

D O S S I Ê

MULHERES COM HIV/AIDS

elementos para a construção de
direitos e qualidade de vida

INSTITUTO
PATRÍCIA
GALVÃO

Comunicação e Mídia

apoio:



Realização

Instituto Patrícia Galvão – Comunicação e Mídia

Coordenação editorial

Jacira Melo

Pesquisa e redação

Wilza Villela

Médica, doutora em Medicina Preventiva, integrante de Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; e-mail: wilzavi@isaude.sp.gov.br

Marisa Sanematsu

Jornalista e mestre em Ciências da Comunicação pela Universidade de São Paulo. Atualmente trabalha como editora de publicações e sites de organizações de mulheres; e-mail: marisays@uol.com.br

Edição

Marisa Sanematsu

Arte

Paulo Batista

Apoio

UNIFEM (Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher)

Instituto Patrícia Galvão – Comunicação e Mídia

Rua Desemb. Eliseu Guilherme, 31 / 126

04004-030 – São Paulo / SP

fone/fax: (11) 3889.7928

e-mail: ipgalvao@uol.com.br

<http://www.patriciagalvao.org.br>

Dezembro de 2003

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO	4
INTRODUÇÃO	5
I. TENDÊNCIAS DA EPIDEMIA NO BRASIL	6
Feminização, pauperização e interiorização	6
Mortalidade por AIDS cai menos entre mulheres	7
A vulnerabilidade das mulheres ao HIV	8
Uso do preservativo ainda é pequeno	9
II. QUEM SÃO AS MULHERES QUE VIVEM COM HIV/AIDS?	11
Um perfil das mulheres com HIV/AIDS em São Paulo	11
Um retrato das mulheres com HIV/AIDS no Brasil	11
III. TRATAMENTO E QUALIDADE DE VIDA DA MULHER COM HIV/AIDS	13
Aprendendo a viver com o HIV	13
Iniciando o tratamento	14
A composição do “coquetel”	15
Mantendo o tratamento	16
Diferenças entre homens e mulheres na resposta à TARV	17
IV. O HIV NO CORPO E NA VIDA DAS MULHERES	18
Saúde sexual e reprodutiva das mulheres com HIV	18
V. A RESPONSABILIDADE DOS GOVERNOS E DA SOCIEDADE	24
Ações para o enfrentamento da epidemia entre mulheres	24
VI. O DIREITO A TRATAMENTO ADEQUADO	26
ANEXOS	28
Relembrando: como age o HIV	28
Mais informações sobre o HIV/AIDS	31
Sites de ONGs/AIDS e outras ONGs no Brasil	32
Referências bibliográficas	34

Este dossiê busca contribuir para a redução de uma importante lacuna identificada nos campos da pesquisa, ativismo e políticas públicas da AIDS: a discussão sobre a qualidade de vida das mulheres vivendo com HIV.

Desde o início da década de 90, quando ficou evidente que a epidemia do HIV/AIDS não era um problema de saúde restrito aos homens, muitos esforços foram desenvolvidos visando prevenir a infecção entre mulheres e o nascimento de crianças com HIV. Estes esforços têm contribuído para reforçar a constatação de que a epidemia do HIV é marcada pelo gênero – modo como as sociedades organizam as relações sociais e sexuais entre/de homens e mulheres.

A concepção de “feminilidade” associada à submissão sexual das mulheres aos homens, em suas múltiplas manifestações, tem sido exaustivamente apontada como um dos obstáculos para as mulheres se prevenirem do HIV. Mais recentemente também tem sido discutido como as marcas do gênero impõem barreiras não apenas para a prevenção, mas também trazem dificuldades específicas no viver com HIV.

Devido ao fato de que, por muitos anos, a AIDS foi vista como um problema de homens, as mulheres com HIV, em menor número e menos organizadas politicamente, não eram objeto de preocupação. Até hoje muitos profissionais de saúde ainda relutam em pedir a testagem anti-HIV para as suas pacientes, dificultando que as que vivem com HIV/AIDS tenham acesso mais rápido ao tratamento, condição importante para seu êxito.

A sobrecarga de trabalho com que a maioria das mulheres convive, em especial as que têm HIV – pois devem cuidar de si e também de outro/s, aliada à sua freqüente condição de pobreza, discriminação, isolamento social e falta de co-

nhecimento e acesso a serviços, tem sido apontada como uma importante razão para a maior taxa de mortalidade das mulheres com AIDS em relação aos homens, em diferentes partes do mundo.

A produção e a circulação de informações que abordam especificamente o impacto do HIV no corpo e na vida das mulheres são limitadas

Ao mesmo tempo, e pelas mesmas razões, a produção e a circulação de informações que abordam especificamente o impacto do HIV no corpo e na vida das mulheres são também limitadas. Isto dificulta a elaboração de pautas terapêuticas e rotinas do cotidiano que levem em conta as particularidades de ser mulher com HIV. Ademais, reduz a possibilidade de elaboração de uma agenda própria de discussão e reivindicações que articule as demandas de saúde das mulheres em geral com as demandas específicas das pessoas vivendo com HIV.

Visando contribuir para que as mulheres com HIV cada vez mais assumam o protagonismo na construção de suas vidas, com qualidade e prazer, este dossiê tem como objetivos:

- organizar e difundir algumas informações a respeito do impacto do HIV no corpo e na vida das mulheres;
- compartilhar com um conjunto maior de mulheres, ativistas, gestores/as de políticas públicas e profissionais de saúde e de mídia algumas das particularidades de ser mulher e viver com HIV.

INTRODUÇÃO

A epidemia de HIV/AIDS é marcada pela desigualdade nas relações socioculturais estabelecidas entre os sexos e pela freqüente violação dos direitos das mulheres

A falta de autonomia financeira e emocional, dificuldades para negociar o uso do preservativo, relações sexuais forçadas, comércio sexual e outras formas de submissão permeiam o aumento da epidemia entre mulheres. Atualmente, das 42 milhões de pessoas que vivem com HIV/AIDS no mundo, 50% são mulheres.

No Brasil, existe um caso de AIDS em mulher para cada 1,7 caso em homem. Na faixa etária de 13 a 19 anos, a epidemia de AIDS já é maior entre as meninas, principalmente em função de o início de sua vida sexual dar-se em geral com homens mais velhos e conseqüentemente mais expostos aos riscos de contaminação por doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), em especial a AIDS. Não se podem também descartar a hipótese de violência em alguns casos, a falta de informações efetivas sobre como se prevenir e o desequilíbrio de poder para negociar a prevenção.

Embora o acesso livre e gratuito à terapia anti-retroviral (TARV) tenha reduzido significativamente a mortalidade por AIDS no Brasil, esta redução foi mais acentuada entre os homens do que para as mulheres. Entre os principais motivos para essa sobremortalidade das mulheres estão a falta de percepção do risco para o HIV e o atraso no diagnóstico e, conseqüentemente, a demora no início do tratamento, além do pouco cuidado consigo mesma e a não-prevenção ao risco da reinfecção.

O enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS entre as mulheres exige políticas específicas, que garantam a elas condições para o exercício autônomo de sua sexualidade, para que possam se proteger do HIV, e que assegurem a qualidade de vida das mulheres que já têm o vírus.

Conhecer alguns dos efeitos do HIV sobre sua saúde e suas vidas é, portanto, condição para que as mulheres possam construir positivamente seu cotidiano individual e coletivo, pessoal e político.

I. TENDÊNCIAS DA EPIDEMIA NO BRASIL

A AIDS no Brasil vem atingindo cada vez mais as mulheres, com um crescimento persistente nas faixas etárias de 35 anos ou mais

Até dezembro de 2002, o Ministério da Saúde registrava 257.780 casos de AIDS no Brasil, sendo 185.061 em homens e 72.719 em mulheres. As faixas etárias entre 20 a 49 anos concentravam 84% dos casos de AIDS registrados em mulheres de 1983 a 2002.

Uma pessoa infectada pelo HIV pode demorar de 8 a 10 anos para começar a desenvolver os sintomas da AIDS. Só então ela é notificada como um novo caso e incluída nos registros mantidos pelo Ministério da Saúde.

Estima-se que existam 597 mil pessoas entre 15 e 49 anos infectadas pelo HIV (0,65% do total da população). Embora 30% dos/as brasileiros/as já tenham feito o teste anti-HIV, calcula-se que cerca de 300 mil a 400 mil pessoas tenham o vírus e ainda não estejam diagnosticadas. Tudo indica que uma importante parcela dessa população sem diagnóstico é composta por mulheres.

FEMINIZAÇÃO, PAUPERIZAÇÃO E INTERIORIZAÇÃO

A AIDS no Brasil vem atingindo cada vez mais as mulheres, com um crescimento persistente nas faixas etárias de 35 anos ou mais (tabela 1). Vem aumentando também a notificação de casos de pessoas com 7 anos de estudo ou menos, e mais da metade dos municípios brasileiros, mesmo os menores e mais distantes, apresentam ao menos um caso de AIDS notificado. Isto traz como desafios a necessidade de uma incorporação cada vez maior das ações de prevenção e assistência ao HIV/AIDS no âmbito dos serviços e atividades de atenção à saúde das mulheres e a urgência na

elaboração de políticas intersetoriais adequadas ao enfrentamento do binômio AIDS/pobreza.

Tabela 1 – Casos de AIDS, segundo o sexo, faixa etária e ano de diagnóstico
Brasil, 1991 e 2001

Faixa etária (anos)	Mulheres			Homens		
	1991 nº	2001 nº	evolução %	1991 nº	2001 nº	evolução %
13 a 24	445	1.148	+158	1.609	1.056	-34
25 a 34	834	3.052	+266	4.271	5.153	+21
35 a 49	481	2.689	+459	2.912	5.620	+93
mais de 50	117	780	+567	639	1.265	+98

Fonte: Ministério da Saúde/Revista *Época*, 2003.

As relações sexuais respondem por 58% dos casos de AIDS entre homens e por 86% dos casos entre mulheres

Como forma de contaminação, as relações sexuais respondem por 58% dos casos de AIDS entre homens e por 86% dos casos entre mulheres. Desde 1993, a relação heterossexual passou a ser a principal modalidade de exposição ao HIV, superando as relações homossexuais e bissexuais. A transmissão pelo uso de drogas injetáveis vem decrescendo ao longo dos últimos dez anos, após ter atingido o seu pico no início da década de 90 em ambos os sexos.

Isto significa que as estratégias de prevenção devem incidir principalmente sobre os contextos de encontro sexual entre homens e mulheres, ten-

do em conta que na maior parte das vezes este é constituído tanto pela assimetria de poder quanto pelas expectativas românticas que caracterizam as relações de gênero.

A cor da epidemia no Brasil

Se o nível de escolaridade aponta para a pauperização da epidemia, esta tendência pode ser entendida também como “enegrecimento”, pois no Brasil a pobreza tem cor: é negra.

Dados do Censo Demográfico do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) mostram que a taxa de analfabetismo entre pessoas acima de 15 anos é maior entre os negros (18,2%) do que entre os brancos (7,7%). Em relação à renda, em 1999, a média entre os brancos era de 5,25 salários mínimos e entre os negros era de 2,5 salários mínimos. A PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) do IBGE mostrava que, em 2001, entre as pessoas consideradas pobres no Brasil, a proporção de homens brancos era de 22,4%; a de mulheres brancas, também 22,4%; a de homens negros, 46,3%; e a de mulheres negras, 47,2%.

Assim, ao se apontar a pauperização da epidemia se está apontando para o avanço da AIDS entre os negros, o que as pesquisas sobre o impacto das desigualdades raciais no perfil das pessoas com HIV começam a confirmar.

Em levantamento realizado em São Paulo, por exemplo, já se observou um aumento no número de negros matriculados no Centro de Referência e Tratamento em DST/AIDS e no percentual de óbitos registrados no período de 1980 a 2001. Em outro trabalho, a cor foi identificada como o principal fator discriminatório para mulheres que viviam com HIV no Rio de Janeiro e eram atendidas nos hospitais universitários Pedro Ernesto, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, e Gaffrée e Guinle, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Pesquisa realizada em São Paulo mostrou que as mulheres negras estavam menos conscientes sobre sua situação de soropositividade e

sobre as formas de enfrentar as conseqüências adversas dela decorrentes, encontrando também mais dificuldade para lidar com problemas de acesso e qualidade no atendimento.

Como afirma a médica Jurema Werneck, da organização não-governamental Criola, em seu artigo sobre a vulnerabilidade da população negra, “a luta contra o racismo é a ‘terapia anti-retroviral’ que precisamos, porque ele está determinando quem vai ou não poder viver”.

MORTALIDADE POR AIDS CAI MENOS ENTRE MULHERES

A AIDS é a quarta causa de óbito de mulheres de 10 a 49 anos no Brasil e a primeira causa entre as doenças infecciosas.

Em pesquisa realizada pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, com base

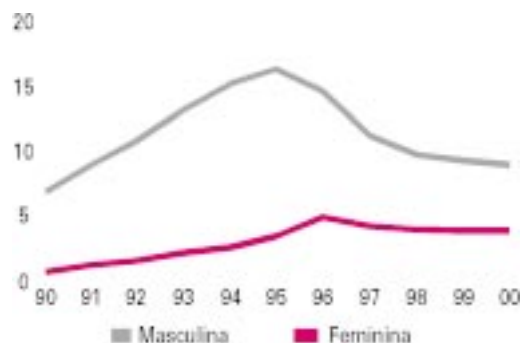
A AIDS é a quarta causa de óbito de mulheres de 10 a 49 anos no Brasil e a primeira causa entre as doenças infecciosas

nacional, para 35% dos casos estudados de óbitos por AIDS em mulheres de 10 a 49 anos, o intervalo de tempo entre o diagnóstico e a morte foi menor do que 12 meses e, na maioria dos casos, foi constatada a associação tuberculose/AIDS.

Em vinte anos de epidemia, a queda da mortalidade por AIDS é da ordem de 50%. No entanto, esse índice é menor para as mulheres (gráfico 1).

Estes dados mostram que, apesar das conquistas do Programa Nacional de DST/AIDS no âmbito do acesso ao tratamento, o diagnóstico precoce, que possibilita o tratamento e aumenta suas chances de êxito, ainda é um problema no país, em especial para as mulheres.

Gráfico 1 – Mortalidade por AIDS, segundo o sexo e ano de notificação (por 100 mil habitantes) Brasil, 1990 a 2000



Fonte: Ministério da Saúde/CN-DST/AIDS. “O Perfil da AIDS no Brasil e Metas de Governo para o Controle da Epidemia”, 2003.

Razões para a sobremortalidade de mulheres

Segundo dados da Vigilância Epidemiológica, a mortalidade atribuída à infecção pelo HIV/AIDS em São Paulo apresentou uma queda de 30% entre 1997 e 1998, o que foi atribuído à política de distribuição gratuita de medicamentos anti-retrovirais (conhecidos popularmente como “coquetel”, a terapia combinada de dois ou mais remédios) nos serviços públicos de saúde. Foi observado, no entanto, que a redução da mortalidade entre as mulheres foi significativamente menor, de apenas 20%.

Entre as razões apontadas para essa diferença (sobremortalidade feminina) estão as dificuldades com o autocuidado e o menor acesso delas aos serviços de saúde e aos remédios (em virtude, dentre outros fatores, do diagnóstico tardio). Outro motivo seria o agravamento de sua condição de saúde em decorrência de uma possível reinfecção pelo HIV. Se uma pessoa com HIV contrair outro subtipo do vírus, ela pode ver limitadas suas opções de tratamento (se esse vírus for resistente ao tratamento usado) e ter um aumento de sua carga viral, com a conseqüente piora em seu estado de saúde.

A VULNERABILIDADE DAS MULHERES AO HIV

A vulnerabilidade é um conceito cunhado para facilitar a implementação de estratégias de prevenção e cuidados frente ao HIV. Esse conceito inclui aspectos individuais, como os biológicos e comportamentais, aspectos sociais, como a definição e implementação de políticas públicas para grupos populacionais específicos e sob maiores riscos sociais, e aspectos culturais, como as normas que regulam as relações de poder na sociedade.

Do ponto de vista biológico, o risco de infecção durante relações sexuais desprotegidas é duas a quatro vezes maior para as mulheres do que para os homens. As mulheres são particularmente vulneráveis à contaminação pelo HIV nas relações heterossexuais devido à maior área de exposição da mucosa vaginal aos fluidos seminais, à maior quantidade de fluidos que são transferidos do homem para a mulher do que vice-versa, à maior quantidade de vírus contido nos fluidos sexuais masculinos e às microfissuras que ocorrem no tecido vaginal ou retal no ato da penetração sexual. Esses fatores biológicos, aliados a situações freqüentemente vivenciadas pelas mulheres, como o sexo não-consensual, as relações sexuais desprotegidas por falta de poder de negociação do preservativo e os comportamentos de risco adotados por seus parceiros, contribuem para aumentar a vulnerabilidade das mulheres ao HIV.

Do ponto de vista biológico, o risco de infecção durante relações sexuais desprotegidas é duas a quatro vezes maior para as mulheres do que para os homens

Problemas de saúde sexual das mulheres ou dos seus parceiros, como as doenças sexualmente transmitidas (muitas das quais assintomáticas em mulheres), também facilitam a infecção, do mesmo modo que uma carga viral alta – quanto maior

a carga viral, número de partículas de HIV no sangue, maior o risco de transmitir o vírus. Isto sugere mais uma vez a importância das estratégias de saúde sexual para homens e mulheres, com ênfase no diagnóstico precoce e tratamento das DSTs, visando a redução do risco para as mulheres.

Menor escolaridade, maior vulnerabilidade

Ao se analisar a distribuição dos casos de AIDS entre mulheres segundo o nível de escolaridade (tabela 2), constata-se que quanto menos anos de estudo, maiores as chances de contaminação. Dos casos notificados em mulheres com 19 anos ou mais em 2002, 57% eram de mulheres com, no máximo, 7 anos de estudo.

Tabela 2 – Casos de AIDS em mulheres com 19 anos ou mais, segundo escolaridade e ano de diagnóstico
Brasil, 1983 a 2002*

Escolaridade (anos)	1983-1990		2002		Total 1983-2002	
	nº	%	nº	%	nº	%
Nenhuma	84	3,0	165	5,0	3.440	5,1
1 a 3	819	28,9	657	19,8	20.446	30,4
4 a 7	450	15,9	1.069	32,2	16.725	24,9
8 a 11	292	10,3	620	18,7	8.784	13,1
12 e mais	187	6,6	158	4,8	2.783	4,1
Ignorada	1.003	35,4	648	19,5	15.094	22,4
Total	2.835	4,2	3.317	4,9	67.272	100,0

* Dados preliminares até 31/12/02, sujeitos a revisão.

Fonte: Ministério da Saúde/CN-DST/AIDS, *Boletim Epidemiológico – AIDS*, 2002.

Risco para as meninas é ainda maior

Dados do Ministério da Saúde apontam que na faixa etária de 13 a 19 anos a epidemia de AIDS já é maior entre as mulheres. Na avaliação do Ministério, esse aumento se explica pelo início precoce da atividade sexual das meninas, normalmente com homens com maior experiência sexual e mais expostos aos riscos de contaminação por DSTs e pela AIDS. É importante considerar que, para um caso de AIDS em me-

nina nessa faixa etária ser notificado, deve-se presumir que a contaminação por relação sexual ocorreu quando ela tinha, no máximo, entre 10 a 14 anos. Deve-se lembrar, porém, que, no Brasil, sexo com menor de 14 anos é crime, o que raramente é investigado.

Se, do ponto de vista biológico, o risco de infecção durante relações sexuais desprotegidas é duas a quatro vezes maior para as mulheres do que para os homens, para as meninas este risco é ainda maior, pois seus órgãos sexuais, ainda em fase de amadurecimento, estão mais sujeitos a ferimentos, facilitando a infecção.

A vulnerabilidade biológica das mulheres só se torna importante, de fato, em função da sua vulnerabilidade social

No entanto, como já tem sido exaustivamente frisado, a vulnerabilidade biológica das mulheres só se torna importante, de fato, em função da sua vulnerabilidade social. Dificuldades de negociação do preservativo, baixa percepção de risco, dependência econômica e emocional do parceiro, usar ou ter parceiro usuário de drogas injetáveis, comercialização do sexo e violência, dentre outros, são fatores que facilitam a exposição das mulheres ao HIV.

USO DO PRESERVATIVO AINDA É PEQUENO

Preservativo masculino: consumo aumenta, mas taxa de uso é pequena

O uso da camisinha aumentou mais de 15 vezes nos últimos 10 anos. Atualmente, são consumidos quase 700 milhões de preservativos ao ano no país. No entanto, a taxa de uso consistente do preservativo é de 58% entre pessoas com parceiros eventuais e de 11% entre as que têm parceria fixa; já a taxa de uso do preservativo entre jovens na primeira relação sexual ainda é de apenas 55%.

Pesquisa divulgada em outubro de 2003 pelo

Ministério da Saúde relacionava os seguintes motivos para o não-uso do preservativo:

- 53% das pessoas que não usaram preservativo com parceiro fixo declararam que não o fizeram por ter confiança no parceiro/esposo ou então por ser casado/ter parceiro fixo;
- 11% declararam não ter usado preservativo com parceiro fixo na última relação, pois usam algum outro tipo de método anticoncepcional (vasectomia, laqueadura ou pílula);
- 5% relataram não ter usado porque não gostam.

Mulheres com HIV têm dificuldade em convencer os parceiros

Pesquisa realizada em 1997 com 150 mulheres com HIV atendidas em uma clínica de referência para o tratamento de DST/AIDS em São Paulo apontou a dificuldade que elas têm de convencer os parceiros a usar o preservativo. Entre as 63 mulheres com atividade sexual (42% do total, pois um terço estava viúva e apenas 15% das solteiras tinham namorado fixo), 26 (ou 41%) não usavam camisinha nas relações sexuais ou apresentavam uso inconsistente (tabela 3). Segundo a pesquisa, os motivos alegados pelos parceiros para a recusa eram: não gostar de usar o preservativo ou preferir entregar-se e compartilhar o destino delas “por amor” ou pelo “gozo solto”.

O estudo revelou também que o fato de os parceiros estarem ou não com o HIV afeta de forma significativa a decisão de não usar o preservativo, o que evidencia mais uma vez as dificuldades das mulheres em praticarem o sexo seguro. É importante lembrar que, para quem tem o vírus, uma relação desprotegida traz o risco da reinfeção, isto é, de contrair um vírus resistente ao tratamento em curso, com conseqüente aumento da carga viral e piora no estado de saúde.

Preservativo feminino: considerado importante, mas pouco usado

O uso correto do preservativo feminino pode reduzir em mais de 90% o risco de contrair o HIV. Existe no Brasil um programa de distribuição de preservativo feminino para mulheres com risco maior de contrair ou transmitir o HIV, como profissionais do sexo, usuárias de drogas injetáveis ou parceiras de usuários, mulheres com HIV ou parceiras de homens com HIV, além de mulheres com DSTs.

A avaliação desse programa mostrou uma aceitação de 54% a 70% do preservativo feminino que, segundo as usuárias, é considerado “instrumento importante para a autonomia da mulher na prevenção das DST/AIDS e também da gravidez”. No entanto, o número de mulheres que adota o preservativo feminino regularmente, em todas as suas relações sexuais, é bem pequeno.

Tabela 3 – Uso de preservativo x status sorológico do parceiro

	HIV positivo	HIV negativo	HIV desconhecido	Total
Usa sempre (58,7%)	11	21	5	37
Não usa ou uso inconsistente (41,3%)	14	6	6	26
Total (100%)	25	27	11	63

Fonte: Paiva *et al.*, “*A Vulnerabilidade das Mulheres ao HIV É Maior por Causa dos Condicionantes de Gênero?*”, 1998.

II. QUEM SÃO AS MULHERES QUE VIVEM COM HIV/AIDS?

Duas pesquisas recentes mostram que grande parte das mulheres com HIV/AIDS tem entre 20 a 40 anos, estudou até, no máximo, o 1º grau e ganha menos de R\$ 200 por mês

UM PERFIL DAS MULHERES COM HIV/AIDS EM SÃO PAULO

Em pesquisa realizada nos anos de 1999 e 2000 em três Centros de Referência de DST/AIDS nas cidades de São Paulo e Santos (Paiva *et al.*, 2002), foram entrevistadas 1.068 mulheres vivendo com HIV/AIDS. O objetivo do estudo foi descrever aspectos da vida sexual e reprodutiva dessas mulheres.

A média de idade das entrevistadas era de 36 anos, variando entre 18 e 67 anos. Metade declarou renda abaixo de R\$ 200. Apenas 30% tinham emprego fixo. Metade delas cursou até a 8ª série. Perguntadas, 49% declararam ser brancas, 11% negras e 40% morenas, mestiças ou pardas.

O HIV, a mulher e o parceiro

Das mulheres na faixa entre 18 a 24 anos, 20% não sabiam como haviam se infectado. A maioria declarava que havia sido infectada pelo parceiro fixo (772 mulheres, entre as quais 240 por parceiros que usavam drogas injetáveis).

Quase dois terços das entrevistadas declararam que jamais pensaram que poderiam estar infectadas. Apenas 23% tomaram a iniciativa de fazer o teste, sendo que a maioria foi diagnosticada só quando adoeceu ou por causa da doença do parceiro.

Do total de entrevistadas, 24% indicaram que seu parceiro era HIV negativo e a mesma proporção (24%) declarou que o parceiro era HIV positivo. Cerca de 8% desconheciam o resultado do teste do parceiro, a maioria porque ele se recusou a fazê-lo. As demais não tinham parceiros sexuais no momento da pesquisa. Das entrevistadas, 20% ficaram viúvas porque o marido havia morrido de AIDS.

Vida sexual

Das mulheres com parceiro sexual estável, 63% usavam camisinha em todas as relações sexuais, o triplo da média nacional; 43% dos parceiros eram HIV negativos e 14% tinham sorologia desconhecida; 73% das mulheres tinham filhos e 15% pensavam em tê-los.

Algumas mulheres indicaram que sua vida sexual havia melhorado (8%) depois do diagnóstico, para 24% delas ficou igual, para 28% ficou diferente, e para 26% havia piorado.

Das que tinham parceiro também portador do HIV, 59% sempre usavam camisinha. Esta porcentagem aumentava para 64% quando a mulher não conhecia a sorologia do parceiro atual e para 79% quando sabia que o parceiro era HIV negativo.

Das 719 mulheres que responderam por que usavam ou não o preservativo, um terço delas usava a camisinha pensando em reinfecção, e a maioria indicou como razão para usar o preservativo a proteção do parceiro.

A maioria das mulheres que não usava o preservativo consistentemente afirmou que “o parceiro não gostava de usar” (61%), ou que “ela não gostava também” (17%). Muitas entrevistadas alegaram esquecimento (12%).

UM RETRATO DAS MULHERES COM HIV/AIDS NO BRASIL

Em 2001 foi realizada uma pesquisa, no âmbito do Projeto Cidadã PositHIVa, com mulheres com HIV/AIDS que eram usuárias de serviços públicos de saúde em diversas cidades do país. Foram entrevistadas 354 mulheres, a maior parte

na faixa de 20 a 40 anos, sem parceiro fixo (68%), com renda mensal de R\$ 100 a 200 (60%) e escolaridade até o primeiro grau (65%).

Das entrevistadas, cerca de 70% tinham entre um a três filhos; destas, 54 declararam ter filhos com HIV, enquanto 34 desconheciam o status sorológico deles.

Ela, o parceiro e a camisinha

Do total de entrevistadas, 70% declararam ter usado o preservativo masculino na última relação sexual com penetração; 54% afirmaram que sabiam negociar bem o uso do preservativo; 57% disseram sentir prazer nas relações sexuais e 55% declararam que sua vida sexual terminou ou piorou após o diagnóstico.

Das entrevistadas, 21% acreditavam que o parceiro já havia tido relações sexuais com homens

e 19% declararam que seu parceiro era usuário de drogas injetáveis (na região Sul, este índice subia para 57%).

Acesso a tratamento

Em relação à oferta de tratamento e qualidade de atendimento, 19% afirmaram que o atendimento médico recebido era ruim; 25% não recebiam qualquer tipo de atendimento psicológico, 40% não tinham acesso a assistência odontológica e 53% não recebiam atendimento em nutrição.

Cerca de um terço (32%) conhecia os programas governamentais voltados para mulheres com HIV, 51% conheciam grupos de mulheres vivendo com HIV e 76% afirmaram estar dispostas a formar/participar de um grupo de apoio a mulheres com HIV/AIDS.

III. TRATAMENTO E QUALIDADE DE VIDA DA MULHER COM HIV/AIDS

Mulheres cujas infecções pelo HIV são detectadas precocemente e que recebem tratamento adequado têm sobrevida tão longa como a dos homens infectados

APRENDENDO A VIVER COM O HIV

Para informações sobre como age o HIV, veja a seção “Relembrando”, no Anexo (pág. 28).

Recebendo o diagnóstico

No Brasil, a maior parte das mulheres descobre que tem HIV na rotina do pré-natal ou quando do aparecimento de doença oportunista, sua ou do parceiro, situações em que a mulher já está fragilizada. Esta fragilidade é ainda muitas vezes agravada pela suspeita da infidelidade do parceiro e pela dor e insegurança daí decorrentes, por sentimentos de culpa pela infecção e, no caso das grávidas, pela preocupação com a saúde do bebê.

No Brasil, a maior parte das mulheres descobre que tem HIV na rotina do pré-natal ou quando do aparecimento de doença oportunista, sua ou do parceiro

Além disso, a mulher vivencia solidão e desamparo, pois é difícil, no primeiro momento, falar do assunto com amigos e familiares, dados os estigmas em torno das pessoas com HIV em geral, e das mulheres HIV positivas em particular.

Preconceito em dose dupla

Existe um enorme preconceito em relação ao exercício da sexualidade das mulheres. Se uma mulher engravida e decide abortar, se uma jovem solteira decide ser mãe ou se uma mulher se infec-

ta, a hipótese mais comum é de que ela foi “irresponsável”. Não se pensa que ela vive em uma sociedade que nega às mulheres informação e autonomia sobre seu corpo e que produz uma série de fantasias românticas sobre amor e “príncipes encantados”, o que dificulta que elas assumam uma postura mais assertiva de autoproteção nas relações amorosas e sexuais.

Cuidados a serem tomados

Para evitar que o HIV se multiplique de forma descontrolada e destrua as defesas do organismo, duas coisas devem ser feitas ao mesmo tempo:

- 1) **manter o corpo saudável**, sem gastos supérfluos de energia. Isto não significa entrar para um convento e se isolar da vida; ao contrário, a pessoa com HIV deve buscar ser feliz, divertir-se, fazer sexo com camisinha, comer bem – frutas e verduras da época, muito suco, proteínas e vitaminas – e dormir bastante;
- 2) **controlar a carga viral e o nível de CD4**. Se não há sinais de atividade viral – a carga viral está abaixo de 30.000 cópias e estável – e o nível de CD4 (células de defesa) está acima de 500 e estável, não é necessário iniciar a terapia anti-retroviral (TARV) ou o uso do “coquetel”. A TARV só deve ser iniciada: quando o/a paciente tem menos de 500 de CD4 e mais de 30.000 cópias de carga viral; se tem menos de 300 CD4, com qualquer carga viral; ou se apresentar uma infecção oportunista.

É importante ressaltar que muitas das pessoas com HIV não precisam de tratamento, mas ape-

nas de acompanhamento médico, com a realização periódica de exames para avaliar os níveis de carga viral e de CD4.

Segundo o Ministério da Saúde, no início da epidemia a sobrevida - tempo decorrido desde o diagnóstico até o óbito - de uma pessoa com AIDS era, em média, de 190 dias a 13 meses. Hoje, com os avanços no tratamento, que incluem a terapia combinada com drogas anti-retrovirais e a prevenção das infecções oportunistas, a sobrevida após o diagnóstico da infecção pelo HIV é de 10 anos em média, sendo que para pacientes com diagnóstico de AIDS instalada a sobrevida média aumentou para mais de dois anos.

Esses dados foram confirmados recentemente por cientistas britânicos, que compararam os resultados de 22 pesquisas diferentes realizadas em vários países da Europa, na Austrália e no Canadá e chegaram à conclusão de que quase 100% das pessoas que tomam os medicamentos anti-retrovirais conseguem viver pelo menos dez anos após o diagnóstico de infecção pelo HIV. Para esses cientistas, no entanto, essa média de sobrevida de dez anos significa apenas um marco arbitrário, já que muitas das pessoas pesquisadas podem viver muito mais do que isso. É importante lembrar que os contínuos avanços da ciência, aliados a maiores cuidados com a saúde e disseminação de informações, prometem prolongar ainda mais a sobrevida das pessoas com HIV/AIDS.

INICIANDO O TRATAMENTO

Para quem tem o HIV, o tratamento serve para:

- evitar que o vírus se multiplique e destrua as defesas do organismo;
- evitar que as doenças que acometem o indivíduo tornem-se muito graves, já que o organismo está sem defesas;
- evitar que o HIV seja transmitido da grávida para o feto.

Evitando as doenças oportunistas

Para evitar as infecções oportunistas, além dos cuidados gerais com a saúde que sempre se deve ter, é necessário prestar atenção em qualquer

mudança no corpo. Isto não significa, porém, entrar em pânico com qualquer gripe ou brotoeja. Mas deve-se estar atento/a a ocorrências de febre, perda de peso, diarreia, problemas na pele, unhas, cabelos e boca. O tratamento das infecções oportunistas é específico para cada doença.

O/a médico/a deve ser procurado/a, sem constrangimento de parecer ignorante ou inconveniente, quando se perceber algo diferente. É importante lembrar que quem tem o HIV pode ter os mesmos problemas de saúde que qualquer pessoa e que nem tudo é relacionado ao HIV.

Para quem tem o HIV a realização de exames ginecológicos e odontológicos periódicos é uma medida preventiva fundamental.

Evitando a transmissão vertical

Para evitar que o HIV seja transmitido da grávida para o feto, o primeiro passo é saber se há indicação de tratamento para a mulher. Caso haja, deve-se iniciar a terapia visando a redução rápida da carga viral. Se não existe indicação de tratamento para a mulher, o uso da medicação na gravidez terá apenas a finalidade de não permitir a transmissão do HIV para o feto. O esquema mais simples para isso inclui o uso do AZT a partir do 4º mês da gravidez e uso do AZT na veia na hora do parto e para o bebê (em xarope) durante os seis primeiros meses de vida. A mulher não deve amamentar o bebê.

Para as mulheres que não realizaram o teste anti-HIV no pré-natal ou que não fizeram pré-natal, é oferecido o teste rápido na maternidade. Em caso de resultado positivo o AZT é usado na mulher na hora do parto e também dado ao bebê; depois, a mulher vai ser testada (carga viral e CD4) para ver se ela precisa iniciar a TARV.

É preciso garantir acesso a tratamento adequado

O Brasil fornece gratuitamente o tratamento anti-retroviral às pessoas com HIV que atendam os critérios do consenso para tratamento estabelecido pelo Ministério da Saúde (<http://www.aids.gov.br/final/tratamento/adulto.doc>), mas não garante o acesso a todas as drogas para tratamento das infecções oportunistas ou para as DSTs.

Ao mesmo tempo, muitos serviços de saúde relutam em atender mulheres com HIV, mesmo que suas queixas não sejam relacionadas à infecção. Exigir do Sistema Único de Saúde uma atenção adequada para todas as pessoas é uma estratégia importante para reduzir a vulnerabilidade das mulheres ao HIV e aumentar a qualidade de vida das que têm o vírus.

A COMPOSIÇÃO DO “COQUETEL”

O tratamento anti-retroviral conta atualmente com 15 medicamentos divididos em três classes: os inibidores de transcriptase reversa análogos de nucleosídeos, os inibidores de transcriptase reversa não-análogos de nucleosídeos e os inibidores de protease. Para combater o HIV, é necessário utilizar pelo menos dois medicamentos de classes diferentes. É a chamada “terapia combinada”, conhecida popularmente como “coquetel”. A maioria das pessoas toma três medicamentos anti-retrovirais, sendo que algumas tomam quatro. Diversas combinações podem ser feitas. Mas muitos medicamentos não podem ser utilizados juntos.

A seguir, algumas informações sobre usos, combinações, efeitos e reações de remédios anti-retrovirais extraídas do *site* do Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde (<http://www.aids.gov.br>).

Inibidores de transcriptase reversa análogos de nucleosídeos

Abacavir – Pode causar uma grave reação alérgica em até 5% das pessoas. Se logo após o início da terapia com o abacavir o/a paciente sentir dor abdominal e febre, é preciso interromper por dois dias todos os anti-retrovirais que estão sendo tomados. Se a dor e a febre passarem, ficará comprovado que elas foram provocadas pelo abacavir. Neste caso, não se pode mais usar este medicamento, que deve ser substituído por outro.

Didanosina (ddI) – Não deve ser tomado junto com os inibidores de protease, principalmente o indinavir e o ritonavir. Deve haver jejum de 1 hora antes e de meia hora depois de tomar o medicamen-

to. Pode causar diarreia e náuseas. No longo prazo, pode causar problemas no pâncreas, principalmente em pessoas que ingerem bebidas alcoólicas.

Estavudina (d4t) – Pode provocar inflamação nos nervos periféricos (chamada neuropatia periférica), que se manifesta como uma dormência nas mãos e nos pés. Uma boa forma de contornar esse problema é através da acupuntura.

Lamivudina – Quase nunca provoca efeito colateral importante.

Zalcitabina – É um medicamento pouco usado. Pode causar neuropatia periférica e aftas bucais.

Zidovudina (AZT) – Seu efeito colateral mais importante é a anemia (redução de glóbulos vermelhos no sangue), cujos sintomas são palidez, cansaço e tonturas. Também pode provocar diminuição dos glóbulos brancos do sangue. É imprescindível realizar exames de sangue periodicamente para controle.

Inibidores de transcriptase reversa não-análogos de nucleosídeos

Delavirdina – Este é um medicamento muito pouco usado. Apesar de ser menos freqüente, a delavirdina pode causar a mesma reação alérgica provocada pela nevirapina (veja abaixo).

Efavirenz – Pode provocar sintomas que atrapalham o rendimento diário, como alterações de humor e sonolência, principalmente nas primeiras semanas. Por isso recomenda-se sua ingestão antes de dormir. Tomá-lo longe dos horários das refeições também é uma boa medida para evitar esse efeito colateral.

Nevirapina – Seu maior inconveniente é provocar o aparecimento de pequenas manchas vermelhas na pele (“brotoejas”). Isso pode ser evitado iniciando-se o medicamento de forma gradual: durante os primeiros 14 dias do tratamento, toma-se apenas 1 comprimido por dia; a partir do 15º dia, toma-se a dose normal (1 comprimido de 12 em 12 horas).

Inibidores de protease

A maioria dos inibidores de protease deve ser ingerida junto com algum alimento, pois assim é pos-

sível diminuir problemas gastrintestinais, como enjoos e diarreia. A ingestão de alimentos também favorece a absorção desses medicamentos pelo organismo.

Todos os inibidores de protease apresentam a tendência de alterar a quantidade de triglicérides e de colesterol no sangue. Eles também podem provocar mudanças na distribuição de gordura do corpo – a chamada lipodistrofia. Esses efeitos colaterais podem ser controlados com uma dieta saudável e exercícios.

Amprenavir – A terapia com o amprenavir exige muitas cápsulas por dia, mas, ao ser associado ao ritonavir, o número de cápsulas diminui um pouco.

Indinavir (Crixivan) – É o único inibidor de protease que deve ser ingerido em jejum. Ao ser usado junto com o ritonavir, o indinavir dispensa o jejum e reduz a quantidade de cápsulas e o número de tomadas. Para evitar a formação de cálculo renal e minimizar o ressecamento da boca causado pelo remédio, beba pelo menos dois litros de água durante o dia.

Nelfinavir – Deve obrigatoriamente ser ingerido com alimentos para propiciar sua absorção e melhorar a tolerância gastrintestinal. Um copo de leite e um sanduíche são suficientes. Costuma-se receitar suplemento de cálcio para conter a diarreia provocada por este medicamento.

Ritonavir – Não o deixe fora da geladeira por muitos dias, pois ele pode sofrer alterações químicas. Este medicamento pode provocar dormência ao redor da boca. Hoje, o ritonavir é quase sempre usado, em pequenas doses, junto com outro inibidor da protease para potencializar seu efeito.

Ritonavir + lopinavir – A associação com o ritonavir permite que o lopinavir atinja níveis elevados no sangue. Por isso, esse medicamento tem sido usado em pacientes que já apresentaram resistência a outros inibidores de protease.

Saquinavir – Este medicamento deve ser sempre administrado junto com o ritonavir.

MANTENDO O TRATAMENTO

Efeitos colaterais iniciais

A maioria dos medicamentos utilizados no tratamento da infecção pelo HIV provoca algum mal-

estar nos primeiros dias de uso, como náuseas, ânsia de vômito, dor de cabeça ou secura na boca. Em geral estes sintomas melhoram logo. Se persistirem, o/a profissional que prescreveu os medicamentos deve ser procurado/a e discutida a possibilidade de mudança de medicação. Em caso de sintomas alérgicos no início do tratamento, deve-se procurar o/a médico/a imediatamente!

O que dificulta a adesão ao tratamento

Depois que os exames de avaliação foram realizados, o tratamento foi instituído e já foram superados os incômodos (físicos e emocionais) do início da terapia, o segundo desafio é manter o tratamento, do modo como foi prescrito, dadas algumas questões:

1. O tratamento, em geral, exige visitas regulares ao/à médico/a e a ingestão de uma quantidade significativa de comprimidos ao longo do dia. Fica muito difícil manter esta rotina sem falar com as pessoas do convívio próximo, o que pode tornar-se complicado se a mulher não conta com o apoio e a solidariedade dos familiares; não quer que os filhos ou o parceiro saibam da sua condição; e trabalha em serviços em que tem pouca privacidade, como é o caso de empregadas domésticas ou trabalhadoras de empresas de limpeza e serviços gerais.
2. Muitos dos medicamentos utilizados no tratamento exigem cuidados especiais com a alimentação, para poderem ser melhor absorvidos e metabolizados. Isto pode ser um problema para mulheres mais pobres, que nem sempre têm acesso a uma alimentação saudável e variada, e para aquelas submetidas a regimes de trabalho com horários irregulares, como vendedoras ambulantes ou trabalhadoras sexuais.
3. Alguns efeitos colaterais – como a lipodistrofia, uma alteração na distribuição da gordura corporal que pode mudar substantivamente as feições e a estrutura corporal do/a paciente – podem ser particularmente difíceis de lidar, pelo impacto que provocam na auto-imagem e na auto-estima.

4. Outros efeitos colaterais da TARV a longo prazo, como diabetes, osteoporose e distúrbios cardiovasculares, são também importantes, pois essas alterações já constituem riscos à saúde das mulheres maduras, mesmo sem HIV.

A alimentação balanceada, a realização de exercícios físicos regulares, a busca de equilíbrio emocional e a confiança e liberdade com o/a profissional responsável pelo atendimento constituem estratégias fundamentais para lidar melhor com estes problemas.

Vírus resistentes

A política brasileira de distribuição de anti-retrovirais tem causado a diminuição da morbimortalidade e o aumento da qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/AIDS. No entanto, o próprio uso dos medicamentos pode induzir ao aparecimento de variantes resistentes do vírus HIV. A adesão ao tratamento ajuda a evitar este problema. Mas, às vezes, as cepas resistentes se formam mesmo assim e, após algum tempo de sucesso, o tratamento começa a falhar.

A genotipagem do HIV é um teste que pode ser usado, em caso de falha terapêutica, para identificar a quais remédios o vírus não responde mais e quais deverão passar a ser usados.

DIFERENÇAS ENTRE HOMENS E MULHERES NA RESPOSTA À TARV

Se o regime de tratamento inclui um inibidor de protease, um inibidor da transcriptase reversa não-nucleosídeo ou três inibidores da transcriptase reversa, parece não existir diferenças entre as respostas de homens e de mulheres à terapia anti-retroviral.

As doses deveriam ser diferenciadas

No entanto, há diferenças no que se refere aos níveis sanguíneos da medicação, pois em geral as mulheres têm menos peso corporal e uma maior porcentagem de gordura que os homens, o que afeta o modo como os medicamentos circulam pelo organismo. Apesar disso, os medicamentos são prescritos em doses-padrão, que são semelhantes para homens e mulheres e calculadas a partir da massa corporal média masculina.

Ainda sabe-se pouco sobre essa questão. É necessário desenvolver mais pesquisas para definir as dosagens ideais da TARV para as mulheres. Ao se realizar um levantamento sobre o tema, descobriu-se, por exemplo, que uma pesquisa já mostrou que as mulheres apresentam níveis mais altos de indinavir (Crixivan) que os homens, e também mais efeitos colaterais, que melhoram após a redução da dose. Outro estudo (AIDS Clinical Trial Group) revelou que as mulheres necessitam de redução da dose de ddI mais frequentemente que os homens.

É necessário desenvolver mais pesquisas para definir as dosagens ideais da TARV para as mulheres

Efeitos colaterais e riscos não são iguais

Por outro lado, as mulheres parecem ter menos diarreia associada ao uso de nelfinavir que os homens, embora tenham maiores chances de desenvolver hepatite usando esse medicamento. Estudos mostraram que tanto o nelfinavir como o ritonavir reduzem a eficácia de um tipo de pílula contraceptiva bastante usado, que combina estrógeno e progesterona. As mulheres demonstraram também ter maior tendência a apresentar reações cutâneas e pancreatite associadas ao uso de inibidores de transcriptase reversa não-nucleosídeo. Percentuais maiores de acidose láctica são encontrados em mulheres em comparação com homens.

Alguns estudos mostraram que de 16% a 18% das mulheres que tomam inibidores de protease apresentam níveis anormais de lipídeos, triglicérides e colesterol, o que aumentaria o risco de terem problemas cardíacos. Elas também desenvolvem níveis mais altos de glicose, o que faz crescer o risco de diabetes.

A lipodistrofia também parece se apresentar diferentemente em homens e em mulheres. Os homens em geral apresentam acúmulos de gordura na barriga e nas costas, logo abaixo do pescoço (“corcova”), e perdas nos braços e nas pernas. Já as mulheres apresentam maior acúmulo no peito e na nuca (“cangote”) e perdas nas coxas, nádegas e panturrilhas.

IV. O HIV NO CORPO E NA VIDA DAS MULHERES

Há semelhanças e diferenças entre as manifestações do HIV em homens e mulheres

Ambos podem apresentar sintomas não-específicos nos estágios iniciais da infecção, como febre, suores noturnos, fadiga e perda de peso. Contudo, algumas condições parecem ocorrer com frequência diferente nos dois sexos. Os homens com HIV, por exemplo, estão mais propensos do que as mulheres a desenvolver um tipo de câncer chamado sarcoma de Kaposi. Já as mulheres com HIV apresentam taxas maiores de herpes simplex e candidíase no esôfago do que os homens e estão mais propensas a desenvolver pneumonia bacteriana.

A carga viral inicial em mulheres que têm o HIV tende a ser mais baixa do que nos homens, independentemente da contagem de células CD4. Ainda é preciso realizar outras pesquisas para determinar o significado desse resultado, pois o desenvolvimento da AIDS parece ser semelhante em mulheres e homens.

Aspectos da saúde mental

Os problemas de saúde mental, em especial a depressão, direta ou indiretamente relacionados ao HIV, já são apontados pela Organização Mundial da Saúde como um dos importantes agravos à saúde das mulheres, com tendência crescente.

A depressão é uma doença mais comum em mulheres que em homens, e mais frequente em mulheres com HIV que em mulheres sem HIV. A depressão nas mulheres com HIV, inclusive, pode ser um dos fatores relacionados à maior mortalidade feminina pelo HIV em relação aos homens.

Se uma mulher com HIV apresentar, durante um longo período de tempo, um ou mais sintomas de depressão (veja a seção “Relembrando”, no Anexo), devem ser consideradas as seguintes questões:

- Os medicamentos antidepressivos com frequência provocam efeitos colaterais que, somados aos efeitos da TARV e ao número de

comprimidos usualmente ingeridos ao longo do dia, podem torná-los uma opção pouco atraente para a paciente.

- É importante buscar um grupo de apoio ou convivência (a maioria das ONGs/AIDS desenvolve este tipo de atividade) e/ou uma psicoterapia (a maior parte dos centros de referência em AIDS possui este tipo de serviço).
- É interessante aprender alguns “truques” que facilitam o manejo da depressão, como a realização de caminhadas de 30 minutos por dia e a mudança da dieta alimentar, com redução de doces e gorduras e aumento das frutas, em especial a laranja e o abacaxi.
- Se isto for insuficiente, talvez seja o caso de discutir com o/a médico/a a necessidade de uso de um remédio específico.

SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DAS MULHERES COM HIV

O aumento da AIDS entre as mulheres e a sua maior incidência durante a idade reprodutiva fazem com que a saúde sexual e a reprodução sejam temas de crucial importância para as mulheres vivendo com HIV/AIDS.

Mulheres com HIV apresentam alguns problemas ginecológicos que, embora também sejam comuns a mulheres não-infectadas, nas que têm o vírus podem ocorrer com maior frequência ou severidade. Entre esses problemas destacam-se as infecções vaginais, a doença inflamatória pélvica e o câncer de colo do útero.

Aspectos da saúde sexual

Muitas mulheres declaram sentir alterações na libido ou dificuldade em ter relações sexuais. De fato, alguns medicamentos utilizados na TARV

podem reduzir a resposta sexual, tanto quanto os conflitos derivados da ligação sexo x AIDS podem causar uma certa inibição erótica. Se a diminuição da libido está relacionada aos conflitos decorrentes do diagnóstico, podemos supor que, passados o primeiro impacto de se saber com o vírus e o medo da transmissão e da reinfecção, as mulheres tendem a retomar a vida sexual. É interessante que seja assim, pois o sexo é uma dimensão importante na vida das pessoas e pode ser uma fonte significativa de prazer, alegria e estímulo para enfrentar o HIV.

Quando se supõe que a redução de libido é um efeito colateral da medicação, a situação é ainda mais complexa. Os médicos tendem a negligenciar este tipo de queixa, que até agora não foi devidamente estudada, embora freqüentemente relatada. Deve-se procurar discutir o assunto com o/a profissional responsável pelo tratamento, mas também com outras mulheres vivendo com HIV, de modo a dar mais visibilidade ao problema, favorecendo o debate e a realização de pesquisas voltadas para uma melhor compreensão dessa importante questão.

Algumas mulheres também declaram sentir dificuldade na relação sexual em função da secura vaginal, o que pode ser tanto um efeito do HIV quanto da medicação, ou de ambos. Na maioria das vezes o uso de um gel lubrificante pode ajudar consideravelmente a melhorar o problema.

Existem mulheres com HIV que fazem sexo com mulheres. Como até hoje só foi descrito um caso de transmissão do HIV na relação entre mulheres, este aspecto da sexualidade feminina freqüentemente é negligenciado por quem trabalha com prevenção e cuidado em HIV/AIDS. No entanto, é bom lembrar que se uma mulher tem sexo desprotegido com outra mulher, existe risco de (re)infecção pelo HIV, bem como por outras DSTs. Cuidados para a prevenção do HIV, de outras DSTs e dos cânceres de mama e do colo uterino devem fazer parte do repertório dos cuidados com a saúde de qualquer mulher, independentemente de sua sorologia ou com quem ela faz sexo. É importante contar para o/a profissio-

nal de saúde esta orientação sexual, para evitar perguntas e recomendações desnecessárias e para facilitar a elaboração de estratégias mais adequadas de prevenção e cuidados.

Aspectos da saúde reprodutiva

Freqüentemente as mulheres com HIV se deparam com questões relacionadas a ter ou a não ter filhos: no primeiro caso, quais seriam as estratégias seguras para engravidar sem o perigo de reinfecção ou (re)infecção do parceiro, reduzindo ao mesmo tempo as chances de transmissão do HIV para o filho?; no segundo caso, qual é o melhor método contraceptivo para uma mulher com HIV?

Ter filhos é um direito de todas as mulheres que assim o desejam, e as tecnologias existentes hoje para a prevenção da transmissão vertical são bastante eficazes. Se uma mulher que está para dar à luz tem sua carga viral indetectável e no momento do parto tem acesso aos medicamentos necessários (AZT para ela e para o bebê), ela pode ter seu parto por via vaginal naturalmente, com uma chance próxima de zero de transmitir o HIV para o filho.

O diagnóstico precoce permite que as mulheres com HIV tomem decisões reprodutivas de maneira informada

Atenção 1: O manejo da gravidez de gestante com HIV torna-se mais fácil, com maiores chances de ela chegar ao término com a carga viral indetectável, se o diagnóstico do HIV é feito precocemente e o acompanhamento pré-natal também se inicia logo que falta a menstruação. O parto cesáreo só protege o bebê da transmissão se não se sabe a carga viral ou se é sabido que está alta.

Atenção 2: Das 300 a 400 mil pessoas no Brasil que têm o HIV e ainda não sabem, uma boa parcela é composta por mulheres com chances de engravidar. Fazer o teste e conhecer a sorologia antes da gravidez é fundamental, inclusive, para planejar melhor a gestação, no caso de o resultado do teste ser positivo.

Se a decisão é pela gravidez

Se uma mulher com HIV deseja ter filhos, ela deve considerar as seguintes questões:

1. É essencial que a criança saia da sua barriga? Se o principal desejo é exercer a maternidade, ou seja, cuidar de uma criança e ajudá-la a crescer, a adoção pode ser uma boa alternativa. Se for este o caso, existem algumas agências que podem orientar no processo, já que a adoção, no Brasil, é um procedimento regulamentado.
2. Se a experiência de engravidar é fundamental para essa mulher, o planejamento da gravidez deve incluir o amadurecimento da decisão e a análise das possibilidades: reprodução assistida ou gravidez normal?
3. Frente a qualquer decisão, é importante fazer uma boa avaliação do estado de saúde da mulher e do parceiro, incluindo exames de carga viral e contagem de CD4, buscando tratar qualquer intercorrência ou problema de saúde, pois cuidar de uma criança exige muito e a mulher e o parceiro devem estar bem para poderem usufruir e dar conta da decisão.

A reprodução assistida é hoje um procedimento pago pelo SUS, mas há uma grande fila de espera, pois existem muito mais mulheres desejosas desta alternativa do que a capacidade instalada nos serviços. Além disso, muitos profissionais relutam em priorizar mulheres com HIV, questionando os riscos do procedimento, a possibilidade de levar a gravidez a termo e a manutenção da saúde necessária para criar os filhos.

A técnica a ser utilizada, se inseminação artificial ou fertilização *in vitro*, depende das condições da mulher e do parceiro. Como as mulheres com HIV têm mais chances de infecções ginecológicas, existe também uma maior possibilidade de ocorrerem problemas tubários, que dificultam a inseminação artificial.

No caso de os parceiros também terem o HIV e desejarem um filho a partir do seu próprio sêmen, as dificuldades são ainda maiores, pois a técnica de lavagem de esperma, que inativa o HIV

encontrado no sêmen, é cara, trabalhosa e só está disponível no Brasil experimentalmente.

Assim, se a mulher com HIV deseja engravidar, talvez ela deva assumir que existem riscos inerentes a esta decisão – reinfecção sua e (re)infecção do parceiro e transmissão do vírus para o bebê – e que a alternativa mais viável talvez seja buscar reduzir este risco. Isto pode ser realizado pela redução da carga viral, da mulher e do parceiro, até o nível de indetectabilidade; tratamento das eventuais lesões do trato reprodutivo, da mulher e do parceiro; avaliação do período fértil da mulher; relações sexuais sem uso do preservativo durante o período fértil; início precoce do pré-natal com profissional experiente no manejo da gestação em mulheres com HIV; e muito otimismo durante o processo.

Procure um/a profissional que respeite seus direitos

Atenção: Por expor os parceiros (a mulher e o homem) e o futuro bebê a riscos, mesmo que mínimos, os procedimentos visando a fecundação da mulher com HIV não são aceitos ou assumidos por muitos profissionais. Assim, a mulher deve discutir cuidadosamente esta decisão com seu/sua médico/a e buscar um/a profissional que de fato respeite seus direitos reprodutivos e a ajude na sua decisão, da forma mais segura possível.

Qual é o melhor método para não engravidar?

Para as mulheres que não querem engravidar, a questão é escolher o melhor método.

No Brasil a maneira como as mulheres evitam filhos com mais frequência é através da pílula ou da esterilização. Estes métodos, bons para prevenir a gravidez, não previnem a (re)infecção pelo HIV, a ocorrência de outras DSTs e, eventualmente, diminuem a capacidade de a mulher negociar o preservativo. No caso das pílulas, existe incompatibilidade entre alguns tipos e certos medicamentos usados na terapia anti-retroviral. Além disso, há evidência de que alguns hormônios, especialmente os usados em contraceptivos injetáveis, afi-

nam a mucosa vaginal, facilitando a ocorrência de (re)infecções em caso de sexo desprotegido.

A fim de evitar a troca de fluidos com HIV entre a mulher e o parceiro, a melhor estratégia contraceptiva é o uso do preservativo, masculino ou feminino, associado à contracepção de emergência, em caso de rompimento.

A chance de gravidez em uma relação sexual desprotegida ou no caso do rompimento do preservativo é maior do que a de (re)infecção pelo HIV, por isso as mulheres tendem a ficar mais preocupadas com a contracepção do que com a prevenção do HIV. No entanto, a contracepção de emergência fornece uma excelente cobertura contraceptiva, praticamente sem riscos ou efeitos colaterais, em especial se é usada em menos de 24 horas após a relação desprotegida. Existem nas farmácias produtos específicos para a contracepção de emergência (“pílula do dia seguinte”), mas pode-se obter bons resultados utilizando as pílulas normalmente disponibilizadas nas farmácias nas doses adequadas.

Contracepção de emergência

Atenção 1: O intervalo entre a relação desprotegida e o uso da contracepção de emergência é fundamental para o seu sucesso; o uso de pílulas contraceptivas em caso de emergência deve ser orientado por alguém que saiba efetivamente como fazê-lo, para evitar super ou subdosagens. Informações sobre contracepção de emergência encontram-se disponíveis no site <http://www.ipas.org.br/anticoncepcaoemerg.html>.
Atenção 2: Em caso de violência sexual a mulher deve procurar um serviço de saúde imediatamente para que sejam realizados a contracepção de emergência e os procedimentos de prevenção de DSTs e da infecção pelo HIV.

Denúncias de esterilização forçada ou induzida

Tem havido denúncias de que mulheres com HIV têm sido esterilizadas, durante o parto ou imediatamente após, sem consentimento ou com consentimento obtido através de indução.

É importante considerar que a mulher com HIV tem necessariamente que usar preservativos em suas relações sexuais, a fim de se proteger de reinfecções, de DSTs e de outras afecções ginecológicas. Assim, a esterilização não vai diminuir o trabalho de manter-se protegida, que deverá ter em todas as relações. Como a contracepção de emergência é bastante eficiente, se feita a tempo, e um bom manejo clínico do HIV e da gravidez pode reduzir em muito a transmissão vertical, não há qualquer necessidade clínica ou ética de eliminar a capacidade reprodutiva de uma mulher com HIV. O profissional que induz a mulher à esterilização ou a realiza sem consentimento é desinformado e inescrupuloso, e deverá ser denunciado ao Conselho Federal de Medicina (<http://www.portalmedico.org.br>).

A interrupção voluntária da gravidez nos casos em que a mulher julga ser a melhor alternativa frente a uma gestação não planejada é um direito de toda mulher, com ou sem HIV.

Aspectos da saúde ginecológica

Os problemas ginecológicos são frequentes em mulheres HIV positivas. Alguns não estão relacionados à sua condição sorológica; outros são diretamente ligados à infecção pelo HIV e à imunodepressão associada; e outros são epidemiologicamente associados com o HIV devido a fatores de risco comuns, como a prática do sexo desprotegido.

Os problemas ginecológicos mais comuns em mulheres com HIV são:

- **Candidíase vaginal**

Infecção comum, associada a diferentes fatores de risco, incluindo o estresse e a depressão. Nas mulheres com HIV é mais frequente, persistente e difícil de tratar, pela imunodepressão, estresse e talvez pela ação direta do vírus.

- **Outras infecções vaginais**

Gonorréia, clamídia, tricomoníase e vaginose bacteriana atacam com maior frequência e severidade as mulheres com HIV. Dessas infecções, apenas a vaginose e a tricomoníase

produzem sintomas. A clamídia pode levar à doença inflamatória pélvica, que apresenta um quadro grave. O uso do preservativo e a consulta regular a um/a ginecologista são essenciais para prevenir estes problemas.

- **Úlceras causadas pelo vírus do herpes simplex**

São freqüentes e também muitas vezes associadas ao estresse. Nem sempre respondem à terapia com a droga-padrão acyclovir e podem comprometer seriamente a qualidade de vida da mulher.

- **Outras úlceras genitais**

Se não existe evidência de organismo infeccioso ou células precursoras de câncer na lesão, admite-se serem próprias da infecção pelo HIV. É necessário atualizar os exames de carga viral e de CD4 para verificar se não está ocorrendo algum pico de atividade viral.

- **Doença inflamatória pélvica**

O sintoma mais comum é dor no baixo ventre, que varia de moderada a intensa, com febre e queda no estado geral. É grave e exige tratamento imediato.

- **Irregularidades menstruais**

Alterações no ciclo, sangramento aumentado ou falta de menstruação são freqüentes em mulheres com HIV, como ação direta do vírus ou da medicação. O tratamento à base de hormônios pode ajudar, mas precisa ser cuidadosamente discutido com o/a médico/a, pois alguns hormônios interferem no tratamento anti-retroviral e ainda não se conhece exatamente a relação entre os hormônios femininos e a ação do vírus.

- **Climatério/menopausa**

À medida que as mulheres com HIV vivem mais e maior número de mulheres que estão próximas à menopausa se infectam, as questões relacionadas ao climatério e à menopausa tornam-se mais importantes. A menopausa é definida como a cessação da menstruação causada pela perda da função do ovário, que deixa de produzir estrogênio, um importante hormônio para o ciclo reprodutivo da

mulher. Alguns problemas de saúde, como a osteoporose e a doença cardiovascular, têm sido relacionados à deficiência de estrogênio; já foram também apontadas associações entre a menopausa e a doença de Alzheimer e o câncer de cólon.

Além da irregularidade menstrual que precede a menopausa, esse período é muitas vezes acompanhado por ondas de calor, secura vaginal (que torna a mulher mais vulnerável a infecções), dor nas relações sexuais, diminuição de libido, ansiedade, irritabilidade, distúrbios do sono e da memória, depressão e problemas urinários. Apenas 10% das mulheres apresentam problemas severos na menopausa. A maioria passa por esse período sem maiores transtornos e muitas conseguem reduzir os sintomas com medidas simples, como redução da ingestão de carne vermelha e gorduras na alimentação e realização de exercícios físicos regulares.

Terapia de reposição hormonal (TRH) –

Os benefícios e riscos da TRH em mulheres que não têm o HIV vêm sendo amplamente estudados. A reposição hormonal alivia as ondas de calor, os distúrbios do sono, a irritabilidade e a secura vaginal. Segundo alguns pesquisadores, a TRH atuaria também na prevenção contra doenças cardiovasculares, osteoporose, doença de Alzheimer e câncer no cólon.

Já as conseqüências negativas da reposição hormonal sobre a saúde das mulheres vêm sendo apontadas por diversos estudos. Os efeitos colaterais mais comuns associados à TRH são sangramentos vaginais irregulares e amolecimento das mamas. Há risco maior de câncer do endométrio em mulheres que fazem TRH apenas com estrógenos. Pesquisas recentes também demonstraram que a reposição hormonal pode aumentar os riscos de câncer de mama, derrame e ataque cardíaco.

Entre as contra-indicações da TRH estão: sangramento genital não-diagnosticado, doenças no fígado, enfartes do miocárdio re-

centes, histórico de doença tromboembólica e câncer de mama ou do endométrio.

Alguns autores recomendam a TRH para mulheres com HIV que têm indicação, baseados nos seus benefícios para mulheres sem HIV. Outros, a partir da hipótese de a TRH aumentar os riscos de tromboembolia, efeito colateral possível da TARV, e do risco para câncer de mama, são contrários ao seu uso. As interações medicamentosas entre as drogas usadas na TRH e as da TARV ainda não estão suficientemente estudadas. Sabe-se que o estrogênio contido nas pílulas contraceptivas interage com os inibidores de protease e os não-nucleosídeos e está contra-indicado quando a mulher faz uso de alguma medicação desse tipo. O mesmo pode ser verdade para a TRH.

Alternativas à TRH – Para quem acha que menopausa não é doença e quer evitar um tratamento medicalizado, a Rede Feminista de Saúde publicou um dossiê que alerta sobre os perigos da reposição com hormônios sintéticos e dá dicas sobre como aliviar os sintomas incômodos da menopausa. O “Dossiê Menopausa” afirma que a TRH deve ser usada somente em casos especiais e por pouco tempo, e que, no caso da maioria dos sintomas desagradáveis da menopausa, as plantas medicinais e os suplementos alimentares trazem bons resultados para a maior parte das mulheres. Leia mais em <http://www.redesaude.org.br/dossies/html/dossiemenopausa.html>.

• **Infecções pelo papilomavírus humano (HPV)**

Associadas ao câncer de colo de útero, as lesões por HPV são mais freqüentes em mu-

lheres com HIV. A displasia cervical, lesão associada ao HPV, também é mais comum e mais grave em mulheres HIV positivas. A prevalência e persistência da infecção pelo HPV aumentam com a redução da contagem de CD4 e expansão da carga viral. Anormalidades nos exames de Papanicolaou são comuns entre mulheres com HIV e estão associadas à infecção pelo HPV e ao grau de imunossupressão. Estas anormalidades também aumentam com o declínio das contagens de CD4 e têm sido associadas com o aumento da carga viral. Há poucas evidências sobre diferenças nas taxas de progressão de câncer invasivo entre mulheres com e sem HIV.

Recomendações sobre a realização do exame de Papanicolaou

- É possível tratar uma lesão precursora de câncer de colo do útero e impedir a sua evolução; por isso, recomenda-se para todas as mulheres a realização periódica dos exames de Papanicolaou.
- No caso de mulheres com HIV, devem ser realizados dois exames, com intervalo de seis meses entre um e outro, imediatamente após o diagnóstico. Se ambos os exames apresentarem resultados normais e se a mulher não tem sinais de progressão do HIV, os controles podem passar a ser anuais.
- Em mulheres que apresentem sintomas da infecção pelo HIV (inclusive contagens de CD4 inferiores a 200/mm³), devem ser feitos exames de Papanicolaou mais freqüentes; o mesmo se houver resultado anterior com alteração, sintomas de infecção pelo HPV ou após tratamento de displasia cervical.

V. A RESPONSABILIDADE DOS GOVERNOS E DA SOCIEDADE

Ter HIV ou estar com AIDS produz um grande impacto na vida da maioria das pessoas, pelas sobrecargas física, emocional e financeira relacionadas à manutenção do tratamento e às preocupações derivadas do alto grau de estigma ainda associado à AIDS.

A discriminação e o estigma atingem ambos os sexos, mas existem diferenças no modo como afetam homens e mulheres. Os homens com HIV às vezes têm práticas que já são estigmatizadas, como o sexo com outros homens ou o uso de drogas injetáveis. Assim, o HIV vem reforçar um estigma já existente. As mulheres com HIV, ao contrário, muitas vezes têm, a partir do diagnóstico, de lidar com a situação de serem discriminadas sem que jamais em suas vidas tivessem cogitado em ter alguma conduta distinta das normas sociais mais tradicionais e restritivas.

Os temores da morte, do desemprego e da desorganização familiar decorrentes do diagnóstico também são fatores de contínuo estresse para quem vive ou convive com o HIV. No caso das mulheres, as responsabilidades oriundas da necessidade de cuidar dos filhos ou do parceiro afetado pelo HIV, bem como, muitas vezes, de sustentar suas famílias, são impactos adicionais sobre sua saúde física e mental.

Assim, as ações para o enfrentamento da epidemia entre as mulheres e a garantia da qualidade de vida e saúde para aquelas com HIV não devem ser de responsabilidade exclusiva dos indivíduos ou dos programas e coordenações de DST/AIDS, mas exigem também ações de outros setores de governo, bem como de empresas e demais segmentos da sociedade.

Cabe aos municípios implementar as políticas definidas em nível federal e ao Estado, facilitar o processo de pactuação entre municípios, que garanta o atendimento das necessidades de toda a população. Estados e municípios têm conselhos de saúde, que são instâncias formais do SUS, nas

quais a sociedade civil tem assento para levar as suas demandas aos gestores locais. Em muitos municípios as pessoas vivendo com HIV estão representadas; em outros, existe representação do movimento organizado de mulheres. Nos locais onde não existe esta representação formal de nenhum destes segmentos, é possível discutir com qualquer outro representante da sociedade civil para que este apresente as demandas das mulheres com HIV.

AÇÕES PARA O ENFRENTAMENTO DA EPIDEMIA ENTRE AS MULHERES

Pesquisadores/as e ativistas recomendam que o enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS deve combinar quatro conjuntos de ações:

1. ações que impeçam as pessoas de contraírem o vírus;
2. ações que impeçam as pessoas com o vírus de terem AIDS;
3. ações que impeçam as pessoas que têm AIDS de morrerem por essa causa;
4. ações que garantam a qualidade de vida e a saúde das pessoas que têm o HIV ou a AIDS.

No caso das mulheres, podem ser citados como exemplos de ações específicas:

- apoiar pesquisas que busquem mais métodos de prevenção ao HIV controlados pelas mulheres;
- realizar campanhas e ações estratégicas voltadas para homens visando aumentar seu compromisso com o uso do preservativo;
- formular uma política de controle de DSTs, a ser implementada nos níveis da atenção básica à saúde. A ocorrência de uma DST, além de ser uma importante porta de entrada para o HIV, denuncia a prática sexual desprotegida;
- disseminar o uso do contraceptivo de emergência nas situações de rompimento do pre-

- servativo, especialmente entre mulheres vivendo com HIV;
- melhorar a qualidade da assistência nos serviços de saúde que atendem mulheres, aumentando o acesso a testes anti-HIV e de sorologia para sífilis;
 - ampliar e melhorar as políticas de atenção às meninas, que devem incluir educação sexual e prevenção contra abuso sexual;
 - assegurar, para as pessoas vivendo com HIV, acesso a tratamento de todos os agravos de saúde provocados pelo vírus e a cuidados de saúde em geral, com orientação nutricional e assistência odontológica, psicológica e social;
 - aprofundar a discussão sobre o impacto da lipodistrofia na auto-imagem, auto-estima e continuidade do tratamento das mulheres;
 - exigir mais pesquisas sobre os efeitos colaterais dos medicamentos anti-retrovirais na saúde das mulheres;
 - discutir políticas de emprego e renda para mulheres com HIV, muitas das quais ficam viúvas e tornam-se repentinamente chefes de família, tendo que assumir sozinhas todas as responsabilidades e dar conta da casa, dos filhos e do preconceito;
 - reforçar as propostas de lei que descriminalizem o aborto;
 - fortalecer as organizações de mulheres vivendo com HIV/AIDS;
 - buscar combater todas as formas de discriminação contra pessoas vivendo com HIV e AIDS.

Ações recentes do Ministério da Saúde visando fortalecer o enfrentamento da epidemia do HIV entre mulheres

1. **Projeto Cidadã PositHIVa** – Iniciado em 2001, na primeira etapa desenvolveu um programa de capacitação para formação de lideranças entre mulheres organizadas vivendo com HIV; em sua segunda etapa tem realizado seminários regionais visando sua multiplicação e o fortalecimento das organizações locais.
2. **Pesquisa sobre contextos de vulnerabilidade** para as mulheres frente ao HIV no Brasil – A partir de metodologia quantitativa e qualitativa e de amostragem nacional, esta pesquisa busca definir o perfil das mulheres vivendo com HIV no Brasil e mapear contextos de vulnerabilidade, a fim de estabelecer diretrizes estratégicas de prevenção e cuidado para mulheres mais adequadas ao momento atual da epidemia. A divulgação dos resultados está prevista para o primeiro semestre de 2004.
3. **Campanha Fique Sabendo** – Busca ampliar a testagem anti-HIV, de modo a reduzir o número de pessoas infectadas que desconhecem o seu diagnóstico. No caso das mulheres, uma das metas da campanha é expandir a cobertura dos testes durante a gestação, mas também aumentar a realização de testes fora do pré-natal.

VI. O DIREITO A TRATAMENTO ADEQUADO

De acordo com a Lei nº 9.313/96, é da responsabilidade do Estado a disponibilização do tratamento mais adequado aos/às pacientes infectados/as pelo HIV, dentro de parâmetros técnicos e científicos definidos pelo Ministério da Saúde, por intermédio da Coordenação Nacional de DST/AIDS.

A seguir, um levantamento realizado pelo Grupo Pela Vidda/São Paulo (<http://www.aids.org.br>) sobre os principais direitos da pessoa com HIV/AIDS em relação a sua saúde. Mais informações podem ser encontradas nos três volumes da *Legislação sobre DST e AIDS no Brasil*, publicados pela Coordenação Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde e disponível em <http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/legislacao/home1.htm>.

Atendimento digno – Todo/a usuário/a de serviço de saúde tem direito a tratamento digno e respeitoso. A Resolução nº 1.359 do Conselho Federal de Medicina estabelece que “o atendimento profissional a portadores do vírus da imunodeficiência humana é um imperativo moral da profissão médica e nenhum médico pode recusá-lo”. Além disso, o sigilo profissional deve ser rigorosamente respeitado em relação aos/às pacientes com AIDS, o que se aplica inclusive aos casos em que o/a paciente deseja que sua condição não seja revelada sequer aos familiares; a proibição de quebra de sigilo persiste mesmo após a morte do/a paciente. É também proibida a realização compulsória de teste anti-HIV, em especial como condição para internamento hospitalar, pré-operatório, exames pré-admissionais ou periódicos e em estabelecimentos prisionais. (*Resolução nº 1.359/92 do Conselho Federal de Medicina*)

Banco de leite – Antes de amamentar seus filhos, as mães em situação de risco para o HIV devem ser orientadas a submeter-se ao teste sorológico, de preferência no pré-natal. As mulheres infectadas pelo HIV não devem amamentar os

próprios filhos, nem doar leite. Se não houver outra alternativa para a substituição do leite materno, no caso de bebês que dependem da substância como fator de sobrevivência, estes poderão receber o leite das próprias mães, desde que adequadamente pasteurizado. É de competência do Banco de Leite Humano realizar esse processo, no qual o colostro ou o leite passam por um aquecimento a 62,5° por trinta minutos. (*Portaria nº 2.415/96 do Ministério da Saúde*)

Cuidado pós-estupro – De acordo com a Norma Técnica do Ministério da Saúde sobre a prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, “as instituições de referência devem ter acesso à assistência laboratorial para a execução dos exames recomendados e de outros que, a critério clínico, poderão vir a ser solicitados. Cabe ressaltar que a solicitação desses exames é justificada pelo fato de que 16% das mulheres que sofrem violência sexual contraem algum tipo de DST e que uma em cada 1.000 é infectada pelo HIV”. A sorologia anti-HIV deve ser solicitada com 90 e 180 dias. Logo após o estupro pode ser recomendado o uso de contracepção de emergência ou profilaxia para DST/AIDS, dependendo de cada caso e da conduta do serviço. (*Recomendações para Terapia Anti-Retroviral em Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV, Ministério da Saúde, 2000*)

Direito à saúde – A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (*Artigo 196 da Constituição Federal de 05/10/88; Lei nº 8080/90, Lei Orgânica da Saúde*)

Direitos humanos e de cidadania – Todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotadas de razão e consciência e devem agir em relação umas às outras com espírito

de fraternidade. Têm direito à informação clara, exata e cientificamente fundamentada acerca da AIDS, sem nenhum tipo de restrição. As pessoas com HIV têm direito a informações específicas sobre sua condição de saúde. Não se pode impedir às pessoas que vivem com HIV/AIDS que exerçam plenamente seus direitos de cidadãos. (*Direito das Pessoas Vivendo com HIV/AIDS; Miriam Ventura - Grupo Pela Vidda/RJ, 1993; Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa que Vive com HIV/AIDS, Montreal, 1988*)

Leitos obrigatórios – É obrigatória a destinação de, no mínimo, 12 leitos para pacientes de AIDS em cada hospital que compõe a rede pública de saúde do Estado de São Paulo. Caberá às Coordenações de Regiões de Saúde, através dos respectivos Escritórios Regionais de Saúde, o acompanhamento da observância do disposto nessa Resolução. (*Resolução da Secretaria de Estado da Saúde S-476, de 6 de dezembro de 1991*)

Medicamentos gratuitos – Todas as pessoas com HIV e doentes de AIDS têm o direito de receber gratuitamente, do Sistema Único de Saúde (SUS), toda a medicação necessária para o tratamento, cabendo ao Ministério da Saúde padronizar os medicamentos a serem utilizados em cada estágio evolutivo da infecção e da doença, para orientar a compra dos remédios pelo SUS. A padronização de terapias deverá ser revista e republicada anualmente, ou sempre que se fizer necessário, para se adequar ao conhecimento atualizado e à disponibilidade de novos medicamentos no mercado. É bom lembrar que mesmo as pessoas com HIV/AIDS que não sejam prove-

nientes de serviços públicos de saúde devem ter acesso ao tratamento gratuito. (*Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996; Resolução da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo S-589, de 18 de janeiro de 1994*)

Pré-natal – Todas as pacientes que passam pelo pré-natal têm o direito de submeter-se ao exame anti-HIV, que deve ser sugerido pelo/a médico/a que as assistem visando a diminuir as chances de transmissão do vírus da mãe para o bebê. O consentimento ou a negativa por parte da paciente deve constar de seu prontuário, ficando sob responsabilidade dos serviços e instituições disponibilizar exames, medicamentos e outros procedimentos necessários ao diagnóstico e tratamento da infecção pelo HIV em gestantes, bem como assistência ao pré-natal, parto, puerpério e atendimento ao recém-nascido. (*Resolução Cremesp nº 95/2000*)

Reprodução assistida – A autonomia do casal com sorologia positiva para o HIV deve ser respeitada pelo/a médico/a, que tem a responsabilidade de esclarecer sobre os possíveis riscos decorrentes da decisão de ter um filho. Se a escolha recair sobre reprodução assistida, o casal deve assinar um consentimento livre e esclarecido sobre estes riscos. O avanço de métodos de isolamento de espermatozóides e controles virológicos vem possibilitando a inseminação intra-uterina de espermatozóides tratados de homem com HIV – assim como a transferência de embriões. (*Parecer do Conselho Nacional de AIDS da França, 1999. Até 2001 não havia no Brasil nenhum parecer ético ou técnico definitivo sobre a questão*)

Fonte: Grupo Pela Vidda/São Paulo, “Direitos”, 2001.

Relembrando: como age o HIV

O HIV é o vírus da imunodeficiência humana, que provoca a AIDS, a síndrome da imunodeficiência adquirida.

O HIV pode ser encontrado no sangue, na secreção que sai do pênis antes da ejaculação, no esperma, na secreção vaginal, no leite da mãe e em objetos que estejam infectados por essas substâncias.

É um vírus da classe dos retrovírus, isto é, um vírus que para se reproduzir (ou “replicar”) precisa se integrar ao código genético de uma célula hospedeira.

Logo depois que o HIV entra no corpo humano, ele começa a se reproduzir, o que faz com que o organismo inicie um processo de defesa, produzindo anticorpos contra o vírus. O teste anti-HIV detecta a presença destes anticorpos. Por isso é necessário um tempo de um a três meses para realizar o teste após a exposição ao risco de contrair o vírus, pois este seria aproximadamente o tempo necessário para o organismo produzir anticorpos suficientes para serem detectados pelo teste.

O teste anti-HIV pode ser feito nos Centros de Testagem e Aconselhamento, os CTAs, e em laboratórios públicos e particulares. Os testes mais comuns são o Elisa, o Western-blot, o imunofluorescência indireta e o teste rápido, que fornece resultado em 3 minutos.

Importante: ninguém é obrigado a fazer o teste anti-HIV, a não ser que seja doador de órgãos ou sangue. As gestantes são aconselhadas a fazer o teste, pois há o risco da transmissão do vírus da mãe para o bebê. É importante lembrar, no entanto, que a realização do teste é o único meio de a pessoa saber se tem o HIV e, caso tenha, de começar a se cuidar para não vir a ter problemas de saúde.

O vírus atua destruindo células do sistema imunológico, responsável pela defesa do organismo. As células mais atingidas pelo HIV são as CD4. Por isso, a contagem das células CD4 é importante para acompanhar o sucesso do tratamento. A estabilidade ou o aumento do número de células CD4 indica que o vírus está inativo ou com atividade reduzida.

Uma pessoa pode ter o HIV e não ter AIDS, pois a AIDS só se manifesta quando o HIV já conseguiu en-

fraquecer bastante o sistema de defesa do corpo, permitindo o aparecimento das chamadas “doenças oportunistas”, que podem ser doenças comuns ou raras, que só se aparecem ou se tornam graves porque o organismo está sem defesas.

Para uma pessoa com HIV saber se está na hora de iniciar o tratamento anti-retroviral e, depois disso, saber se o tratamento está tendo o efeito desejado, além da contagem das células CD4 é necessário fazer o exame de carga viral, que mede a quantidade de partículas do HIV no sangue. Atualmente se sugere que o tratamento anti-retroviral só seja iniciado quando existem sinais de intensa atividade viral. No Brasil, segundo o Ministério da Saúde, o tratamento só deve ser iniciado quando os exames mostram que existem menos de 500 CD4 (o normal é em torno de 1.000) e uma carga viral maior que 30.000 cópias de vírus por mm³ de sangue. O objetivo é postergar os efeitos colaterais das drogas utilizadas e facilitar a adesão ao tratamento.

Importante: dentro do corpo o HIV se modifica, sofre mutações. E a passagem da infecção para a doença (AIDS) tem a ver com a quantidade de vírus no sangue. Assim, se uma pessoa tem HIV e faz sexo desprotegido, ela pode receber uma carga nova de HIV, que pode ser diferente do vírus que ela já tem, fazendo com que, com o passar do tempo, ela tenha uma grande quantidade de vírus diferentes entre si, o que dificulta o tratamento, pois o remédio que é bom para um tipo de vírus pode não ser tão bom para o outro. Assim, prevenir a reinfeção é fundamental.

Efeitos do HIV/AIDS sobre a saúde

O HIV destrói as células CD4, que desempenham papel fundamental na defesa do organismo, tornando-o vulnerável às infecções oportunistas e a alguns tipos de câncer típicos da AIDS.

Por isso, se uma pessoa tem o HIV, ela deve ficar atenta a certos sintomas, como:

- dificuldades respiratórias;
- problemas na boca, como candidíase (“sapinho”), feridas, mudanças no paladar, secura, dificuldades para engolir ou dentes amolecidos;
- febre por mais de dois dias;
- perda de peso;

- problemas na visão;
- diarreia;
- brotoejas na pele ou coceiras.

Depressão e HIV

A depressão é um problema comum entre as pessoas com HIV. Tem sido sugerido que a presença do HIV em si causa depressão, bem como os próprios medicamentos usados contra o vírus podem ocasionar mudanças no estado de humor. No entanto, os principais fatores relacionados à depressão em pessoas com HIV parecem ser a discriminação, o isolamento social e a insegurança que passam a fazer parte do seu cotidiano.

A depressão em geral se manifesta por:

- humor deprimido durante a maior parte do dia, quase todos os dias;
- pouco interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades;
- aumento ou diminuição do sono quase todos os dias;
- cansaço ou perda de energia quase todos os dias;
- perda de apetite ou de peso;
- insônia ou aumento do sono;
- sentimentos de inutilidade ou de culpa excessiva ou inadequada;
- diminuição da habilidade de concentração;
- agitação;
- pensamentos freqüentes sobre a morte, pensamentos suicidas ou tentativa de suicídio;
- sentimento de falta de esperança.

Com o advento dos medicamentos anti-retrovirais, que potencialmente prolongam a vida, o tratamento da depressão torna-se ainda mais importante, para garantir que a vida seja usufruída com qualidade e prazer. Além disso, a depressão não tratada pode dificultar a adesão ao tratamento e aumentar os efeitos debilitantes da doença.

Outros problemas de saúde associados ao HIV

Problemas de pele, unhas e cabelo ocorrem em 90% das pessoas vivendo com AIDS e é muito comum que um ou mais desses problemas aconteçam ao mesmo tempo. Entre os mais freqüentes, estão:

Dermatite seborréica

Aparece na forma de caspa quando o couro cabeludo é afetado. Em outras áreas, como em volta das sobrancelhas e nos lados do nariz, peito, costas, virilha e axilas, desenvolvem-se manchas vermelhas que podem coçar e apresentam uma crosta gordurosa e amarelada.

Herpes simplex

Pequenas vesículas em cima de uma área avermelhada que depois formam úlceras superficiais ou lesões em forma de crostas durante o processo de cicatrização. Os locais em geral mais afetados pelo herpes são as regiões perianal e genital e em volta da boca e dedos.

Herpes zoster

O sintoma inicial da herpes zoster é a dor, ardência ou formigamento em uma parte do corpo que se torna muito sensível caso tocada ou roçada pela roupa. Em seguida surge uma pequena irritação avermelhada e com vesículas cheias de líquido, e a dor aumenta. O herpes zoster é sete vezes mais comum em pessoas HIV positivas do que em pessoas HIV negativas.

Papilomavírus humano (HPV)

O papilomavírus humano é o vírus causador das verrugas genitais, muito freqüentes em pessoas com HIV. Este vírus está também associado ao câncer do colo do útero, razão pela qual as mulheres com HIV devem realizar exames de Papanicolaou (preventivo de câncer de colo uterino) com maior freqüência que as mulheres que não têm HIV.

Pele seca (xerodermia)

A secura da pele acontece em quase um terço das pessoas infectadas pelo HIV. Pode ocorrer em qualquer parte do corpo, mas é mais freqüente na parte da frente e inferior das pernas. Pode estar relacionada diretamente ao HIV, mas também à desnutrição, alguma enfermidade antiga ou déficit imunológico. O uso de loções hidratantes pode ajudar.

Fotodermatite

A fotodermatite é o surto de manchas escamosas, comichosas e grossas em partes da pele que são freqüentemente expostas ao sol, como o decote de uma blusa ou camisa. Podem também se assemelhar a uma séria queimadura de sol. A fotodermatite raramente é causada pelo HIV, e sim por certos medicamentos à base de sulfas e alguns anti-inflamatórios tomados por pessoas com HIV.

Reações a medicamentos

Pessoas com HIV têm uma maior probabilidade de desenvolver reações alérgicas aos medicamentos. Algumas infecções oportunistas, como o citomegalovírus, também podem condicionar pessoas com o HIV a reagirem adversamente aos medicamentos. Aproximadamente 70% das pessoas com HIV desenvolvem reações adversas ao Bactrim, receitado como profilaxia contra a pneumonia causada pelo *Pneumocystis carinii*. O sintoma mais comum de reação adversa aos medicamentos é uma irritação cutânea avermelhada e difundida pelas costas, tórax, braços e pernas e, de vez

em quando, envolvendo a face e membranas mucosas. A irritação cutânea pode ser plana, lembrando uma queimadura de sol, ou com protuberâncias elevadas e vermelhas.

Distúrbios das unhas

A descoloração amarelada das unhas tem sido observada em pessoas com pneumonia por *Pneumocystis carinii*. Infecções por fungos também podem causar o amarelamento das unhas. As infecções causadas por fungos nas unhas são extremamente difíceis de serem tratadas.

Queda de cabelos e pêlos

Pessoas com HIV freqüentemente perdem cabelos e pêlos corporais, não por ação direta do HIV, mas por efeito colateral de alguma medicação. A perda de pêlos pode ser agravada se houver dermatite seborréica ou um grande ressecamento da pele.

Problemas na boca

Podem ser a primeira indicação de infecção pelo HIV e também servir como um bom medidor da progressão do vírus.

Ressecamento bucal – Muitas pessoas com HIV apresentam ressecamento da boca, o que faz com que mastigar e engolir tornem-se extremamente difíceis. O ressecamento bucal tem sido identificado como um dos sintomas de manifestação oral relacionados à infecção pelo HIV. Medicamentos anti-HIV também podem produzir ressecamento da boca. Mesmo que o ressecamento não seja doloroso, uma diminuição na produção de saliva promove o crescimento de bactérias, candidíase e cáries.

Gengivite e doenças periodontais – Pessoas infectadas com o HIV são mais suscetíveis a doenças causadas por bactérias e problemas relacionados à higiene bucal. A escovação incorreta e o não uso do fio dental provocam a formação de placas dentárias, que abrigam bactérias e resíduos alimentares. Com o tempo, as placas se acumulam e, quando endurecem, transformam-se em tártaro. Eventualmente pode ocorrer inflamação, inchaço e sangramento da gengiva. A doença periodontal

causada pelo HIV pode ser interpretada como um dos sinais mais precoces de progressão do HIV. Doenças periodontais em estado avançado podem comprometer mais ainda o sistema imunológico e levar a uma progressão mais rápida do HIV.

Candidíase (“sapinho”) – A candidíase oral é uma das doenças mais comuns entre pessoas com HIV porque o fungo causador da doença vive livremente na boca da maioria das pessoas, podendo proliferar e provocar o aparecimento de sintomas quando há queda na função imunológica. Estresse ou depressão também provocam a candidíase, bem como o uso de antibióticos por longos períodos de tempo. Os sintomas da candidíase são: manchas vermelhas nas superfícies da boca e língua; placas brancas ou ulcerações que causam sangramentos; e rachaduras e cortes inflamados nas extremidades externas da boca.

Leucoplasia oral – A leucoplasia pilosa oral é causada por um vírus (Epstein Barr) que, como o fungo que provoca a candidíase, está presente na boca de muitas pessoas e o sistema imunológico geralmente o mantém sob controle. Quando o sistema imunológico falha, o vírus entra em ação, podendo causar sintomas, como: lesões estriadas e esbranquiçadas nos lados da língua ou da bochecha; lesões aparentemente enrugadas ou dobradas; e protuberâncias, como pêlos, saindo da superfície.

Importante: *Como a imunossupressão causada pelo HIV pode agravar doenças bucais pré-existentes, levando mesmo à perda dos dentes, e alguns problemas odontológicos servem de indicativos da progressão do HIV, é importante reivindicar que os Centros de Referência em AIDS tenham em seus quadros profissionais habilitados/as para assistência odontológica ou garantam referências para esse atendimento no Sistema Único de Saúde.*

Todo/a dentista deve tomar as precauções universais para proteger o/a paciente contra hepatite, HIV e outras doenças transmissíveis. Os/as profissionais de assistência dentária são obrigados/as a usar luvas, máscaras, protetores faciais e outros acessórios de proteção quando lidam com todos os tipos pacientes.

Mais informações sobre o HIV/AIDS

Em caso de dúvidas, disque para o serviço gratuito de informações do Ministério da Saúde, o Disque Saúde: 0800 61.1997.

Consulte também as páginas na Internet relacionadas a seguir:

Sites de interesse

- ABCD AIDS.COM.BR <http://www.abcd aids.com.br>
Adolesite/CN-DST/AIDS/Ministério da Saúde - Brasília/DF <http://www.adolesite.aids.gov.br>
Aegis (AIDS Education Global Information System) - EUA <http://www.aegis.com>
Agência de Notícias da AIDS - São Paulo/SP <http://www.agenciaaids.com.br>
AIDS 2003 - Fórum Social Mundial Porto Alegre <http://www.aids2003.net>
Biblioteca Virtual de Saúde Reprodutiva <http://www.prossiga.br/fsp-usp/saudereprodutiva>
Biblioteca Virtual em Saúde - Bireme/OPAS/OMS <http://www.bireme.br>
Biblioteca Virtual Mulher - BVM <http://www.prossiga.br/bvmulher/cedim>
CCR (Comissão de Cidadania e Reprodução) - São Paulo/SP <http://www.ccr.org.br>
CDC (Centers for Disease Control and Prevention) - EUA <http://www.cdc.gov>
Cebrap (Centro Brasileiro de Análise e Planejamento) - São Paulo/SP <http://www.cebrap.org.br>
Conselho Federal de Medicina - Brasília/DF <http://www.portalmedico.org.br>
Coordenação Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde - Brasília/DF <http://www.aids.gov.br>
DataSUS - Brasília/DF <http://tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm>
Febrasgo (Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia) - Rio de Janeiro/RJ <http://www.febrasgo.com.br>
Grupo de Cooperação Técnica Horizontal em HIV/AIDS entre Países da América Latina e Caribe <http://www.gcth-sida.gov.br>
Inca (Instituto Nacional de Câncer) - Rio de Janeiro/RJ <http://www.inca.gov.br>
Ipas Brasil <http://www.ipas.org.br>
Johns Hopkins AIDS Service - EUA <http://www.hopkins-aids.edu>
Ministério da Saúde do Brasil - Brasília/DF <http://www.saude.gov.br>
Movimento Nacional de Direitos Humanos - Brasília/DF <http://www.mndh.org.br/>
NEPAIDS/USP (Núcleo de Estudos para Prevenção da AIDS da Universidade de São Paulo) <http://www.usp.br/nepaids>
Nepo/Unicamp (Núcleo de Estudos de População da Universidade Estadual de Campinas) - Campinas/SP <http://www.unicamp.br/nepo>
NIH/NIAID (National Institutes of Health/National Institute of Allergy and Infectious Diseases) - EUA <http://aidsinfo.nih.gov>
OMS (Organización Mundial de la Salud) <http://www.who.int/es/index.html>
OPAS (Organización Panamericana de la Salud) http://www.paho.org/default_spa.htm
PAHO (Pan-American Health Organization) <http://www.paho.org>
Projeto Gênero, Direitos Humanos e Saúde (Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde/SP e Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo) <http://www.mulheres.org.br>
The Lancet <http://www.lancet.com>
The Well Project <http://www.thewellproject.com>
UNAIDS (The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) <http://www.unaids.org>
UNFPA (United Nations Population Fund) <http://www.unfpa.org>
UNIFEM (Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher) - Escritório para o Brasil e o Cone Sul <http://www.undp.org.br/unifem>
UNIFEM (United Nations Development Fund for Women) <http://www.unifem.org>
UNIFEM Gender and HIV/AIDS Web Portal <http://www.genderandaids.org>
WHO (World Health Organization) <http://www.who.int/> <http://www.who.int/hiv/en>
WIHS (Women's Interagency HIV Study) - EUA <http://statepiaps.jhsph.edu/wihs>
WORLD (Women Organized to Respond to Life Threatening Disease) <http://www.womenhiv.org>

Sites de ONGs/AIDS e outras ONGs no Brasil

ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS) - *Rio de Janeiro/RJ*
<http://www.abiaids.org.br>

ACMUN (Associação Cultural de Mulheres Negras) - *Porto Alegre/RS*
<http://www.acmun.com.br>

Agende (Ações em Gênero, Cidadania e Desenvolvimento) - *Brasília/DF*
<http://www.agende.org.br>

APTA (Associação para Prevenção e Tratamento da AIDS) - *São Paulo/SP*
<http://www.apta.org.br>

ASPA (Apoio, Solidariedade e Prevenção à AIDS) - *São Leopoldo/RS*
<http://www.esperancaevinda.org.br>

Associação Betinho - *São Paulo/SP*
<http://www.crbetinho.hpg.ig.com.br>

Associação de Apoio a Portadores de AIDS Esperança e Vida - *Campinas/SP*
<http://www.esperancaevinda.org.br>

Associação de Auxílio à Criança Portadora de HIV - *São Paulo/SP*
<http://www.aacphiv.org.br>

Associação de Voluntários no Apoio aos Portadores de AIDS - *São Paulo/SP*
<http://www.avaims.org.br>

Associação Fique Vivo - *São Paulo/SP*
<http://www.fiquevivo.org>

Associação Liberdade e Vida - *São Paulo/SP*
<http://www.liberdade-vida.org>

Associação Londrinense Interdisciplinar de AIDS - *Londrina/PR*
<http://www.alia.org.br>

Banco de Horas - *Rio de Janeiro/RJ*
<http://www.bancodehoras.org.br>

Cemina (Comunicação, Educação e Informação em Gênero) - *Rio de Janeiro/RJ*
<http://www.cepia.org.br>

Centro Corsini - *Campinas/SP*
<http://www.centrocorsini.org>

Centro de Apoio a Doentes de AIDS - *Goiânia/GO*
<http://www.esperancaevinda.org.br>

Centro de Convivência Infantil Filhos de Oxum - *Taboão da Serra/SP*
<http://www.larcci.org.br>

CEPIA (Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação) - *Rio de Janeiro/RJ*
<http://www.cepia.org.br>

Cfemea (Centro Feminista de Estudos e Assessoria) - *Brasília/DF*
<http://www.cfemea.org.br>

Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde - *São Paulo/SP* Medicina Doce e Saúde da Mulher
<http://www.medicinadoce.org.br>

Conviver é Viver - *São Paulo/SP*
<http://www.convivereviver.org.br>

Criola - *Rio de Janeiro/RJ*
<http://www.criola.org.org>

ECOS (Comunicação em Sexualidade) - *São Paulo/SP*
<http://www.ecos.org.br>

Fórum de ONG/AIDS do Estado de São Paulo - *São Paulo/SP*
<http://www.forumaidssp.org.br>

Fórum de ONG/AIDS do Estado do Rio de Janeiro - *Rio de Janeiro/RJ*
<http://www.forumongaidsrj.org.br>

GAPA/BA (Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS da Bahia) - *Salvador/BA*
<http://www.gapabahia.org.br>

GAPA/BS (Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS da Baixada Santista) - *Santos/SP*
<http://usuarios.cmg.com.br/~hp-gapabs>

GAPA/SC (Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS de Santa Catarina) - *Florianópolis/SC*
<http://www.gapafloripa.hpg.ig.com.br>

GAPA/SJC (Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS de S.José dos Campos) - *São José dos Campos/SP*
<http://www.gapasjc.org.br>

GAPA/SP (Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS de S.Paulo) - *São Paulo/SP*
<http://www.gapabrsp.org.br>

GIV (Grupo de Incentivo à Vida) - *São Paulo/SP*
<http://www.giv.org.br>

Grupo Hipupiara Integração e Vida -

São Vicente/SP

<http://www.hipupiara.org.br>

Grupo Pela Vidda de São Paulo - São Paulo/SP

<http://www.aids.org.br>

Grupo Pela Vidda do Rio de Janeiro -

Rio de Janeiro/RJ

<http://www.pelavidda.org.br>

Grupo Transas do Corpo - Goiânia/GO

<http://www.transasdocorpo.com.br>

Grupo Vhiver

<http://vhiver.vilabol.uol.com.br/>

Instituto Beneficente Viva a Vida - Suzano/SP

<http://www.ibvivavida.org.br>

Musa (Mulher e Saúde) - Belo Horizonte/MG

<http://duarsoft.digiweb.psi.br/musa>

Projeto Esperança de São Miguel Paulista -

São Miguel Paulista/SP

<http://www.projesp.org.br>

Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Belo Horizonte/MG

<http://www.redesaude.org.br>

Redeh (Rede de Desenvolvimento Humano) -

Rio de Janeiro/RJ

<http://www.redeh.org.br>

Serviço de Esperança e Incentivo à Vida -

Ilha Solteira/SP

<http://www.aacphiv.org.br>

Sociedade Viva Cazuza - Rio de Janeiro/RJ

<http://www.vivacazuza.org.br>

SOE (Sempreviva Organização Feminista) -

São Paulo/SP

<http://www.sof.org.br>

Soropositivo.org - São Paulo/SP

<http://www.soropositivo.org>

SOS Corpo - Gênero e Cidadania - Recife/PE

<http://www.soscorpo.org.br>

Referências bibliográficas

- ABULARACH, Silvia; ANDERSON, Jean. "Gynecologic Problems". In US Department of Health and Human Services. Health Resources and Services Administration. *A Guide to the Clinical Care of Women with HIV/AIDS*. 2001, 1ª edição. Disponível em <http://www.hab.hrsa.gov/publications/chapter6/chapter6.htm>. Acesso em 01/10/03.
- AVERIT, Dawn. "Report from the National Conference on Women and HIV: new studies show why research on women is needed". Agosto de 1997. Disponível em <http://www.womenhiv.org/resourcemanual/newstudies.html>. Acesso em 04/11/03.
- BASS, Emily. "Ladies First: women's bodies pose challenges for HIV treatment". In *HIV Plus*. Ano 3, março de 1999. Disponível em <http://www.aegis.com/pubs/hivplus/1999/mar/ladies.html>. Acesso em 04/10/03.
- BBC Brasil.com. "Coquetel anti-AIDS dá sobrevida de dez anos", 17/10/03. Disponível em http://www.bbc.co.uk/portuguese/ciencia/story/2003/10/031017_hivlmp.shtml. Acesso em 17/10/03.
- BRASIL. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). "Censo 2000". Disponível em <http://www.ibge.gov.br/censo/default.php>. Acesso em 04/11/03.
- BRASIL. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). "Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2002". Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2002/default.shtm>. Acesso em 04/11/03.
- BRASIL. Ministério da Saúde. CN-DST/AIDS. "AIDS: etiologia, clínica, diagnóstico e tratamento". Disponível em http://www.aids.gov.br/assistencia/etiologia_diagnostico.htm. Acesso em 09/10/03.
- BRASIL. Ministério da Saúde. CN-DST/AIDS. "Comportamento da População Brasileira Sexualmente Ativa". 08/10/03. Disponível em http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/ibope_2003/briefing.doc. Acesso em 17/10/03.
- BRASIL. Ministério da Saúde. CN-DST/AIDS. "Dados de AIDS". Disponível em <http://www.aids.gov.br/final/dados/aids.htm>. Acesso em 09/10/03.
- BRASIL. Ministério da Saúde. CN-DST/AIDS. "Ministério da Saúde Duplica Distribuição de Preservativos Femininos". *Releases da CN-DST/AIDS*. Brasília, 19/03/02.
- BRASIL. Ministério da Saúde. CN-DST/AIDS. "O Perfil da AIDS no Brasil e Metas de Governo para o Controle da Epidemia". 2003. Disponível em <http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/metas/metas.pdf>. Acesso em 01/10/03.
- BRASIL. Ministério da Saúde. CN-DST/AIDS. *Boletim Epidemiológico - AIDS*. Brasília, ano XVI, nº 1, 14ª a 52ª semanas epidemiológicas, abril a dezembro de 2002. Disponível em http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/bol_dezembro_2002/boletim.asp. Acesso em 01/10/03.
- ELLIOT, Andrew. "Depressão e HIV - Avaliação e Tratamento". *Step Perspective*, volume 9, nº 1, inverno de 1997. Traduzido por Fatima Trancoso em março de 1999; revisão técnica e adaptação de José Fernando Soares, médico psiquiatra. Disponível em <http://www.pelavidda.org.br/tratamento/tratamento03.htm>. Acesso em 12/10/03.
- ESCÓSSIA, Fernanda da. "População Não-Branca Cresce Mais", *Folha de S.Paulo*, 30/09/03, p. Especial-4.
- ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. Centers for Disease Control and Prevention. "Living with HIV/AIDS". Última atualização em abril de 2003. Disponível em <http://www.cdc.gov/hiv/pubs/brochure/livingwithhiv.htm>. Acesso em 12/10/03.
- ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. National Institutes of Health. National Institute of Allergy and Infectious Diseases. "HIV Infection in Women". Maio de 2003. Disponível em <http://www.niaid.nih.gov/factsheets/womenhiv.htm>. Acesso em 01/10/03.
- ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. National Institutes of Health. National Institute of Allergy and Infectious Diseases. "How HIV Causes AIDS". Outubro/2001. Disponível em <http://www.niaid.nih.gov/factsheets/howhiv.htm>. Acesso em 09/10/03.
- GRUPO PELA VIDDA/SÃO PAULO. "Direitos". 2001. Disponível em <http://www.aids.org.br/default.asp?PaginaId=2>. Acesso em 17/10/03.
- HANNA, Leslie. "Metabolic and Body Shape Abnormalities". In *Bulletin of Experimental Treatments for AIDS*. Outono de 2000. Disponível em http://www.sfaf.org/treatment/beta/b45/b45metabolic_body_shape.html. Acesso em 16/10/03.

- HIV POSITIVE.COM. "Guidelines for Women with HIV". Disponível em <http://www.hivpositive.com/f-Women/9-WomenHIV/9-women1.html>. Acesso em 21/10/03.
- LOPES, Fernanda. "Mulheres Negras e Não Negras Vivendo com HIV/AIDS no Estado de São Paulo: um estudo sobre suas vulnerabilidades". São Paulo: 2003. [Tese de doutorado. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo]. Disponível em <http://www.usp.br/nepaids/FernandaTESE.pdf>. Acesso em 14/10/03.
- LOPES, Fernanda. "Por Que Trabalhar com o Quesito Cor?". Sem data. Disponível em <http://www.usp.br/nepaids/quesito-cor.pdf>. Acesso em 01/10/03.
- MCKEAN, Laury. "Manifestações Cutâneas Relacionadas ao HIV". *Step Perspective*, nº 4, vol. 2, junho de 1992, p. 16-17 e 30. Traduzido por Luiz Rodrigues em fevereiro de 1999; revisão técnica e adaptação de Marcio Serra, médico dermatologista. Disponível em <http://www.pelavidda.org.br/tratamento/tratamento01.htm#artigo1>. Acesso em 12/10/03.
- PAIVA, Vera; BUGAMELLI, Laura; LEME, Betina *et al.* "A Vulnerabilidade das Mulheres ao HIV É Maior por Causa dos Condicionantes de Gênero?". *Cuadernos Mujer Salud*. Nº 3, p 34-38. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. 1998. Disponível em <http://www.usp.br/nepaids/mulheres-vulner.pdf>. Acesso em 01/11/03.
- PAIVA, Vera; LATORRE, Maria do Rosário; GRAVATO, Neide *et al.* "Sexualidade de Mulheres Vivendo com HIV/AIDS em São Paulo". *Cadernos de Saúde Pública*. Nov./dez. 2002, vol. 18, nº 6, p.1609-1619. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000600015&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 31/10/03.
- PROJECT INFORM. "Folheto do Hotline sobre Manifestações Orais". Janeiro de 1996. Traduzido e adaptado ao português por Luiz Rodrigues em janeiro de 1999; revisão técnica da médica Valéria Saraceni. Disponível em <http://www.pelavidda.org.br/tratamento/tratamento08.htm>. Acesso em 12/10/03.
- REDE FEMINISTA DE SAÚDE. "Dossiê Menopausa". In *Saúde da Mulher e Direitos Reprodutivos: dossiês*. São Paulo: 2001. Disponível em <http://www.redesaude.org.br/dossies/html/dossiemenopausa.html>. Acesso em 18/10/03.
- REDE FEMINISTA DE SAÚDE. "Dossiê Mulher e AIDS". In *Saúde da Mulher e Direitos Reprodutivos: dossiês*. São Paulo: 2001. Disponível em http://www.redesaude.org.br/dossies/html/dossiêmulher_e_aids.html. Acesso em 17/10/03.
- REDE FEMINISTA DE SAÚDE. *Dossiê Assimetrias Raciais no Brasil: alerta para elaboração de políticas*. Belo Horizonte: setembro de 2003. Disponível em <http://www.redesaude.org.br/dossies/html/dossiêassimetriasraciais.html>. Acesso em 17/10/03.
- SEGATTO, Cristiane. "AIDS depois dos 50". *Época*, nº 285, 03/11/03, p. 104-106.
- UNAIDS (Programa de AIDS das Nações Unidas). "World AIDS Day". 2003. Disponível em <http://www.unaids.org/en/events/world+aids+day++.asp>. Acesso em 20/10/03.
- UNAIDS e WHO. "HIV/AIDS Regional Estimates as of end 2002". Disponível em http://www.unaids.org/html/pub/Topics/Epidemiology/RegionalEstimates2002_en_pdf.htm. Acesso em 09/10/03.
- UNICEF, UNAIDS e WHO. "HIV/AIDS and Adolescents: contributing factors, 2003". In Lopez, V. M. "HIV and Young People. A Review of the State of the Epidemic and Its Impact on World Youth". Relatório preparado como subsídio para o UNICEF. 2003. *World Youth Report 2003*. Nova York: UNICEF. Disponível em <http://www.unfpa.org/swp/2003/english/ch3/index.htm>. Acesso em 10/10/03.
- UNIFEM (Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher). "Gênero y VIH/SIDA: Empoderemos a la Mujer, Alto al VIH/SIDA". 2002. Disponível em http://www.unifem.undp.org/newsroom/events/freeofviolence/Booklet_Document_4.pdf. Acesso em 15/10/03.
- UNITED NATIONS. General Assembly. "Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Global Crisis - Global Action". Nova York: junho de 2001. Disponível em <http://www.un.org/ga/aids/coverage/FinalDeclarationHIVAIDS.html>. Acesso em 14/10/03.
- UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Saúde Pública. Assessoria de Comunicação Institucional. "Pesquisa Analisa a Mortalidade das Mulheres no Brasil". São Paulo, 9 de outubro de 2003.
- VILLELA, Wilza. "Sobre Desejos, Direitos e Necessidades". In BRITO, Nair *et al.* *Cidadãs PositHIVas*. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

- WERNECK, Jurema. "O Racismo e a Vulnerabilidade da População Negra". *Revista Lai-Lai Apejo*. Associação Cultural de Mulheres Negras. Maio de 2003. Disponível em <http://www.acmun.com.br/art8.htm>. Acesso em 01/11/03.
- WHO (Organização Mundial da Saúde). *Gender and HIV/AIDS Fact Sheet*. Novembro 2003. Disponível em <http://www.who.int/gender/documents/en/GenderHIV%20factsheet4.pdf>. Acesso em 16/10/03.
- WHO (Organização Mundial da Saúde). "Gender and HIV/AIDS". Disponível em http://www.who.int/gender/hiv_aids/en. Acesso em 16/10/03.
- WHO (Organização Mundial da Saúde). "Women and Mental Health: an evidence-based review". Genebra: 2000. Disponível em http://www.who.int/mental_health/media/en/67.pdf. Acesso em 15/10/03.
- WORLD (An Information & Support Network By, For and About Women with HIV/AIDS). "AIDS in Women: a different disease". Disponível em <http://www.womenhiv.org/resourcemanual/aidsinwomen.html>. Acesso em 04/11/03.
- XAVIER, Lúcia. "A Luta Invisível das Mulheres Negras Frente à Pandemia do HIV/AIDS". *Revista Lai-Lai Apejo*. Associação Cultural de Mulheres Negras. Maio de 2003. Disponível em <http://www.acmun.com.br/art7.htm>. Acesso em 01/11/03.

O QUE É O INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO - COMUNICAÇÃO E MÍDIA

Criado por iniciativa de ativistas feministas que atuam na área de comunicação em diversas regiões do país, o Instituto Patrícia Galvão é uma organização não-governamental que tem por objetivo desenvolver projetos sobre direitos da mulher e meios de comunicação de massa.

A comunicação e a mídia foram os focos escolhidos por serem considerados estratégicos nos projetos de transformação social e política. Entre os objetivos específicos do Instituto Patrícia Galvão incluem-se: colaborar para a construção de uma imagem de mulher na mídia que seja mais adequada à realidade das brasileiras e que reflita o crescente reconhecimento dos direitos humanos das mulheres; e contribuir para que a mídia sirva como instrumento para o combate à violação desses direitos. E-mail: ipgalvao@uol.com.br; <http://www.patriciagalvao.org.br>

UNIFEM

O Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher (UNIFEM) dá apoio financeiro e assistência técnica a programas e estratégias que promovam os direitos humanos, a participação política e a segurança econômica das mulheres.

Programa de direitos humanos, gênero e HIV/AIDS

Para o UNIFEM, o empoderamento da mulher é uma das únicas vacinas disponíveis contra o HIV/AIDS. Para colocar as dimensões de gênero e os direitos humanos relacionados à epidemia no centro das estratégias e políticas, o UNIFEM lançou um programa para reforçar a capacidade de pessoas e organizações visando a revisão das leis e políticas públicas relacionadas à prevenção, assistência e tratamento do HIV/AIDS, para que se assegure a igualdade de gênero. Além disso, o UNIFEM está colaborando com os conselhos de saúde e formuladores/as de políticas para que aumentem sua compreensão do impacto do HIV/AIDS sobre as mulheres. Em nível comunitário, o UNIFEM trabalha pela igualdade entre homens e mulheres, em um esforço para reduzir os índices de prevalência do HIV/AIDS e transformar as relações de gênero. E-mail: unifemconesul@undp.org.br; <http://www.undp.org.br/unifem>

Portal sobre gênero e HIV/AIDS

O UNIFEM, com o apoio do UNAIDS (Programa de AIDS das Nações Unidas), mantém um portal sobre gênero e HIV/AIDS (<http://www.genderandaids.org>), em inglês, com o objetivo de oferecer acesso a informações atualizadas sobre a dimensão de gênero da epidemia.