3%, o que indica que essas mulheres estão especialmente vulneráveis por sua tendência a recusar o condom (59).

A abordagem da hierarquia de métodos tem sido outra alternativa diante das dificuldades contraceptivas. O trabalho de aconselhamento consistiria em, ao invés da prescrição dogmática da camisinha masculina ou feminina, informar à mulher ou o casal sobre as vantagens e desvantagens, eficácia e segurança de cada método com relação à proteção contraceptiva e de infecções, buscando deixar claro que esta proteção vai de uma escala decrescente dos condons masculino e feminino, passando pelo diafragma

com espermicida, sem espermicida, chegando até mesmo ao coito interrompido. A proposta é poder personalizar para aquela mulher, uma proposta de proteção que possa efetivamente ser negociada e seguida por ela e sua parceria (60). A abordagem hierárquica de métodos contraceptivos/preventivos e a dupla proteção têm sido um dos temas menos debatidos, havendo apenas um trabalho que faz referência explícita ao tema, para população geral (p-134). A mesma abordagem poderia ser feita, “negociando” com os homens ou com casais.

O diafragma vaginal tem sido um recurso subestimado como contraceptivo na maioria dos países, seja pelo desconhecimento dos profissionais de saúde, seja por sua baixa lucratividade no mercado, seja pelas dificuldades culturais associadas à manipulação dos genitais. Utilizado em associação com o espermicida, em especial o nonoxinol-9, tem sido considerado um recurso útil na prevenção de DSTs, em especial nos casos de lesões do colo uterino. Estudos caso-controle têm mostrado que o diafragma confere proteção contra a gonorréia, a clamídia e a tricomoníase (61).

Questões éticas inviabilizam o desenho de estudos comparativos da eficácia desta barreira no contexto da epidemia, pois sabe-se que a eficácia teórica dos condons na prevenção da infecção é superior à do diafragma, independente do que possa ser sua eficácia prática, considerada a falta de controle da mulher do método. Nesta direção, o condom feminino parece preencher uma importante lacuna.

O coito interrompido tem sido usado universalmente como proteção contraceptiva e de DSTs; sua eficácia é inferior aos chamados métodos modernos, sobretudo por depender de estreita cooperação do parceiro na hora da ejaculação, ainda que sua prevalência nas “emergências” sexuais parece ser alta no Brasil (62). Estudos mostram que sua eficácia é considerável, e seu impacto sobre a fecundidade foi importante no século vinte, mesmo em países da Europa e América do Norte. Em alguns contextos ele é considerado mais aceitável que os métodos femininos, pois coloca a decisão sobre a fecundidade em “mãos” masculinas - além de ser um método reputado em alguns países pelas usuárias como uma forma de consideração do parceiro com a saúde da mulher, por poupá-la de contraceptivos (63). Em geral, os serviços de saúde têm desconsiderado esta alternativa, precária porém prevalente.

A **redução da infectividade** na transmissão sexual do HIV para os parceiros foi demonstrada pela evidência científica recente de que o tratamento com ARV reduz a concentração do HIV nas secreções genitais. Sabe-se consideravelmente mais sobre o tema em homens que em mulheres. Esses estudos são limitados pela necessidade de incluir casais discordantes que devem ser aconselhados para a prevenção da infecção (14). Os novos

programas de prevenção lançados pelo CDC nos Estados Unidos, como o SAFE (Serostatus Approach to Fighting HIV Epidemic) são dirigidos a esta promissora estratégia de identificar precocemente os casos que desconhecem seu estado sorológico, promover a assistência à saúde adequada e precoce, incluindo quando necessário o acesso aos ARV, e o aconselhamento sobre sexo seguro (64). Nesta direção, pelo menos no que diz respeito ao acesso à medicação, o Brasil tem estado em uma situação privilegiada para a implementação dessa estratégia.

Em termos de **prevenção secundária**, é importante ressaltar que as evidências preliminares sugerem que o uso de anti-retrovirais e a reconstituição imunológica decorrente tem um impacto também na evolução da infecção pelo HPV. Independente da carga viral da mulher, os estudos mostraram que o uso da terapia tríplice esteve associado a uma progressão mais lenta, à parada na progressão e mesmo com regressão de lesões associadas ao HPV, em alguns casos mesmo às lesões severas no colo do útero (59). Esta abordagem se aplica a virtualmente qualquer uma das complicações potenciais da enfermidade, sendo um aspecto central na promoção da qualidade de vida das mulheres HIV positivas. Nessa direção, o diagnóstico e o acesso precoce aos recursos necessários fazem toda a diferença.

Com relação à prevenção secundária na **promoção da saúde reprodutiva** das mulheres com HIV/AIDS, duas questões emergentes merecem uma atenção especial: por um lado, a gravidez indesejada no contexto da ilegalidade do aborto, e por outro, o desejo da gravidez. Até onde conseguimos informação, não há padronização para o procedimento ou o aconselhamento para mulheres soropositivas grávidas que desejam interromper a gestação; estas mulheres muitas vezes se vêem forçadas a assumir a realização do aborto por sua conta e risco, sem comunicar sua condição sorológica aos serviços, clandestinos, por temerem a recusa da assistência. Elas também não dizem, nos serviços públicos que atendem a gestante com complicações de aborto provocado (hemorragia ou infecção), que houve uma tentativa de interrupção de gravidez, por medo de serem maltratadas em vista da tripla transgressão: serem soropositivas, terem engravidado (fazem sexo sem proteção), e não quererem levar adiante uma gravidez.

Mesmo em serviços onde há uma sensibilidade especial em relação ao tema, o assunto não é assumido institucionalmente, dado o contexto da ilegalidade do aborto voluntário no Brasil. Sabe-se que alguns dos profissionais orientam o uso do Cytotec (misoprostol) para induzir o aborto, considerada a alternativa menos perversa. O misoprostol muitas vezes interrompe a gravidez sem que haja um abortamento completo, pois parte dos restos ovulares podem ficar retidos no útero, implicando em risco de hemorragia e

infecção. Nesses casos, o misoprostol transforma uma “gravidez indesejada” em um “abortamento incompleto”, condição “legal” para a qual as pacientes podem buscar ajuda médica nos serviços, ainda que sujeitas a hostilidades no tratamento.

Os estudos mostram que é muito freqüente que em casais discordantes com o conhecimento da condição sorológica de um dos parceiros, haja falha no uso do condom e gravidez decorrente. Mas certamente muitas gravidezes resultam do não uso do condom, ou de seu uso inconsistente. Um estudo em São Paulo mostrou que 75% das gravidezes nesses casais, segundo declaração das gestantes, decorriam de ruptura de condom (33). Certamente essas falhas existem e é importante orientar as mulheres e os casais para a técnica correta, a possibilidade do condom feminino e da contracepção de emergência. Porém, pela alta freqüência desses acidentes, pode-se supor que pelo menos parte dessas mulheres se constrangem de declarar ao serviço que simplesmente não usaram qualquer proteção. É possível que este comportamento se deva ao receio de uma reação adversa dos provedores que tanto insistiram no preservativo e julgam negativamente a gravidez na mulher positiva (53, 62,64, 67).

A não-conformidade das mulheres com o padrão esperado de cuidado de si e dos outros, em especial quando grávidas, é reconhecidamente um obstáculo para o adequado vínculo das mulheres com o serviço, pois estas temem represálias e hostilidade do serviço, em especial se são solteiras, usuárias de drogas ou muito jovens. A gravidez, no caso das mulheres positivas, é a prova concreta de que elas desconsideraram as recomendações, e os provedores, por sua vez, podem ter que enfrentar seus próprios sentimentos de impotência e mesmo de hostilidade às pacientes, frente ao resultado precário do seu trabalho.

Esse contexto faz com que seja necessário para os profissionais, considerar a opção da gravidez como válida, embora problemática, de forma a poder lidar adequadamente com o problema e ajudar a paciente a uma concepção menos arriscada (56). Essa orientação pode passar por planejar a gravidez em melhores condições clínicas e com intercorrências tratadas, e também através da orientação da observação dos sinais da ovulação (muco, temperatura, etc.) de forma que a mulher que busca conceber possa ter apenas uma ou poucas relações “desprotegidas” por ciclo fértil, com maior chance de concepção por ciclo.

Outros recursos que vem sendo utilizados são a inseminação artificial com espermatozoides de doador no caso de casais discordantes (mulher negativa, homem positivo), ou com o espermatozoides do parceiro quando o homem é negativo e a mulher positiva. Na Europa, há vários anos Enrico Semprini faz uma “lavagem” do espermatozoides infectado antes da inseminação, aumentando as

chances de uma concepção sem riscos quando o homem é positivo (623 mulheres inseminadas, 242 bebês nascidos vivos, todos negativos (56). Atualmente há também uma revisão dos critérios que levaram a uma negação dos tratamentos de infertilidade às mulheres e casais positivos. Sempre há, claro, o recurso à adoção, opção que, com a melhora do prognóstico da infecção pelo HIV, passa a ser uma possibilidade cada vez mais viável e distante do fantasma da orfandade (66).

A **prevenção da transmissão vertical** do HIV é certamente um tema fundamental para ser pensado de uma perspectiva de gênero. Essa tem sido a ação prioritária dirigida à mulher, muito freqüentemente reduzida à condição de contêiner do feto, como evidencia a crítica à redução das mulheres ao seu papel de mães. É possível que os resultados limitados dos programas de prevenção da transmissão vertical no Brasil (pré-natal iniciado tardiamente, com baixa cobertura de cerca de apenas 20% das gravidezes estimadas em mulheres positivas a nível nacional) se deva, além dos graves problemas de acesso e da qualidade à assistência à saúde no país, ao receio das gestantes quanto ao tratamento que possam receber nos serviços. Estudos recentes mostram quão freqüente é a violação dos direitos humanos das mulheres quando HIV positivas em busca da assistência à saúde, em especial quando gestantes, tais como a sonegação de informação, a informação inadequada, a discriminação no acesso e posturas discriminatórias na assistência (67). É preciso pensar a necessidade concreta das mulheres e crianças de forma a promover os direitos humanos das mulheres, muitas vezes tratadas pelos programas de saúde “materno-infantilistas” e mais conservadores^{xiii}, como desprovidas da condição de pessoa capaz de decidir sobre sua própria vida e sobre as intervenções sobre seu corpo.

Deve-se ressaltar que, frente à grande eficácia da prevenção da transmissão vertical com AZT, o oferecimento dessa alternativa tem sido um recurso extremamente valioso a ser utilizado de forma a ampliar sua efetividade, incluída em uma assistência respeitosa e que possa expandir os direitos e as possibilidades das gestantes, ao invés de limitá-las. Neste sentido, faz-se necessário o oferecimento de apoio psico-social a essas gestantes, que terão que lidar com um extenso e penoso elenco de problemas novos (tais como o medo da doença e da morte sua e do bebê, da possível orfandade do filho, de possíveis conflitos na relação de casal, do fantasma da infidelidade e do abandono, entre outros) para além do stress da gravidez e do parto, como mostra um estudo de Porto Alegre apresentado no III CBP (P-114). É digno de nota que vários estudos mostram uma baixíssima recusa à testagem (0-81; P-102; P-111).

Sobre a transmissão do HIV durante a amamentação, uma polêmica levantada na Conferência de Durban (2000) merece consideração. Nos

últimos anos, a substituição da amamentação materna pela artificial foi universalmente aceita, e até evidência sólida em contrário, deve ser mantida, assim como acompanhada do aconselhamento de como a mulher pode lidar com a pressão para amamentar sem publicizar seu estado sorológico, e receber o leite de lata sempre que tenha dificuldade em adquiri-lo – o que parece ser a realidade da enorme maioria das brasileiras. Porém alguns autores levantam a dúvida se a substituição do aleitamento materno não seria uma preocupação secundária, considerando que o acesso a medicamentos – especialmente o esquema relativamente barato com nevirapina, não teriam um impacto maior sobre a infectividade do leite e sobre a morbidade do bebê (Berer, 2000).

Um dos debates mais importantes colocados para a prevenção da infecção pelo HIV na atualidade é o da **terapia anti-retroviral para profilaxia pós-exposição**, inclusive nos casos de violência sexual, no contexto de programas que já oferecem outras formas de assistência (prevenção da gravidez e das DSTs, apoio psico-social, etc.). Há alguns anos os profissionais que lidam com DST/AIDS vem se confrontando com essa demanda na sua prática, e alguns serviços iniciaram a dispensação dos medicamentos considerados adequados para a prevenção da infecção no caso de acidentes ocupacionais com lesões de pele.

O Projeto de Assistência à Pessoa Vítima de Violência Sexual no Estado de São Paulo, elaborado pelo Centro de Referência e Treinamento de DST/AIDS, com base em extensa revisão da bibliografia recente, parte do reconhecimento de que não existem dados claros que possam estabelecer a eficácia da administração profilática de antiretrovirais nos casos de violência sexual. O trabalho mostra que no entanto, várias têm sido as publicações recentes que levantam a questão e nos trazem dados alentadores, no sentido de se incentivar a recomendação de quimioprofilaxia para a infecção pelo HIV após exposição sexual não consentida. A justificativa para tal conduta encontra sustentação na quimioprofilaxia recomendada nos casos de acidente ocupacional, especialmente quando pérfuro-cortante, nos quais tem-se acumulado evidências suficientes na literatura que sugerem redução na taxa de infecção (68). A rigor, do ponto de vista metodológico, é difícil contar no curto ou médio prazo com estudos conclusivos e com evidências bem estabelecidas naquilo que se pode chamar o padrão ouro dos estudos, por problemas logísticos e éticos do desenho das pesquisas. Mas essa parece ser uma característica da epidemia de HIV/AIDS, a de que as necessidades se colocam mais rapidamente do que as certezas técnicas, impondo muitas vezes decisões mais norteadas em parâmetros éticos que por evidências científicas definitivas.

Por fim, algumas questões emergentes. Cabe ressaltar que o atual “Santo Graal” da epidemia, a **vacina** contra o HIV, ainda é um sonho relativamente

distante. Mas como afirmam Pequegnat e Stover (69), “a prevenção comportamental é a vacina de hoje”. Pelo menos, no desenho das pesquisas preliminares que preparam um possível estudo sobre a vacina no Brasil, as mulheres estão sendo contempladas.

O papel protetor da circuncisão foi mais um dado novo sobre a prevenção da transmissão sexual trazido na Conferência de Durban. Esta é uma proteção para *os homens*, e como eles são a principal forma de transmissão para mulheres, indiretamente pode ser uma proteção para elas. Vários trabalhos recentes evidenciaram esta proteção, que mereceu uma sessão inteira naquela conferência. Acredita-se que esta se deva ao fato de que os homens circuncisados têm a glândula do pênis queratinizada, ou seja, onde haveria mucosa (tecido mais vulnerável) esta foi substituída por um epitélio mais resistente. O estudo de Gray, com 187 homens parceiros de mulheres positivas, mostrou que entre os 50 que eram circuncisados, nenhum contraiu o vírus, contra uma taxa de soroconversão de 16,7 pacientes/ano entre os que não eram circuncisados (70). Vários problemas estão associados com esta possível solução; em primeiro lugar, a própria aceitabilidade da intervenção fora de contextos religiosos (judeus e muçulmanos) que já a adotam; ao que parece a evidência é que a circuncisão para ser efetiva precisaria ser pré-puberal, sendo questionável para homens adultos; e é uma solução que terá um impacto apenas na próxima geração, mesmo se feita agora. Mas é mais um dado sobre o qual ponderar, se houver evidência consistente nesta direção nos próximos anos.

Finalmente, cabe-nos incluir as questões de prevenção para as pessoas na terceira idade em geral, entre elas as mulheres além da idade reprodutiva. Há apenas um trabalho no III CBP, pelo que entendemos dirigido à “população geral” de maior idade, porém atendido apenas por mulheres, nos quais essa população se mostrou muito interessada no tema, mais motivada para levar a informação para filhos e netos, que propriamente por perceber-se vulnerável ao HIV – principalmente porque um parte considerável delas sequer tinha vida sexual (P-120). Essa população certamente deveria receber atenção específica às suas necessidades, diferentes até certo ponto daquelas das populações mais jovens.

Por fim, diante dos limites e possibilidades colocados, cabe-nos no momento usar “todas as ferramentas da caixa de ferramentas” (20).

Alcances e limites das ações dirigidas às mulheres e referidas às masculinidades. Experiências de prevenção, comportamentais e sociais

Primeiro, o que seria prevenção? Aqui, queremos dizer não apenas a prevenção primária da infecção pelo HIV, mas também a prevenção do surgimento de sintomas de imunodeficiência, ou seja, a prevenção secundária da AIDS. Esta segunda dimensão será abordada mais marginalmente, até por se confundir com a dimensão “assistência”. É preciso ressaltar que em termos de prevenção, procedimentos relativamente simples, como a prevenção da transmissão vertical, as normas de biossegurança para acidentes com material contaminado e o controle de sangue e hemoderivados, são altamente eficazes e têm alcançado resultados efetivos. Também é eficaz o uso do preservativo masculino ou feminino, e a troca de agulhas e seringas nos UDI, porém ao contrário dos procedimentos acima, a prevenção que envolve questões sensíveis como a sexualidade esbarra em dificuldades muito maiores para se traduzir esta eficácia em resultados na prevenção (71)

Como avaliar os resultados dos programas de prevenção? A meta desses programas seria, idealmente, a diminuição da incidência dos casos. Isso já se percebe, em alguns grupos populacionais, como os HSH de maior escolaridade. Esse indicador é problemático, devido própria dinâmica da doença, pois mesmo que uma política de prevenção conseguisse interromper a transmissão, os casos seguiriam surgindo por mais alguns anos, o que seria incompatível com avaliações de curto ou médio prazo dessas políticas. Outra maneira de avaliar essas políticas seria a diminuição nas taxas de soroconversão, o que em certa medida pode ser feita através de estudos sentinela, como os descritos na primeira parte desse trabalho, ainda que com certos limites, tais como a representatividade geográfica, concentração do estudo em serviços de referência com possível superestimação da incidência, entre outros (1).

Na falta desses indicadores diretos, e dada uma certa indefinição teórica no campo, se buscam formas alternativas de avaliação da eficácia dos programas, com ênfase na quantificação de ações, tendendo a um certo “fetichismo numerológico”, referido aos volumes demonstráveis, como por exemplo o número de preservativos distribuídos ou de palestras feitas. Ainda que essa quantificação seja importante para outras finalidades como aferir quanto de cada trabalho proposto foi efetivamente realizado, não é suficiente para dar conta da tarefa da avaliação. Esse é um problema antigo da Saúde Coletiva e não específico da AIDS, que exige uma superação da indefinição teórico-metodológica do campo, assim como “uma explicitação de premissas quanto ao modelo adotado, seja lá qual for”, e uma cooperação

maior entre aqueles que executam os programas e os núcleos de pesquisa na área (71).

Partindo do reconhecimento dessas dificuldades, procedemos uma exploração inicial dos programas de prevenção ao HIV/AIDS dirigidos à população feminina ou a masculinidades, apresentados no III Congresso Brasileiro de Prevenção, sob a forma de material educativo, comunicação oral e pôster, como forma de fazer um balanço das experiências brasileiras que pudessem ser melhor aproveitadas nesse esforço de refletir sobre gênero e prevenção das DST/AIDS.^{xiii}

Para a abordagem desses trabalhos, usamos como referência dois estudos sobre gênero e prevenção da AIDS. O primeiro deles é o de Anke Ehrhardt e Theresa Exner (2000), publicado em setembro de 2000, sobre “Prevenção do comportamento sexual de risco para a infecção pelo HIV em mulher” (72). O segundo é o trabalho de Geeta Rao-Gupta, “Gender, Sexuality and HIV/AIDS: The What, the Why and the How” (4), apresentado na Conferência de Durban (2000).

As primeiras autoras estudaram a *efetividade* dos componentes de intervenções específicas de gênero nos programas de prevenção da infecção sexual pelo HIV em mulheres. Estas intervenções efetivas seriam: habilidades de comunicação e negociação do condom masculino; integração de estratégias contra a AIDS com as outras DSTs (aqui eu acrescentaria a assistência ginecológica como um todo) e contracepção; a urgente necessidade de métodos controlados pela mulher; a importância da inclusão dos homens heterossexuais; e a expansão das ações aos casais nos programas de prevenção. Seria importante também acrescentar os programas de pré-natal, pois a superação de uma perspectiva “materno-infantilista” exige exatamente uma perspectiva de gênero que busque superar a abordagem da mulher como contêiner, como *meio* para ações sobre o conceito, abordando a mulher como pessoa, como sujeito portador de individualidade e de direitos, que além de todas as demais esferas da sua vida, está gestante.

Embora orientadas pela abordagem centrada na idéia de comportamento de risco, distinta da matriz utilizada pela maioria dos trabalhos apresentados, as autoras usam critérios interessantes em sua classificação dos estudos, como a inclusão de um foco em resultados que vão além do aumento do uso do condom. As autoras concluem que há clara evidência sobre a efetividade das intervenções, e que essa é maior nos trabalhos que são dirigidos especificamente para as mulheres, que mantêm contatos continuados na comunidade, e são focados no desenvolvimento de habilidades, por exemplo, de comunicação. O trabalho se refere a uma realidade relativamente distinta da brasileira, menos em termos epidemiológicos que

dos modelos de intervenções. Para as autoras, devem ser incluídos nos estudos de efetividade apenas aqueles trabalhos que tenham um desenho de avaliação com uma linha de base sobre as mudanças a serem efetuadas, avaliadas ao final da intervenção. Esse parâmetro se aplica claramente a apenas uma pequena minoria dos *resumos* dos trabalhos apresentados de intervenções comunitárias apresentados no III CBP.

Já para Rao Gupta, do ponto de vista das relações de gênero, os trabalhos dirigidos às mulheres podem ser classificados da seguinte forma:

- Aqueles que atrapalham e prejudicam (os do tipo que reforçam estereótipos e discriminações; os que se baseiam em semear o pavor e a impotência); como a campanha “Quem vê cara não vê AIDS”.
- Os trabalhos que são gênero-neutros, mensagens do tipo “seja fiel”, “procure tratamento”, e “tenha só um parceiro” (pessoalmente, acho que essa deveria estar na primeira categoria, pois prejudicam as mulheres, dando uma falsa impressão de segurança). São melhores do que nada, mas tendem a não funcionar por não reconhecerem uma distinção entre as necessidades de mulheres e homens.
- Os trabalhos que são gênero-sensíveis, que reconhecem as necessidades diferentes de homens e mulheres, como é o caso dos programas de métodos controlados pelas mulheres (condom feminino, microbidas), e os esforços de integração entre as ações de saúde da mulher, contracepção, pré-natal, que permita às mulheres (e homens) ir a uma clínica menos estigmatizadas que uma que atende DST/AIDS. Essas são atividades essenciais, mas não suficientes para mudar relações de gênero.
- Os trabalhos que são abordagens transformativas, como os que incluem os homens e propõem a reflexão sobre masculinidade, com ou sem mulheres nos mesmos programas; os que buscam entender como os meninos são socializados de forma mais conservadora ou mais solidária com as mulheres e as crianças; sobre como *role-models* masculinos mais positivos podem ajudar esta mudança; o trabalho com casais^{xiv}; entre outras abordagens. A autora saliente que há uma necessidade urgente de pesquisas que lidem com essas dimensões.
- Por fim, as abordagens de fortalecimento/empowerment: as que buscam libertar mulheres e homens dos estereótipos que os colocam tão vulneráveis ao HIV, entre outros males. Inclui melhorar o acesso a informações, habilidades, serviços, ampliar a participação em decisões, promover o “pertencimento”, ou a adesão a grupos que ampliem o poder social, pois uma identidade de grupo fora da família pode ajudar no descolamento destas relações de desigualdade. Aqui está implícita a promoção dos direitos humanos dos sujeitos envolvidos.

Apresento estes dois modelos de análise por achar que podem iluminar nossa compreensão sobre as necessidades de prevenção no caso brasileiro, sem ter a pretensão de aplicá-los ao conjunto de trabalhos do III CBP, o que demandaria um conhecimento dos trabalhos que vai muito além daquilo descrito nos resumos. Além do mais, a maioria dos trabalhos apresentados são combinações daqueles elementos e categorias propostas pelas autoras. Ao nosso ver, os dois modelos são mais úteis para a reflexão, ainda que preliminar, sobre os alcances e limites das propostas, que para sua classificação.

Procuramos agrupar os trabalhos em grandes blocos temáticos, tentando caracterizá-los por apenas um tema, mesmo quando o trabalho articulava a interface entre dois ou mais temas. Em linhas gerais, os trabalhos apresentados no III CBP poderiam estar agrupados da maneira descrita a seguir.

Em primeiro lugar, temos um conjunto de trabalhos comunitários que priorizam as atividades de reflexão sobre sexualidade, papéis sexuais e sexo seguro, direitos e cidadania, através da sensibilização, formação de multiplicadores e de grupos para debater esses temas, especialmente entre comunidades pobres, que incluem de forma direta ou indireta a questão da negociação do sexo seguro e focalizavam as mulheres. Este grande bloco, um tanto heterogêneo e concentrado em centros urbanos como o Rio de Janeiro, incluiu 6 apresentações de material educativo, 5 apresentações orais e 11 posters. A maioria deles antecipou nos resumos que teria dados quantitativos a apresentar no Congresso, ou já os apresentava no resumo, referentes ao número de sessões e encontros realizados e de pessoas atingidas.

Os trabalhos sobre “mulheres comuns” refletem a diversidade, a riqueza e a criatividade das experiências brasileiras, algumas bem desenhadas em termos de modelo de intervenção e de avaliação, e parte delas de amplo alcance, sobretudo se consideramos aquelas que foram executadas por organizações da sociedade civil. Entre eles, temos o Projeto Mulher-AIDS-Prevenção, que atingiu mais de quinze mil participantes em quatro estados. O resumo indica que as mulheres atingidas em Salvador aumentaram sua intenção de uso do condom em 76%, das quais 44% declararam estar de fato usando; 87% afirmou que a participação nos grupos ajudou na comunicação com os parceiros sobre a prevenção. O trabalho, assim como vários outros, reforça a necessidade da integração das ações de saúde reprodutiva e DST/AIDS e da continuidade do trabalho comunitário que promova a auto-estima e o auto-cuidado das mulheres (P-137). Um estudo sobre educação de gênero em contexto de pobreza mostrou que o treinamento de capacitadoras numa favela pode ajudar a transformar coletivamente a vulnerabilidade das mulheres. O trabalho mostrou que 87,9% das mulheres adquiriu

informações corretas sobre DST/AIDS, 71,4% dialogou sobre o tema com os parceiros, mas apenas 17,1% delas havia usado o preservativo nas últimas relações sexuais – a meta era 25%, refletindo a grande dificuldade na passagem entre saber, comunicar-se e efetivamente proteger-se. (O-77)

Em segundo lugar, temos os programas que buscam integrar a prevenção das DST/AIDS com a assistência ao ciclo gravídico-puerperal, oportunidade privilegiadas de detecção e tratamento precoces. Aqui temos os programas de pré-natal e de prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis (1 material educativo, 6 apresentações orais e 12 pôsteres). As informações do III CBP já sobre o tema já foram discutidos na sessão anterior, e apontam para as dificuldades dos serviços na identificação dos casos, do seu tratamento adequado e oportuno, assim como na abordagem e tratamento dos parceiros.

O recente trabalho “Vulnerabilidade e cuidado: a assistência às mulheres vivendo com Aids nos serviços de referência no Estado de São Paulo”, que compõe o projeto Enhancing Care Initiative” (67), divulgado ao final de julho de 2001, traz dados muito relevantes sobre o tema. O estudo incluiu mais de mil mulheres soropositivas e chama a atenção para o impacto diferencial que os novos recursos terapêuticos tiveram na população feminina e sobre os ainda altos índices de transmissão vertical (TV), como indicadores das deficiências do cuidado às mulheres em São Paulo, tais como citados anteriormente, Estado que tem um programa consideravelmente bem estruturado, em relação ao resto do país. Mostra que a idéia corrente de que os programas de Transmissão Vertical seriam deficientes porque as mulheres não fazem pré-natal, ou fazem tardiamente, e/ou com poucas consultas, não se justifica. Entre as gestantes estudadas, 94% delas fez pré-natal, e 69% delas foi a seis ou mais consultas, porém apenas a 84% dessas o teste foi oferecido. Do total de mulheres na pesquisa, apenas 42% recebeu aconselhamento pré-teste. Entre as que foram testadas, quase a metade (47%) sequer foi (ou se sentiu) esclarecida sobre o motivo do teste. Entre as que foram esclarecidas, 24% não entendeu os riscos para o bebê e 16% não entendeu a necessidade do uso do AZT. Naquele ano (1998), apenas 60% das gestantes que foram testadas positivas para o HIV receberam tratamento preventivo contra a transmissão vertical, o que se acredita dever-se em grande medida às falhas na comunicação entre serviços e pacientes. A referência ao hospital para assistência ao parto depois do pré-natal já estava preestabelecida em 82% dos casos, e 92% dessas gestantes foi atendida no primeiro serviço acessado.

Um dado especialmente preocupante foi a deficiência da assistência ao puerpério: para metade das mulheres soropositivas foi prescrito não amamentar, porém não foi oferecido quaisquer medicamentos ou explicações sobre como proceder a supressão da lactação, a prevenção da

mastite, o manejo social da situação – diante da pressão social pelo aleitamento- ou sobre alimentação artificial do recém nascido. Some-se a isso a dificuldade logística dos serviços de proverem o leite em pó para os filhos dessas mulheres, que já lidarão com os riscos adicionais de infecção e diarreia dos bebês associados à supressão do aleitamento natural.

Entre os dados muito relevantes desse estudo está a informação de que 91% das mulheres declaram informar aos parceiros o seu estado sorológico, o que contrasta com os dados sobre o comportamento masculino, de que menos da metade conta sobre sua positividade às parceiras.

É pertinente perguntar se tem havido avaliação e como tem funcionado o sistema de convocação de parceiros proposto no Manual de Controle de DSTs da CN-DST/AIDS. O manual reconhece que “mesmo com pouca evidência documentada de eficiência, o bom senso sugere que a convocação de parceiros contribuirá no controle das DST e infecção pelo HIV. É importante, entretanto, tentar avaliar programas de notificação de parceiros de modo que eles possam ser modificados e melhorados” e propõe um conjunto de indicadores, tais como a proporção entre parceiros convocados e atendidos, seja pela comunicação dos parceiros-índices, por carta, ou por visita domiciliar. As informações dessas avaliações parecem ser um dos elementos mais importantes na avaliação dessas ações. Não houve nenhum estudo especificamente sobre o tema no III CBP. Seria muito importante estudar como na prática essa negociação, esse diálogo entre parceiros ocorre após a identificação das DSTs, a “convocação” ao serviço, o tratamento simultâneo, a ruptura de relações pela tensão trazida pela enfermidade, a violência que essa situação pode desencadear, além da efetividade do tratamento após um certo período de tempo. Esse seria um tema muito importante a ser estudado do ponto de vista das masculinidades e das características trazidas pelos trabalhos apresentados no III CBP^{xv}.

Com relação aos homens heterossexuais e a masculinidade, os trabalhos abordavam questões como a sua auto-percepção como invulneráveis, noção atribuída e reafirmada pelos homens em suas práticas discursivas. Discutem as características de gênero tais como a noção de honra, a infidelidade como marca de masculinidade, e o chamado estilo de vida auto-destrutivo. Também discutem o privilégio masculino sobre a decisão contraceptiva ou o uso do condom, os motivos para a recusa do uso de condom, e como promover o auto-cuidado nesse grupo.

Um dos trabalhos sobre homens que selecionamos foi um de sobre HSH que discutia a experiência desses com a violência sexual, e mostrava que mais de um quarto deles iniciou a vida sexual com uma relação violenta. Esses número são mais do dobro da porcentagem encontrada em mulheres (MSH), cerca de uma em oito, proporção encontrada em um estudo de base

populacional recente, já mencionado (16). Seria uma temeridade tentar extrapolar esses números para população geral (ainda que dados de outros países sejam próximos ou mesmo maiores que esses, pelo menos para as mulheres). Porém se imaginemos que em uma turma mista de quarenta adolescentes, duas ou três meninas e cinco meninos passam por estupro, vemos como a resposta social a este grave problema ainda é incipiente e tímida.

Os casais foram tema de três trabalhos, um sobre a gestão do segredo entre os casais (O-57), um sobre o trabalho com casais em geral em um centro de saúde, que avaliou o aumento da adoção de práticas de sexo mais seguro e de sensibilização da equipe de saúde (1 pôster, P-6), e um sobre o uso de sexo seguro em casais discordantes, já referido (P-110), que aponta para um uso muito reduzido de proteção nesses casos.

Considerando os trabalhos que lidam com populações especialmente vulneráveis, como crianças, adolescentes e estudantes em geral. Alguns deles mostram a viabilidade e a urgência da prevenção entre as crianças e jovens, e mostram como um dos resultados a diminuição da gravidez entre adolescentes das escolas onde houve intervenção. Reforçam a necessidade de lidar com a cultura sexual conservadora que amplia a vulnerabilidade dos jovens, e apontam a emergência de um novo machismo, “alicerçado na indiferença com relação a(o) outro(a) e tão perversa quanto o machismo tradicional” (O-25). Um dos trabalhos, pesquisa realizada em uma escola de segundo grau na periferia de São Paulo, com objetivo de determinar uma linha de base sobre a vulnerabilidade dos adolescentes para a intervenção a ser feita, mostrou que a maioria dos jovens declarava que se protegia usando a camisinha, porém apenas 6,3% declararam que a usavam sempre (P-73).

Estudo sobre a vulnerabilidade de mulheres jovens no Rio mostra que essas “apresentam baixa percepção de susceptibilidade pessoal ao HIV. Para elas, o sexo seguro baseia-se em ter um parceiro único e ‘escolhido’. O uso de preservativos estás mais relacionado a práticas anticonceptivas em ‘períodos específicos’ e sua não-utilização é justificada pelo conhecimento e confiança no parceiro” , e conclui que um programa de prevenção deveria incluir estratégias de fortalecimento individual e de reforço da auto-estima (P-78).

Um dos trabalhos que mais chama a atenção, entre aqueles que demonstram o quadro de vulnerabilidade dos jovens, é o que mostra que em uma escola secundária da periferia de Brasília, com 215 adolescentes (média 16 anos) há uma curiosa referência diferenciada dos relatos de relação anal heterossexual: enquanto essa modalidade foi referida por 11% dos rapazes, 41% das meninas relataram essa prática. A proteção com condom no sexo vaginal foi relatada por 60% das meninas e por 26% dos rapazes (O-24). Certamente os números são diferentes porque não se referem a casais ou a

uma população fechada, mas essa diferença é tão grande que pode sugerir um viés de “resposta desejada” muito diferente entre homens e mulheres.

A questão do coito anal, para a preservação da virgindade vaginal ou como alternativo de sexo protegido da concepção, deveria receber mais atenção em termos de pesquisa, principalmente sobre seu papel no início da vida sexual. Sabe-se que entre adultas, há o recurso ao sexo anal também como alternativa ao que os homens consideram uma “vagina frouxa”, seja porque se acredita que as mulheres que não são mais virgens ficam “folgadas” pelo uso; seja porque se acredita que depois dos partos vaginais a vagina ficaria com um “dano irreversível” (o que pode ocorrer também pela falta de interesse na relação sexual, que faz com que as mulheres permaneçam com a vagina relaxada, ao invés de contrai-la para aumentar seu próprio estímulo ou o do parceiro). Estudos mostram que muitas vezes os homens solicitariam o sexo anal por considerar que a vagina “folgada” seria pouco estimulante para o pênis (73,74), o que pode ser considerado pelas mulheres tanto um recurso desejável quanto degradante (75).

Outro dado preocupante sobre os jovens são recentes tendências de aumento da transmissão homossexual entre os mais jovens no Brasil, refletindo um padrão já identificado em outros países de “afrouxamento da vigilância” entre os HSH, setor que, mais politizado e mobilizado, melhor e mais rapidamente havia incorporado medidas de sexo seguro (76).

Os trabalhos que lidam com profissionais do sexo de ambos os sexos chama a atenção o alcance do programa de Sergipe (P-82), com milhares de mulheres atingidas e centenas de milhares de condons distribuídos, com população vinculada aos serviços de saúde. Um dos trabalhos lida com meninas de 11 a 14 anos (P-16).

Nos trabalhos sobre os presos e presas e suas parcerias (3 orais e 2 pôsteres), estão confirmados a alta prevalência de DSTs e do HIV, o uso de drogas o baixo uso de condons, a alta frequência de histórias de violência sexual e a necessidade de mais intervenções eficazes para essa população altamente vulnerável, assim como as suas parcerias na visita íntima. Como antecipado na apresentação da CN na Conferência de Durban (CM02), esta pode ser uma das melhores aplicações do condom feminino, desde que em programas sensíveis ao complexo e desafiador contexto do sistema prisional.

Os trabalhos sobre a utilização de meios de comunicação tais como rádio e teatro mostraram uma rica diversidade de estratégias desenvolvidas a partir das referências locais, tanto em áreas rurais quanto urbanas. Alguns dos projetos são realmente multi-mídia, incluindo mini-novelas, paródias, forrós, cordéis, boletins informativos, entre outros (O-69), enquanto alguns investem em práticas artístico-pedagógicas para a elaboração do conteúdo educativo dos espetáculos e material educativo como música e vídeo (O-55).

Um trabalho avaliou a estratégia da campanha “Quebre o silêncio” (PE-DST/AIDS-SP), que visou “estimular a comunicação entre casais heterossexuais estáveis sobre prevenção e os riscos da aids, centrando o foco da mensagem no diálogo, objetivando reduzir a lacuna entre discurso/prática”, e discute suas possibilidades e limites (O-12).

Vários trabalhos buscaram compreender mais sobre a percepção de risco e a avaliação da vulnerabilidade dos indivíduos, assim como sua motivação para testagem. Os estudos mostram que as mulheres com parcerias fixas não se avaliam como vulneráveis, pelo menos não o suficiente para assumir alguma medida preventiva. Um deles, com 25 mulheres positivas, mostra que na “história de risco” delas, o uso do condom como instrumento de prevenção “era desconhecido”, e as DSTs/AIDS eram consideradas por elas como doenças de homens (apesar algumas de já terem tido DSTs antes). Essas mulheres só tiveram seu diagnóstico feito depois do adoecimento ou morte de parceiro ou filho (O-43), dado que reforça o achado da já referida pesquisa da Enhancing Care Initiative, ECI (Ayres, 2001), que mostra que apenas cerca de 20% das mulheres se testa em situações fora do pré-natal, ou de doença ou morte de parceiro ou filho.

Os trabalhos que discutiram as motivações para o uso ou não-uso do condom masculino, incluindo trabalhos sobre jovens, presos e casais discordantes, apontam para as dificuldades de negociação e a baixa percepção da vulnerabilidade, ou o aparente paradoxo do não uso nos casos dos casais discordantes. Foi apontado também que a introdução da camisinha em relações estáveis leva a conflitos por sugerir infidelidade, e a dificuldade de usar o método quando se está apaixonada – em um estudo, 39,5% dos entrevistados não usavam quando apaixonados, porém entre as mulheres esse número era de 55,6% (O-52).

Trabalhos que trataram especificamente de treinamento de profissionais de saúde na rede pública de saúde, destacaram a importância da sensibilização para as questões de gênero, do uso de metodologias participativas e da escuta das usuárias, buscando superar as deficiências do aparelho formador. Esses trabalhos mostraram a importância do treinamento específico que aborde tanto questões técnicas como os valores dos profissionais, de maneira a viabilizar uma assistência de fato sensível às necessidades das usuárias.

Em trabalhos sobre a violência de gênero, um deles lidou com histórias de vida de mulheres presas, nas quais “quase todas” incluíam episódios de violência física e/ou sexual (P-14); um outro pretendeu “promover uma consciência de que a prática de sexo seguro é também uma das formas de combate à violência através de um programa de intervenção”, porém não tinha resultados disponíveis. Outro estudo sobre violência foi o de HSH, já mencionado, aqui classificado como violência de gênero (de homens contra

homens), e que traz informações muito relevantes sobre este problema que estamos apenas descortinando.

Finalmente, houve um trabalho de prevenção dirigido à chamada terceira idade, atendido por 35 pessoas, todas mulheres, que se interessaram principalmente para poder repassar esse conhecimento para filhos e netos (P-120).

Este é um quadro geral e provisório do amplo e complexo conjunto de questões sobre gênero e prevenção das DST/AIDS. Como mencionado anteriormente, a esses desafios se somam mais duas urgências - a incorporação dos homens ao debate e ao desenho de políticas, assim como a necessidade de contemplar o respeito e a promoção dos direitos humanos de todos os envolvidos.

A seguir, não sem o risco de simplificações e reduções, buscaremos sintetizar brevemente as informações acima na forma de recomendações.

De acordo com o exposto anteriormente, as áreas mais promissoras para a implementação de ações de prevenção se localizam nas interfaces entre os programas de saúde reprodutiva e de DST/AIDS, e podem estar inseridas nas ações programáticas já definidas como prioritárias, quais sejam:

- As evidências de estudos no Brasil e em outros países são claras quanto à necessidade e à urgência da incorporação de ações de fortalecimento das mulheres (sejam elas educativas, de aconselhamento ou de alguma forma de suporte social, econômico ou jurídico) como essenciais para viabilizar a efetividade das propostas de prevenção, uma vez que as desigualdades de gênero estão na origem da vulnerabilidade tanto das mulheres quanto dos homens. É importante reconhecer que esse padrão de gênero deixa homens e mulheres mais vulneráveis à infecção. Como incorporar essa abordagem de gênero é um desafio que já vem sendo assumido em muitas frentes, como menos ou mais êxito, o que exige um esforço especial de avaliação, sistematização e multiplicação das ações mais promissoras, entre elas as que abordem os casais e as que incorporam os homens.
- A incorporação dos homens parece ser um dos caminhos mais promissores a ser buscado, e o desenvolvimento de experiências nessa direção deveria ser uma prioridade, como recomendado pelos organismos citados anteriormente (5,6). O respeito e a promoção dos direitos humanos de todos os envolvidos é um desafio adicional e urgente.
- É necessário não apenas integrar as ações de prevenção com as de planejamento familiar, mas superar a des-integração tradicionalmente existente entre elas. Mais do que nunca é central superar a mentalidade meramente prescritiva e incluir o aconselhamento e as ações educativas,

propondo rotinas com conteúdos mínimos de aconselhamento, da mesma maneira que temos consensos e rotinas para a prescrição de medicamentos (67). Isto supõe a disponibilidade de métodos (incluindo o condom feminino) e de profissionais treinados. Uma vez que se sabe que a informação é fundamental mas não suficiente, o trabalho deve incluir a oportunidade de reflexão sobre prioridade aos métodos de barreira, dupla proteção, hierarquia de proteção entre os métodos, responsabilidade do parceiro, comunicação e negociação destes recursos, contracepção de emergência, entre outros temas. O Brasil é um país privilegiado em experiências desta natureza, e nesta nova etapa exige novidades ousadas, como dirigir o trabalho de contracepção também aos homens.

- O pré-natal é um momento privilegiado para o trabalho, considerando que é nesta ocasião em que uma parte importante das mulheres entrará em contato com a sua condição sorológica, e eventualmente com o diagnóstico de outras DSTs. A melhoria da qualidade deste programa é um pré-requisito para o sucesso de qualquer ação específica. Dadas as evidências da eficácia da combinação tratamento com AZT e melhor via de parto (incluindo a cesárea agendada quando indicada) na redução da transmissão vertical, garantir o acesso a estes procedimentos devem ser considerados de alta prioridade. Isto não exclui que a gestante seja considerada um indivíduo (e não apenas um container), merecedora de tratamento humano e clínico os mais adequados.
- Uma abordagem realista da população feminina soropositiva demandaria que os serviços assumam tanto o aconselhamento sobre como engravidar da maneira menos insegura possível (para as mulheres que desejam engravidar); quanto como interromper uma gravidez da menos insegura possível - mesmo no contexto da ilegalidade, quem sabe inspirados pela perspectiva da redução de danos usada no caso das drogas ilícitas. Estes são problemas difíceis, mas fazem parte do cotidiano dos serviços, e uma vez que não os enfrentamos, contribuimos para ampliar a vulnerabilidade destas pacientes, abandonando-as à própria conta e risco.
- O manejo das demais doenças sexualmente transmissíveis - incluindo o câncer de colo - deve incluir a abordagem do contexto da vida sexual daquelas pessoas concretas, de forma a buscar superar os riscos de reinfecção, propiciar o tratamento efetivo dos parceiros e a adoção de medidas preventivas. Aqui também o investimento em atividades educativas deve ser considerado uma prioridade, articulado com as demais ações de saúde reprodutiva, incluindo o pré-natal (mais uma vez, um espaço privilegiado de diagnóstico) e a contracepção (o espaço privilegiado de prevenção).

- A abordagem das problemas sexuais e afetivas das parcerias é uma “caixa de Pandora” que em geral os profissionais de saúde evitam abrir, pois dela podem sair males com os quais o modelo bio-médico está despreparado para lidar: a violência doméstica, o abuso sexual inclusive na infância, a infidelidade, as dificuldades de comunicação entre mulheres e homens, a desigualdade de relações de poder sexual, entre outros. Por não enfrentar estes problemas, os serviços se sobrecarregam com seus efeitos (das DSTs de repetição às doenças mentais, passando pelas chamadas “queixas vagas”) e perdem em resolutividade, pois melhor seria se soubessem identificá-los e referi-los para os profissionais capacitados para lidar com estas questões. A incorporação da pesquisa de rotina de situações violentas tem sido um passo importante nessa direção, inclusive com a inclusão dos ARV nos casos de violência sexual.
- A prevenção secundária nas mulheres, pode ser melhorada pela redução do atraso no diagnóstico e tratamento melhorando o problema do acesso a serviços. Isso exige por parte dos serviços de saúde a superação da “cegueira de gênero” da abordagem estereotipada da mulher “normal” (heterossexual, monogâmica, casada, e bem comportada) em oposição à “de risco”, uma vez que paradoxalmente, o risco aqui se associa cada vez mais à suposta normalidade.

Tais mudanças necessitam estar fortemente vinculadas a reformas no aparelho formador dos profissionais de saúde, no sentido de viabilizar que esta discussão mais ampla sobre as relações entre a saúde e as desigualdades sociais de gênero estejam incluídas tanto na graduação e pós-graduação, quanto no nível médio e nas oportunidades de reciclagem profissional daqueles que já estão no mercado de trabalho. Isto se aplica especialmente aos novos modelos assistenciais como é o caso do Programa de Saúde da Família, que por sua abordagem mais próxima à vida cotidiana das populações, estaria em uma posição potencialmente privilegiada para lidar com questões sensíveis como as relações de gênero e suas consequências para a saúde.

REFERÊNCIAS E BIBLIOGRAFIA

¹ Para uma visão geral da produção de gênero e saúde no Brasil, v. o recente “Gênero e Saúde no Brasil – Um Campo em Transição”, de Sônia Corrêa (2001, mimeo)

² De Barbieri, T. Sobre la Categoría Género: una introducción teórico-metodológica. In: Azeredo, S. e Stolcke, V. Direitos Reprodutivos. São Paulo, Fundação Carlos Chagas, 1991.

3 Rubin, G.; O tráfico em mulheres: Notas sobre uma economia Política do Sexo. Recife, SOS, 1993.

4 Rao Gupta, 2000; Volume 5, Number 4, 2000 Gender, Sexuality, and HIV/AIDS: The What, the Why, and the How. Geeta Rao Gupta's plenary presentation of 12 July 2000 at the XIII International AIDS Conference <http://www.aidslaw.ca/maincontent/otherdocs/Newsletter/vol5no42000/guptadurban.htm>

5 UNAIDS, 2000. *Men and AIDS - A Gendered Approach 2000 World AIDS campaign*. <http://gbgm-umc.org/programs/wad00/index.stm>

6 WHO/UNAIDS, 2000). HUMAN RIGHTS, WOMEN AND HIV/AIDS Fact Sheet No 247 June 2000. <http://www.who.int/inf-fs/en/fact247.html>

7 CN-DST/AIDS. Boletim Epidemiológico - AIDS. ANO XIII Nº 03 - 36ª a 52ª SEMANAS EPIDEMIOLÓGICAS - OUTUBRO A DEZEMBRO DE 2000

8 Castilho, E. Texto da exposição no painel "Panorama da Epidemia de AIDS no Brasil", dentro do Seminário sobre Pesquisa em DST/HIV/AIDS" Rio de Janeiro, junho 2001. ELE PEDE PARA NÃO DIVULGAR O TEXTO, ver como refere.

9 Reunião sobre Integração entre as Ações de Violência e DST/AIDS promovida pela PMSP e PE-DST/AIDS, julho, 2001

10 Fonseca, Maria Goretti; Barreira, Draurio A evolução da mortalidade por aids no País, segundo sua distribuição geográfica. Editorial. CN-DST/AIDS. Boletim Epidemiológico - AIDS. ANO XIII Nº 03 - 36ª a 52ª SEMANAS EPIDEMIOLÓGICAS - OUTUBRO A DEZEMBRO DE 2000

11 Articulação de Mulheres Brasileiras - Mulheres Negras - Um Retrato da Discriminação Racial no Brasil. AMB, Brasília, 2001

12 Anderson KH, Mitchell JM. Differential access in the receipt of antiretroviral drugs for the treatment of AIDS and its implications for survival. *Arch Intern Med*. 2000 Nov 13;160(20):3114-20.

13 Santoro-Lopes G, Harrison LH, Moulton LH, Lima LA, de Pinho AM, Hofer C, Schechter M. Gender and survival after AIDS in Rio de Janeiro, Brazil. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol*. 1998 Dec 1;19(4):403-7

14 Cohen, M. Prevention of HIV Sexual Transmission. XIII International AIDS Conference. <http://www.medscape.com/medscape/HIV/ClinicalMgmt/CM.v18/public/index-CM.v18.html>

15 Szwarcwald, C. L. Barbosa Jr, A; Dhalia, C.; de Carvalho. M. Projeto de Vigilância Sentinela do HIV: uma apreciação da amostragem e dos

resultados obtidos no período de 1997-1999 em serviços de DST e prontoso-
socorros. <http://www.aids.gov.br/sitebol/>

16 Schraiber LB, D' Oliveira AFPL (Brazil- Principal Investigators) O Brasil no estudo multipaíses sobre Saúde da Mulher e Violência Doméstica e sexual contra a mulher-, Preliminar data In Garcia-Moreno, C; Charlotte Watts (Multi country coordinators). The WHO Multicountry study on women's health and life events. World Health Organization, 2001.

17 Lori Heise; Mary Ellsberg; Megan Gottemoeller. Ending Violence Against Women. Population Reports. Volume XXVII, Number 4. December 1999.

18 Martin, S.L., B. Kilgallen., A. Ong Tsui, K. Maitra, K. Kumar Singh, and L.L. Kupper. 1999. "Sexual behaviors and reproductive health outcomes." JAMA 287(20): 1967-1972.

19 Weiss e Rao Gupta. 1998. Bridging the Gap: Addressing Gender and Sexuality in

HIV Prevention. Washington, DC: International Center for Research on Women.

20 Blocker ME, Cohen MS Biologic approaches to the prevention of sexual transmission of human immunodeficiency virus. Infect Dis Clin North Am. 2000 Dec;14(4):983-99. Review.

21 Unifen, 2001UNAIDS PARTNERS WITH UNIFEM TO HALT SPREAD OF HIV/AIDS AMONG WOMEN AND GIRLS
http://nywork4.undp.org/unifem/pr_hivmou.html

22 Unaid/WHO. Women and AIDS. Fact Sheet 242, June 2000. www.who.int/inf-fs/em/fact242.html

23. Ehrhardt AA, Exner TM. Prevention of sexual risk behavior for HIV infection with women. AIDS. 2000 Sep;14 Suppl 2:S53-8. Review

24 Shah, S.S, Discrimination against positive pregnant women. ThPeD5550 Durban

25 Genderhealth. WOMEN AT RISK Why are STIs and HIV Different for Women? <http://www.genderhealth.org/progs/campaign/facts/risk.htm>

26 WHO 2000. Men and AIDS- A gendered Approach - <http://unaid.org/wac/2000/WACmenE.htm>

27 Kaler A. "It's some kind of women's empowerment": the ambiguity of the female condom as a marker of female empowerment. Soc Sci Med. 2001 Mar;52(5):783-96

- 28 Population Council. Lo Esencial de la Tecnologia Anticonceptiva. Manual para el personal clínico. Programa de Información em Población de Johns Hopkins. Universidad de Johns Hopkins, 1999.
- 29 Ferreira. A E. e cols. Effectiveness of the Diaphragm , used continuously, without spermicide. In: Contraception 1993:48, July 29-35
- 30 Kalkman, S. e outros. Projeto Beija-Flor, Instituto de Saúde-SP e AIDSCAP, 1997.
- 31 Wisewords. Number 6 -- October 2000. A Publication of Project Inform Power and Prevention Durban http://www.thebody.com/pinf/wise_words/oct00/power.html#condom
- 32 MS Aceitabilidade do Condom Feminino em Diversos Contextos Sociais - Relatório Final da Pesquisa - MS - CN-DST/AIDS , Brasília, 1999
33. [Redesaude.Dossiê Mulher e AIDS](http://www.redesaude.org.br/jornal/html/dossie_mulher_e_aids.html)
http://www.redesaude.org.br/jornal/html/dossie_mulher_e_aids.html
- 34 Population Council. Horizon. Reproductive Health and Family Planing. The Female Condom in Zimbabwe. The interplay of research, advocacy, and government action
- 35 Gollub, E. The female condom: tool for women's empowerment. Am J Public Health. 2000 Sep;90(9):1377-81. Review
- 36 Cohen, M. Prevention of HIV Sexual Transmission. XIII International AIDS Conference. <http://www.medscape.com/medscape/HIV/ClinicalMgmt/CM.v18/public/index-CM.v18.html>
- 37 Van Damme L. Clinical research with topical microbicides as a potential HIV prevention method. AIDS Read. 2000 Sep;10(9):552-4.
- 38 ARAUJO, M.J. & DINIZ, C.S.G. O lugar do diafragma vaginal como método anticoncepcional no Brasil . Mimeo. Ed. COLETIVO FEMINISTA SEXUALIDADE SAÚDE, 1994.
- 39 Alliance for microbicides development. <http://www.microbicide.org/>
- 40 Darroch JE, Frost JJ. Fam Plann Perspect 1999 Jan-Feb;31(1):16-23. Women's interest in vaginal microbicides.
- 41 Taha TE, Hoover DR, Dallabetta GA, Kumwenda NI, Mtimavalye LA, Yang LP, Liomba GN, Broadhead RL, Chipangwi JD, Miotti PG. Bacterial vaginosis and disturbances of vaginal flora: association with increased acquisition of HIV. AIDS. 1998 Sep 10;12(13):1699-706.

- 42 Simoes, J A e cols. Human Immunodeficiency Virus Type 1 Stimulatory Activity by Gardnerella vaginalis: Relationship to Biotypes and Other Pathogenic Characteristics. J Infect Dis. 2001 Jul 1;184(1):22-7.
- 43 Blocker ME, Cohen MS Biologic approaches to the prevention of sexual transmission of human immunodeficiency virus. Infect Dis Clin North Am. 2000 Dec;14(4):983-99. Review.
- 44 Schwebke JR. Role of Vaginal Flora As a Barrier to HIV Acquisition. Curr Infect Dis Rep. 2001 Apr;3(2):152-155.45
- 45 Hashemi FB, Ghassemi M, Faro S, Aroutcheva A, Spear GT. Induction of human immunodeficiency virus type 1 expression by anaerobes associated with bacterial vaginosis. J Infect Dis. 2000 May;181(5):1574-80.
- 46 Weiss, E. and G. Rao Gupta. 1998. Bridging the Gap: Addressing Gender and Sexuality in HIV Prevention. Washington, DC: International Center for Research on Women.
- 47 McGregor JA, French JI. Bacterial vaginosis in pregnancy. Obstet Gynecol Surv. 2000 May;55(5 Suppl 1):S1-19. Review.
- 48 Martin HL, Richardson BA, Nyange PM, Lavreys L, Hillier SL, Chohan B, Mandaliya K, Ndinya-Achola JO, Bwayo J, Kreiss J Vaginal lactobacilli, microbial flora, and risk of human immunodeficiency virus type 1 and sexually transmitted disease acquisition. J Infect Dis. 1999 Dec;180(6):1863-8. Martin
- 49 Simoes JA, Hashemi FB, Aroutcheva AA, Heimler I, Spear GT, Shott S, Faro S. Human immunodeficiency virus type 1 stimulatory activity by Gardnerella vaginalis: relationship to biotypes and other pathogenic characteristics. J Infect Dis. 2001 Jul 1;184(1):22-7.
- 49 Schwebke JR. Bacterial vaginosis--more questions than answers. Genitourin Med. 1997 Oct;73(5):333-4.
- 50 Monif, G Bacterial Vaginosis: A New Perspective Infect Med 18(1):25-26, 2001.
- 51 Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST - COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST/AIDS - 3ª Edição - 1999.
- 52 Wincelous SJ, Calver G. Recurrent bacterial vaginosis--an old approach to a new problem. Int J STD AIDS. 1996 Jul;7(4):284-7.
- 53 Diniz, S. G. e Vilella, W. V. *Interface entre os Programas de Saúde reprodutiva e AIDS: o Caso Brasileiro*. In: Saúde, Políticas e desenvolvimento: Respostas Frente à AIDS no Brasil. Parker, R. e Galvão, J. (eds). Editora 34, São Paulo

- 54 CDC, DST/HIV Prevention Through Early Detection and Treatment of Other Sexually Transmitted Diseases -- United States Recommendations of the Advisory Committee for HIV and STD Prevention MMWR 47(RR12);1-24
- 55 Grinstejn, B Estudo da interação de AIDS/DST em mulheres infectadas pelo HIV e neuropatias associadas ao HTLV-1, citado pela redesaúde.
- 56 Owens, M. AIDS Survival Project. May 2001. Treatment News. So You Want to Have a Baby?. By Marcya G. Owens. The Body. <http://bbs.thebody.com/asp/may01/baby.html>
- 57 Fernandes, A M; e cols. Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro 16 (Sup.1) 103-112.2000
- 58 Vilella, W.V. Integrating HIV/AIDS prevention into women's health activities: preliminary results of a project developed in two family health units in São Paulo. Brazil. ThPeC5453. Citado no Reproductive Health Matters .Volume 8, Issue 16, November 2000
- 59 Vázquez, E. Research Findings from the Women's Interagency HIV Study. Positively Aware From Test Positive Aware Network. May/June 2001
- 60 Carballo-Diéguez, Alex HIV Center for Clinical and Behavioral Studies, Winter 2000 newsletter. <http://www.lifelube.org/research/HIV-Center-have-microbicides-arrived.html>
- 61 JAMA Women's Health. Sexually Transmitted Diseases Information Center, Guidelines for the treatment of sexually transmitted diseases. <http://www.ama-assn.org/special/std/treatment/guide/stdgd98/stdg98c.htm>
- 62 COLETIVO FEMINISTA SEXUALIDADE SAÚDE (CFSS). Seminário Maternidade em Tempos de AIDS (1997). Transcrição. CFSS, 97
- 63 Santow, G. Coitus interruptus in the twentieth century. Population and Development Review, Vol 19, No 4, 1993, pp 767-92.
- 64 CDC SAFE, A Serostatus Approach to Fighting the HIV/AIDS Epidemic. http://www.cdc.gov/nchstp/od/program_brief_2001/AIDS%20Epidemic.htm Safe
- 65 CFSS e Instituto de Saúde SES-SP. Seminário Ecologia Vaginal, junho 2001
- 66 Drapkin, L. Unethical To Exclude HIV Patients from Infertility Services. <http://www.infectioncontroltoday.com/hotnews/16h1810355.html>

- 67 Ayres e cols. Vulnerabilidade e cuidados às mulheres vivendo com HIV/Aids. Apresentação dos resultados, 27/07/01
- 68 CRT-DST/AIDS SES SP - PROJETO DE ASSISTÊNCIA À PESSOA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL NO ESTADO DE SÃO PAULO - Mimeo 2001
- 69 Pequegnat W, Stover E. AIDS 2000 Sep;14 Suppl 2:S1-7 Behavioral prevention is today's AIDS vaccine!
- 70 Gray RH e cols. Male circumcision and HIV acquisition and transmission: cohort studies in Rakai, Uganda. Rakai Project Team. AIDS. 2000 Oct 20;14(15):2371-81.
- 71 Camargo Jr. K. R Políticas Públicas e prevenção das DST/AIDS. In: Saúde, Políticas e desenvolvimento: Respostas Frente à AIDS no Brasil. Parker, R. e Galvão, J. (eds). Editora 34, São Paulo
72. Ehrhardt, A, Exner, T. Prevention of sexual risk behavior for HIV infection with women. AIDS. Volume 14 Suppl 2 Sept 2000.S 53-58.
73. PARKER, R. G. Corpos, Prazeres e Paixões - A cultura sexual no Brasil contemporâneo. São Paulo, Ed. Best Seller. 1991
74. Diniz, C S G. Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social. São Paulo. Dissertação de Mestrado - Faculdade de Medicina - USP, 1997.
75. CERES, GRUPO. Espelho de Vênus. Identidade Social e Sexual da Mulher. Rio de Janeiro. Brasiliense, 1981.
76. Abertura do Seminário Saúde das Populações mais Vulneráveis - Agosto 2001.
77. Vilella, W. V. Refletindo sobre a negociação sexual como estratégia de prevenção da AIDS entre mulheres. In Parker, R.; Barbosa, R. Quebrando o silêncio. ABIA/IMS. Relume-Dumará. Rio, 1996.

TRABALHOS DO III CONGRESSO DE PREVENÇÃO DAS DST/AIDS
CITADOS

MATERIAL EDUCATIVO

4. Hebling, E. M. ; Kit Educativo Colméia: uma Abordagem Preventiva para Mulheres - Centro de Controle e Investigação Imunológica Dr. A. C. Corsini, Campinas/SP

7. Martins, H. H. ; Jogos Educativos - Oficina do Futuro e Rádio Comunidade e Ser Mulher.
8. Alves, I. A. L. ; Preservativo Feminino; uma alternativa para a Mulher Moderna - Secretaria de Saúde de Quissamã
10. Nova, J. L. L.; A Gente da Vila pela Vida - Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde/UFRJ
12. Simões, J. A. ; Perguntas e Respostas Ilustradas: uma Proposta Educativa na Prevenção das DST - Unidade Estadual de Campinas
15. Reis, M. A. B.; Produção de Fita Educativa para Sensibilização das Gestantes no Pré-natal com relação à Realização do Teste anti-HIV: seu Filho Agradece - Unidade de Infectologia Hospital Dia Willian Rocha
17. Moreira, M. C. Z.; Kit Informação Educação e Comunicação para a Prevenção de DST/Aids - para Viver com amor sem Doença do Mundo, com o Rap do Tesão e o Axé da camisinha - Esc. Saúde Publ. Ceará/ Secr. Saúde Icapuí/ Univ. Johns Hopkins
18. Eluf, M. L.; Prevenção com Kit Saúde e Cidadania para Pré adolescentes - CEVAM - C. Vergueiro de Atenção à Mulher, Educ. Trein. e Des. Mat. Ed. Saúde Reprodutiva
19. Silva, P. F. G.; "Mulheres de Luta" "Comunidade na Luta Contra a Aids" - Gestão Comunitária: Instituto de Investigação e Ação Social

APRESENTAÇÃO ORAL

7. Fonseca, A. F.; Projetos de prevenção de Unidades Municipais de saúde - RJ: Panorama das Propostas Educativas - Secretaria Municipal de Saúde
8. Guarabyra, A. D.; Educação e Prevenção das DST/Aids: Mulheres, Filhos e Equipamentos Sociais - Centro de Controle e investigação Imunológica "Dr. A. C. Corsini"

23. Tourinho, D.; Sexo Seguro na Prisão: Por que não? (A Epidemia de Aids no Sistema Penitenciário da Bahia) - Isc/UFBA e Centro de Observação Penal - Secr. De Just. E Dir. humanos da Bahia
24. Merchán-Hamann, E.; Grau de Proteção e Motivações para não-uso de Preservativo em Adolescentes de Sobradinho, DF, 1999 - Departamento de Saúde Coletiva Universidade de Brasília.
25. Junior, E. L.; Orientação Sexual e Prevenção às DST/Aids entre Adolescentes e Jovens de Escolas de ensino Médio de Mossoró (RN) - Universidade Estadual do rio Grande do Norte
27. Franco, E.; Tecendo o Feminino em Tempos de Aids - Grupo de Incentivo à Vida Apoio da CN DST MS e GLAMS/INSP - México
33. Silva, Guida. Prevenção da transmissão vertical do HIV - Investimentos e resultados no Hospital Maternidade da Praça 15 - Secretaria Municipal de saúde
34. Mendelsohn, G.; Programa Musa - Prevenção às DST/Aids em rádio Comunitária - Centro de Estudos e Pesquisa da Leopoldina
35. Martins, H.; Programa de Rádio - Bloco Mulher Joven - Oficina do Futuro e rádio Comunidade e Ser Mulher
41. Marins, J. R. P.; Aids em Presídios - UNICAMP - DMPS - P. Grad. em Saúde Coletiva/Univ. da Califórnia SF-CAPS
42. Mendes, J. M.; Tratamento de DST nas Farmácias - Fundação Oswaldo cruz
43. Vermelho, L. L.; Mulheres com Aids: Desvendando Histórias de Risco
46. Matida, L. H.; A Influência da Prevenção na Redução da Transmissão Materno-Infantil do HIV - Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo (PEDST/Aids-SP)
50. Vieira, M. J. L. D.; Aids e Mulheres de Baixa Renda - Secretária Municipal de Desenvolvimento Social (SMDS)
52. Ferreira, M. P. S.; Opiniões sobre o uso da Camisinha entre Clientela que Procurou os CTA da Cidade do Rio de Janeiro - Secretária de estado de Saúde do rio de Janeiro/ Assessoria de DST/aids

55. Moreira, M. C. Z.; Saúde em Cena: uma Avaliação Qualitativa em Ações de Informação, Arte-Educação e Comunicação para a Promoção da Saúde Reprodutiva da Sexualidade e da Prevenção de DST/Aids - Esc. Saude Publ. Ceará/Secr. Saúde Icapui/Univ. Johns Hopkins
57. Freitas, M. I. F.; A Gestão do Segredo na Aids: Experiência de Casais - Escola de Enfermagem Universidade Federal de Minas Gerais
62. Miranda, M.; Gênero e Sexualidade no treinamento dos Profissionais de Saúde da Secretária Municipal de Saúde do Rio de Janeiro para a abordagem das DST/Aids em Mulheres - Gerência de Programas de Saúde da Mulher
66. Dias, P. R. T. P.; fatores de Risco para o Uso de Drogas e Infecção pelo HIV entre Estudantes do primeiro e Segundo Graus nas Escolas da Rede Pública no Rio de Janeiro - Universidade do estado do Rio de Janeiro
68. Nascimento, P.; Homens Pobres e Vulnerabilidade Masculina às DST e aids; um Estudo Exploratório - Papai e Fages - UFPE
71. Medeiros, R. P.; A Representação Simbólica dos Preservativos e as Alternativas para a Prevenção de DST/Aids nos Ambientes de Prostituição de Barcelona (Espanha) e Belo Horizonte (Brasil) - PUC - MG
72. Barbosa, RHS. Educação de Gênero em contextos de pobreza. Núcleo de estudos de saúde Coletiva - UFRJ.
73. Lacerda, R. M. V.; Preimeiros Resultados da Implantação do Protocolo 076 na Cidade de Santos - Programa Municipal de DST/Aids
75. Kreitchmann, R.; Prevenção da Transmissão Vertical no Centro Municipal de DST/Aids de Porto Alegre - RS - Programa Municipal de DST/AIDS de Porto Alegre
76. Pasoss, R. C.; Projeto Homem: participação, Saúde e Prevenção - Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil - Bemfam
78. Gomes, R. R. B.; ""Chá da Tarde""- Intervenção com a Comunidade do Projeto Mulher - Secretaria da saúde de São Vicente
79. Alves, R. N.; Fatores Psicossociais que Contribuíram para a Infecção em Mulheres com HIV no Paraná - Brasil - Unidade Estadual de Maringá

81. Souza, S. F. C.; O Papel do CTA na Prevenção da Transmissão Vertical do HIV – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – CTA Madureira UISHP
82. Bellucci, S. B.; Aids e Pobreza: Estratégia para Prevenção de Orfandade – Centro Corsini
83. Bellucci, S. B.; Mulheres com Parceria Fixa, Aconselhamento e Testagem: Reforço ao Uso do Preservativo – Centro Corsini
84. Alvarez, S. R.; Um Passo a Mais – Programa Municipal de DST/aids de Santo André
85. Bevilacqua, S. M. N. B.; Intervenções Breves com Profissionais do Sexo – Secretária Municipal da Saúde de Ribeirão Preto
87. Girianelli, V. R.; Determinantes da Sífilis Congênita – Unidade Integrada de Saúde Herculano Pinheiro (UISHP)
88. Pasini, V. L.; “...me Explica, me Ensina, me Diz: o que é ser Menina?” Hospital Nossa Senhora da Conceição

POSTER

1. Silva, A. C.; Análise Comparativa de Mulheres HIV/Aids na Periferia de São Paulo – Centro de Referência DST/aids Nossa Senhora do Ô
3. Costa, A. P. A.; Análise do Perfil da População com DST na Cidade de São Vicente – Secretaria da Saúde de São Vicente
6. Moraes, A. C. S.; Aconselhamento em DST/HIV/Aids para Adolescente e Casais no Centro de Saúde Cafezal – Belo Horizonte
8. Cordeiro, A. L. Z. C.; Projeto Mulher – Camisinha Feminina: experiência da distribuição no Município de São Vicente - Secretaria da Saúde de São Vicente
12. Tayra, A.; Avaliação da Qualidade do tratamento da Mãe na Prevenção das Sífilis Congênita – Programa Estadual de DST/AIDS
14. Giordani, A. T.; A violência, a Mulher Detenta e a Vulnerabilidade às DST/Aids – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Unidade de São Paulo

15. Garcia, A. S.; Gênero, Comunicação e Saúde nas Ondas do Rádio - Centro da Mulher de Salvador CEMS
 16. Nascimento, A. C. S. N.; Projeto de Prevenção às DST/Aids e Gravidez Precoce para Adolescente Profissionais do Sexo no Município de Presidente Prudente - Secretaria Municipal de Saúde de Presidente Prudente
 17. Medrado, B.; Prevenção de HIV/Aids com Homens Adolescentes e jovens junto ao Programa Papi, em Recife/ PE - Univ. Federal de Pernambuco
 18. Gonçalves, B.; Projeto de Sexualidade e Prevenção das DST/Aids na Comunidade de Heliópolis - São Paulo - Grupode Trabalho e Pesquisa em orientação Sexual
 21. Souza, C. C.; Auto-Tratamento de Condiloma Genital em Homens - Ambulatório Municipal de DST/aids da Prefeitura Municipal de Campinas SP
 22. Luppi, C. G.; Aconselhamento e Orientação para Prevenção de DST/Aids: Avaliação da Incorporação da Atividade na Coleta de Papanicolau - Centro de Saúde Escola Barra Funda FCM Santa Casa - SP
 23. Luppi, C. G.; Mulheres Infectadas pelo HIV 1 Atendidas em um Centro de Orientação e Aconselhamento DST/Aids o Subtipo do HIV 1 - Deptº Medicina Preventiva - FMUSP
 25. Carvalho, C. P. C.; Gênero, Saúde e Cidadania no Combate às DST/Aids no Subúrbio Ferroviário de Salvador - BA - Associação Moradores de Plataforma
 29. Guedes, C. L. T.; Consultoria às Escolas de I e II Graus das Comunidades Periféricas. Educação em Saúde: Anticoncepção e Prevenção das DST/Aids - Universidade Federal de Pelotas
 34. Silvia, C. M. F. P.; Produção dos CTA - Município do Rio de Janeiro - 1997 - Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública - DEMQS - CLAVES
- Almeida, C. F. B.; Doenças Sexualmente Transmissíveis no Núcleo Municipal DST/Aids - João Pessoa, Paraíba - Nordeste - Brasil - Núcleo Municipal DST/aids - João Pessoa

35. Almeida, C. Doenças Sexualmente transmissíveis no núcleo municipal de DST/Aids - Fidelis Ribeiro e prevenção das DST/Aids- João Pessoa - PB
40. Biondi, E. J.; Avaliação de Visita Íntima no Sistema Penitenciário do Rio de Janeiro - Superintendência de Saúde da Secretaria de Estado de Justiça
41. Biondi, E. J.; Perfil dos Internos Soropositivos para HIV-Aids em Relação ao Uso de Drogas no Sistema Penitenciário do Rio de Janeiro (DESIPE) - 1998 - Superintendência de saúde da Secretaria de estado de Justiça
43. Lutz, E.; Testagem anti-HIV no Pré-natal: Possibilidade de Tornar-se Exame de Rotina - Secretaria Municipal da Saúde de Gravataí
44. Pires, E. S.; Prevenção do Câncer do Colo Uterino em Pacientes HIV Positivas - Hospital Geral de Nova Iguaçu - Ministério da Saúde
45. Pires, S. P.; Uso de Condom por Parceiro de Mulheres HIV Positivas - Hospital Geral de Nova Iguaçu - Ministério da Saúde
46. Cavalcante, E. G. F.; Descrição Etiológica das Doenças Sexualmente Transmissíveis no Centro de Saúde Meireles Fortaleza - CE - Brasil
50. Marques, E. M.; Atendimento de Enfermagem em Ginecologia - CR-DST/AIDS Campos Elíseos
51. Osso, E. O.; Prevenção das DST/AIDS no Povo Indígena Suruí: Papel da Mulher na Mobilidade Social - MS-DST/AIDS - PACA - Proteção Ambiental Caco Alense
52. Neves, F. R. A. L.; Disponibilidade de Sorologia Anti-HIV como um Teste Voluntário na Rotina do Atendimento Pré-natal em Unidades Básicas de saúde do município de Ribeirão Preto - Secretaria Municipal da Saúde - Ribeirão Preto/SP
53. Lopes, F.; Prevenção às DST/Aids na penitenciária Feminina do Complexo Carandiru em São Paulo - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
55. Bezerra, F. S. M.; Análise Comportamental de Usuários Portadores de Doença Sexualmente Transmissíveis Atendidos no Centro de Saúde Meireles - Fortaleza-CE - Brasil - Centro de Saúde Meireles - fortaleza-CE

56. Farias, S. A. B.; Trabalhando as DST/Aids no Presídio Feminino de Fortaleza – Relato de Experiência – Secretaria de justiça do estado do ceará / Universidade de Fortaleza
62. Torres, H. D.; Mulher, Samba e Saúde – Uma iniciativa de prevenção às DST/aids – Universidade do Estado do Rio de Janeiro
64. Martins, H.; Violência com Homens que Fazem Sexo com Homens (“Projeto rio”): Incidência de Morte por Fatores Externos e a Violência Sexual no Início da Vida Sexual – Serviço de Epidemiologia, Centro de Pesquisa Hospital evandro Chagas FIOCRUZ
65. Rossani, H. M. L. C.; Programa de Prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids em Trabalhadores do Sexo Transmissível/aids de Campinas-SP - Ambulatório Municipal de DST/AIDS da Prefeitura Municipal de Campinas SP.
66. Guerriero, I.C. Z.; Prevenção de DST/Aids junto a Homens no Local de Trabalho – NEPAIDS/USP
67. Kassuga, I. H.; Jovens, Sexualidade e Escola: uma Proposta de Ação Participativa – Universidade Federal Fluminense
68. Marcelo, I. C. X.; Aids Também é Violência – SOS – Ação mulher Família
69. Magi, J. C.; Papilomavírus: Perfil Comportamental dos Pacientes para uma Prevenção Mais Eficaz – Centro de Referência DST/aids de Vila Prudente
70. Grandi, J. L.; Associação da Infecção por HIV, sífilis e Hepatite B – Centro de Referência e Treinamento DST/Aids – São Paulo
73. Ayres, J. R. Redução da Vulnerabilidade ao HIV/Aids na Escola: um Instrumento para o diagnóstico da situação e monitoramento da intervenção. FM-USP.
78. Sanches, K.; Aids e Mulheres Jovens: uma Questão de Vulnerabilidade – Universidade Federal do rio de Janeiro
81. Dionet, L. H.; Participa Puta!: Repensando as Estratégias de Preservação do HIV/Aids entre Mulheres Profissionais do Sexo – Grupo Apoio à Prevenção da Aids – GAPA/RP

82. Campos, L. M.; Modelo de Intervenção Junto a Profissionais do Sexo no Interior de Sergipe e na Orla de Aracaju - GAPA/Sergipe
83. Andrade, L. S.; Programa Local de Prevenção em DST/Aids: uma Experiência no rio de Janeiro - Organização Médicos sem Fronteiras/ Associação de Moradores da Pedreira
90. Cardoso, M. V. G.; Prevenção de DST e Aids em Comunidades Populares: Articulando Educação e Cidadania num Contexto de Vulnerabilidade Social - Grupo de Apoio à Prevenção à Aids - GAPA - Rio
91. Rodrigues, M. B.; Adolescentes: Realidade e Risco Frente às DST e HIV/Aids - Hospital Escola São Francisco de Assis/universidade Federal do rio de Janeiro
96. Boaretto, M. C. Campanha de Eliminação da Sífilis congênita no município do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de saúde do Rio de Janeiro.
98. Munhoz, M. L. A. M.; Projeto Amar, Preservar e Viver “uma Alternativa para a Trabalhadora do Sexo”- Ambulatório de Moléstias Infecto Contagiosas - SMS - Jundiaí
99. Rodríguez, M. D. M. P. E.; Redução da Transmissão Vertical - Programa Municipal DST/AIDS Itanhaém
100. Cavalcante, M. S.; Importância dos “Grupos de Investigação da Sífilis Congênita-Gisc”, na melhoria da Notificação da Sífilis Congênita em Fortaleza. - Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social de Fortaleza
101. Lima, M. S. V.; Agente em Ação nos Núcleos Comunitários de Prevenção das DST/Aids - A Experiência da associação de Mulheres do Morro dos Telégrafos e Complexos Grajau-Jacarepaguá e Lins - Centro de Desenvolvimento e Apoio a Programas de Saúde
102. Lopes, M. G.; A importância do Teste do HIV na Rotina do Pré-Natal do programa Mãe Curitibana - Secretária Municipal da Saúde de Curitiba/PR
103. Couto, M. H. C.; Avaliando o Acompanhamento do Serviço Social às Mulheres Vivendo com HIV/Aids - UERJ/ Hospital Universitário Pedro Ernesto - Serviço Social

106. Eluf, M. L.; Jornadas Universitárias em saúde Reprodutiva DST/Aids: em Faculdade de Comunicação Social – C. Vergueiro de Atenção à Mulher, EDUC. TREIN.E DES.MAT.ED. SAÚDE REP
107. Almeida, M. R. C. B.; Avaliação do CTA/COA Curitiba – 1998 – Secretaria Municipal de Curitiba
108. Alves, M. T. S. S. B.; Não Usar Camisinha: os Fatores de Risco para Mulheres em São Luís, MA – Gerência de Qualidade de Vida/ Departamento de Saúde Pública/UFMA
109. Alvarez, M. G.; Abordagem Sindrônica, uma Estratégia para o Atendimento Imediato às DST – Secretaria Municipal de Saúde – programa Municipal de DST/Aids
110. Galvão, M. T. G.; Uso do Preservativo entre Casais Portadores ou não do HIV – Universidade Estadual Paulista – UNESP
111. Ramos, M. C.; Perfil dos Pacientes Atendidos no Ambulatório de DST do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas de Porto Alegre –Infantil Presidente Vargas de Porto Alegre – RS
114. Bonfim, M. W. C. P.; Fantasias de Gravidez e Características Psicossociais de Mulheres no Binômio gestação/ HIV+ - PMPA/SMS
118. Chicrala, M.; Preservativo Feminino: Ampliando as Opções em Saúde Reprodutiva – ociedade Civil Bem Estar Familiar no Brasil.
119. Grimes, N. C.; Perfil Epidemiológico da Sífilis Congênita no Estado de Santa Catarina – Secretaria de Estado da Saúde – SC.
120. Silva, N. E. K.; Prevenção às DST/Aids na 3ª Idade – Prefeitura do Município de São Paulo – Centro de Referência DST/Aids Santana.
130. Júnior., R. C.; Teatro X Aids: Mudança de Cena – Instituto de Saúde e Desenvolvimento Social.
131. Nigro, R. C.; Apoio a Mulheres Portadoras do HIV Atendidas no CRT – AIDS em São Paulo – Nepaids – Núcleo de Estudos para Prevenção da Aids.
132. Medeiros, R. P.; A Construção Social da Aids, a Prostituição e o Uso dos Preservativos. A Problemática da Prevenção – PUC – MG.

134. Figueiredo, R. M. M. D.; Saúde Sexual e Reprodutiva e Prevenção às DST/Aids na Favela Monte Azul – NEPAIDS – Núcleo para a Prevenção da Aids – Depto. de Psicologia Social da Universidade de São Paulo.
137. Passos, R. C.; Projeto Mulher-Aids-Prevenção – Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil – BEMFAM.
139. Marinho, R. B. G.; Feminilização da Epidemia de Aids: uma Resposta Comunitária – Grupo de Apoio à Prevenção à Aids da Bahia.
140. Ferreira, R. R. S.; DST/Aids e Adolescência – Clínica Nossa Senhora da Conceição.
Secretaria de Estado da Educação de São Paulo; Prevenção Também se Ensina.
150. Santos, T. L.; Apoio a Mulheres Portadoras do HIV Atendidas no CRT Aids em São Paulo – Nepaids – Núcleo de Estudos para Prevenção da Aids.
151. Queiroz, T. R. B. S.; O Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) como Estratégia de Prevenção à Infecção pelo HIV – a Experiência do Ceará (Projetos HIV/DST – CECAD) – Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA) e Projeto HIV/DST – CECAD.
152. Saraceni, V.; Prevenção de Transmissão Vertical do HIV – Experiência do Município do Rio de Janeiro – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.
154. Girianelli, V. R.; Sífilis Congênita na UISHP em 1998 – Unidade Integrada de Saúde Herculano Pinheiro (UISHP)

ⁱ Os trabalhos do CBP serão referidos por categoria (material educativo, oral ou pôster, ME, O ou P) seguido da numeração de ordem no índice do congresso, reproduzida nas referências desse texto.

ⁱⁱ As Conferências do Cairo (População e Desenvolvimento, 1994) e Pequim (Mulher e Desenvolvimento, 1995) e sua preparação tiveram um papel central no desenvolvimento e na legitimação dos conceitos de saúde reprodutiva e sexual, criados no contexto da luta política das mulheres por direitos reprodutivos. Ainda que se constituam em grandes avanços com relação às concepções mais estreitas e biologicistas que freqüentemente orientam os serviços de saúde da mulher, ao nosso entender, não superam nem substituem, mas sim complementam, a noção mais ampla de integralidade da assistência.

ⁱⁱⁱ Há presentemente uma polêmica acalorada sobre a pertinência dos termos associados à integralidade da assistência à saúde, em oposição ao uso dos termos saúde sexual e reprodutiva. A discussão dos limites e alcances das duas alternativas conceituais, muito estimulante, tem sido trazida por várias autoras e não cabe nos limites deste trabalho, até porque subestimamos a incompatibilidade do uso de ambos, e faremos

referência a cada um deles quando parecer mais adequado. Para uma visão geral do debate entre os pólos conceituais da integralidade e da saúde reprodutiva, V. Corrêa (2001), citada acima.

^{iv} Ver o relatório de pesquisa: Schraiber LB, D' Oliveira AFPL (Brazil- Principal Investigators) O Brasil no estudo multipaíses sobre Saúde da Mulher e Violência Doméstica e sexual contra a mulher-, Preliminar data In Garcia-Moreno, C; Charlotte Watts (Multi country coordinators). The WHO Multicountry study on women's health and life events. World Health Organization, 2001.

^v Estudos mais recentes, como o de Rakai, apresentado na 13^a Conferência Internacional de AIDS, têm afirmado que a eficácia da transmissão mulher-homem e homem-mulher seriam praticamente iguais, mesmo com cargas virais mais baixas entre as mulheres (Quinn, TC e cols., 2000; Kiwanuka e cols, 2000). Esses dados contrariam as evidências anteriores, e ao nosso ver, precisamos de estudos de outros contextos culturais sobre soroconversão em casais discordantes para rever este dado de forma mais generalizada. Não encontramos, por exemplo, informações sobre relações extraconjugais desprotegidas entre os homens e mulheres desses estudos, o que naquele contexto, pode ser um possível confundidor. O que esses estudos trazem de mais interessante, ao nosso ver, é o papel protetor da circuncisão .

^{vi} Quatro trabalhos apresentados no III CBPDST/AIDS tratam de experiências com a introdução do método em diferentes contextos, em geral com resultados muito promissores. Um dos estudos chama a atenção de que 70% das mulheres acharam que o método aumentava a excitação sexual (P-118); outro colocava o método no contexto de uma abordagem hierárquica de escolhas contraceptivas e de proteção à infecção (P-131). Um dos trabalhos apresentava o desenvolvimento de material educativo específico para o método, dirigido para usuárias (ME-8)

^{vii} A experiência em São Paulo de treinamento de equipes do PSF no Coletivo Feminista mostrou a grande lacuna na área de saúde reprodutiva e sexual, que corresponde a uma parte desproporcional do trabalho das equipes, e segundo os profissionais, para a qual esses se sentem menos preparados. Chamamos a atenção de que, ao menos entre a clientela que treinamos, praticamente inexistem os gineco-obstetras, e mesmos esses não teriam treinamento para este tipo de trabalho com as mulheres. Sabemos por outras experiências – como é o caso das tentativas de introdução do diafragma vaginal - que o sucesso do uso dessas tecnologias dependem tanto da sensibilização para sua importância como do treinamento nas habilidades.

^{viii} Embora esta seja a afecção vaginal comum, em geral a mais freqüente na prática dos ambulatórios de saúde da mulher, até pouco tempo atrás a vaginose era considerada um problema menor, porque nem sempre dava sintomas, e não era necessariamente tratada; hoje sabe-se que esta condição deixa a vagina “desprotegida”, tanto para outras infecções transmitidas pelo sexo, doença inflamatória pélvica e inflamação do colo do útero, como também leva a muitos problemas na gravidez, sendo associada a abortamentos tardios e partos prematuros. Por estes motivos, hoje se acredita que a vaginose deve ser sempre tratada, em mulheres com ou sem o HIV, grávidas ou não, e o seu tratamento deve ser acompanhado com o monitoramento do retorno da flora normal e o controle das reinfecções, que são freqüentes (20). Como não se sabe ao certo a causa da VB, alguns autores não têm afirmado seu caráter sexualmente transmissível. Dada a presença na vagina de bactérias associadas à flora intestinal, especula-se sobre a contaminação anal, através de hábitos de higiene ou da relação anal seguida de penetração vaginal desprotegida. O tratamento do parceiro é polêmico, mas a maioria dos autores recomenda o tratamento simultâneo, pois ainda que o caráter sexualmente transmissível das vaginoses não seja claro, o tratamento do parceiro é associado a uma menor reinfecção (47;54). Outros estudos têm mostrado consistentemente que os mesmos fatores associados à VB estão associados às outras DSTs, donde recentemente se tem concluído que esta afecção deve ser sempre tratada como sendo sexualmente transmissível (50). O Manual de Controle de DSTs da CN-DST/AIDS não recomenda o tratamento e a notificação dos parceiros no casos de VB, apenas na tricomoníase. Nos trabalhos apresentados no III CBP, há uma diferença na classificação das DSTs e das afecções vaginais, havendo aqueles que classificam as atualmente chamadas VB como infecções pela G. vaginais (considerada atualmente como apenas um dos agentes da VB). Um dos trabalhos sobre o perfil da demanda de mulheres em uma clínica pública de DSTs encontrou uma prevalência de VB de nada menos que 71,1% em sua clientela (P-55). Os trabalhos descrevem ainda a alta prevalência de candidíase vaginal e de tricomoníase, ainda que menores que a prevalência da VB.

^{ix} Shirley Miranda, apresentação no Seminário sobre Ecologia Vaginal (CFSS/Isaúde, 2000). Esses tratamentos com múltiplos agentes constam do algoritmo do Manual de Controle de DSTs recomenda que na

ausência de microscópio, de teste das aminas e de fita de pH vaginal, na presença de corrimento vaginal deve-se “tratar candidíase, vaginose bacteriana e tricomoníase”. Esse documento propõe que o tratamento específico para tricomoníase e VB deveria ser usado apenas quando pode-se aferir o pH vaginal e esse for maior que 4,5, ou com teste de aminas positivo.

^x Alguns estudos têm apontado que a VB pode ser tratada de um modo muito simples, através de uma única lavagem vaginal com o peróxido de hidrogênio (a velha água oxigenada) a 3%, tendo ainda a vantagem de recuperar o pH vaginal na grande maioria dos casos (52). Essa abordagem mereceria uma experimentação mais séria na rede pública, talvez mesmo com um estudo multicêntrico, por sua simplicidade e custo-efetividade – desde, claro, que não negligencie o tratamento do parceiro.

^{xi} O documento acima cita ainda obstáculos como a irregularidade na disponibilização de medicamentos específicos como mais uma das causas de afastamento dos indivíduos com DST dos serviços de saúde, o que acontece por provisão insuficiente ou pelo uso desses para tratamento de outras enfermidades. Outro obstáculo é que para muitas das DST, as técnicas laboratoriais existentes não apresentam a sensibilidade e/ou a especificidade satisfatórias. Pouquíssimas unidades são capazes de oferecer resultados de testes conclusivos no momento da consulta, e ainda, são reduzidas as condições para a realização dos testes, com técnicos responsáveis freqüentemente desmotivados e/ou despreparados. (51)

^{xii} O materno-infantilismo seria uma abordagem da mulher apenas como uma cuidadora de crianças, também um pouco infantilizada e necessitada de tutela pelos serviços de saúde; termo usado também para designar a crítica à medicalização do corpo feminino e à ênfase dada às ações voltadas apenas ao período reprodutivo.

^{xiii} Nota metodológica: Para a escolha dos trabalhos, folheamos os anais do Congresso, inicialmente em busca da descrição do problema de cada resumo nos quais constasse a palavra mulher ou gênero; nessa segunda categoria foram incluídos também os trabalhos sobre gênero que abordavam homens e masculinidades. Foram incluídos também os trabalhos que lidavam com a população em geral, incluindo mulheres, como o trabalho em bairros pobres e com adolescentes, pois a finalidade era exatamente a de lidar com as dificuldades do trabalho com a mulher comum, aquela que não se identifica como estando exposta a qualquer risco especial. Por fim, incluímos também alguns dos trabalhos sobre grupos mais vulneráveis tais como usuários de drogas e suas parcerias, população encarcerada e trabalhadoras do sexo. Assim, os critérios para a escolha foram excessivamente subjetivos e abertos, priorizando a capacidade de diálogo do trabalho apresentado com o tema da consultoria. Nessa direção, incluímos até um trabalho sobre HSH, pois esse fazia referência à violência sexual, uma discussão relevante para a reflexão em pauta do uso dos ARV nesses casos. Desta forma, escolhemos 105 dos 270 resumos apresentados no III CBP. A rigor, uma aproximação mais aprofundada do material mereceria um trabalho com os textos finais dos trabalhos apresentados (se é que esses existem), pois muitos “prometem” resultados para a apresentação no III CBP, portanto não constam dos resumos, uma vez que esses foram enviados com meses de antecedência do evento. Muitos dos resumos estão evidentemente truncados (frases repetidas ou omitidas, por exemplo) e alguns deixam dúvidas importantes na sua compreensão. Parte desses problemas poderia ter sido resolvida através do contatos com os autores, o que estava fora dos limites desse trabalho. Porém esta garimpagem inicial, certamente limitada, já oferece um panorama geral das intervenções.

^{xiv} Aqui há um desafio tão espinhoso quanto urgente: o de superar a perversidade do modelo de mediação familiar com “cegueira de gênero”, tantas vezes associados ao que há de mais injusto para as mulheres, centrado na manutenção da família unida, às custas da saúde mental de adultos e crianças.

^{xv} A brochura “Aprendendo sobre AIDS e as doenças sexualmente transmissíveis - o livro da família” publicado pela CN, conta a estória de Graça e Francisco, que parece ser exemplar dos estereótipos masculino e feminino frente às DSTs. Eles namoram firme, transam sem proteção, e ela se pega com sintomas de coceira e corrimento, que quando se agravam, a levam ao serviço de saúde, que esclarece o caráter sexualmente transmissível da enfermidade e recomenda convocar o namorado, e sugere a testagem para sífilis e HIV. Ela procura Francisco, que se nega a ir ao serviço ou a reconhecer que possa ser responsável pelos sintomas da parceira, e os dois rompem o namoro. Ela faz o tratamento direitinho. Ele procura “uma garota da sua rua com quem transa de vez em quando”, e outras, de forma a ficar cada vez mais exposto e finalmente apresenta

sintomas e vai se tratar na farmácia. Cada vez pior da IST, termina em um médico “meio rude”. O final é feliz, com a redenção de Francisco de sua onipotência invulnerável, pois o médico o trata, orienta o uso da camisinha e sugere a testagem para sífilis e HIV. Depois de tratado e testado negativo, Francisco volta a namorar com Graça. Assim é na ficção, mas como na prática essas situações ocorrem?