

O CAMINHO DA MULTIPLICAÇÃO

A epidemia de HIV/AIDS nunca escolheu direção certa, indo em diferentes sentidos, atracando em portos diversos. Saber que a epidemia, hoje, em comparação com os anos anteriores, apresenta índices menores em relação aos homossexuais no Rio e São Paulo, por exemplo, é uma vitória de todos nós, pessoas e organizações envolvidas nessa luta. Mas o que seria para comemorar nos leva a acender faróis e alertas: outros segmentos da população, como heterossexuais, mulheres e crianças vêm sendo cada vez mais atingidos pelo HIV.

Neste **Boletim ABIA** queremos dar continuidade a essas discussões, trazendo à tona temas tão importantes e tão pouco abordados referentes a alguns desses segmentos "esquecidos". Apresentamos artigo que reflete as preocupações, posicionamentos e ações desenvolvidas pelas lésbicas em relação à AIDS; outro, sobre a questão orfandade e AIDS, apontando a real necessidade e urgência de projetos mais específicos voltados às crianças que vivem e/ou convivem com HIV/AIDS. Há também uma entrevista inédita com Dráurio Barreira, do programa municipal de AIDS do Rio de Janeiro, que comenta as estratégias de prevenção, vigilância e assistência que vem sendo desenvolvidas.

Sabemos que muitos esforços vêm sendo feitos, mas é preciso fazer mais, redobrando forças para aplicar estratégias de prevenção cada vez mais eficientes e para atender com a devida qualidade a todas as pessoas com HIV/AIDS.

A SEGUNDA EPIDEMIA

MIGUEL FONTES

DIRETOR DA JOHN SNOW DO BRASIL/INSTITUTO PROJETO MUNDIAL PARA ÓRFÃOS (PROMUNDO)

Embora a maioria dos especialistas seja unânime em dizer que a prevenção e assistência são as únicas estratégias viáveis para a redução da incidência de HIV/AIDS, poucos conseguem definir exatamente o que deve ser feito para a redução de seus efeitos na estrutura familiar, isso principalmente em relação às crianças que não são infectadas pelo vírus ou ainda não são órfãs, mas que sentem as conseqüências diretas da doença. Algumas dessas conseqüências incluem o desalojamento, a desestruturação familiar, o risco de transmissão perinatal, entre outras. Dessa forma, esse grupo vai se constituindo numa das principais vítimas da AIDS.

O problema da AIDS entre crianças é especialmente perverso pela falta de clareza sobre como se deve atacar o problema. Como sugerido por Herbert de Souza, o Betinho, "a orfandade e vitimização de crianças, no contexto da AIDS, é o lado mais covarde e cruel da epidemia"¹. Uma das indicações mais evidentes sobre a dificuldade de trabalhar com essa população pode ser constatada na grande ênfase existente em programas para suprir as necessidades de crianças infectadas pelo vírus e órfãs. A institucionalização de crianças em "casas de apoio" tem sido a opção mais freqüente para um trabalho sistemático nessa área.

ESTRATÉGIAS

Além da institucionalização de crianças, outra estratégia adotada para tentar evitar a transmissão do HIV para crianças e as conseqüências da orfandade está relacionada a diversos programas educativos de prevenção de DST/AIDS em mulheres. Desde a mudança nos parâmetros demográfico, sexual e sócio-econômico de transmissão do HIV no Brasil no início dos anos 90, novas intervenções e políticas públicas têm sido desenvolvidas direcionadas a mulheres de baixa renda. O principal objetivo desses projetos é evitar a infecção de mulheres sexualmente ativas. Dentro dessa estratégia, o trabalho com crianças é considerado apenas de uma forma implícita, pois fazendo prevenção em mulheres, pressupõe-se que estar contribuindo conseqüentemente para prevenir os problemas relacionados à doença nas crianças.

Podemos verificar, assim, que as intervenções de prevenção e assistência de HIV/AIDS em crianças estão direcionadas somente a situações extremas. Verifica-se, de um lado, a institucionalização de crianças, e, do outro lado, as intervenções educativas em mulheres com objetos preventivos. No entanto, as populações que estão em uma situação intermediária sofrem com a falta de opções para enfrentar o processo de orfandade e desalojamento de crianças com parentes HIV positivos.

NÚMEROS

De acordo com estudos realizados no Brasil, o número de crianças infectadas pelo vírus e/ou órfãs é ainda relativamente pequeno se comparado com o número de crianças que estão passando por um processo de desalojamento e orfandade no seio familiar e em suas comunidades ². Os problemas associados a vitimização, orfandade e vulnerabilidade em crianças começam em estágios anteriores ao falecimento de um parente como conseqüência da doença. Por exemplo, uma criança com uma mãe

notificada como portadora do HIV enfrenta um processo de perda de qualidade de vida acentuado muito antes do seu falecimento. Evidências empíricas demonstram que essas crianças são mais propensas a viverem em casas de mulheres-chefes de família, sofrerem discriminação em seu ambiente escolar e comunitário e terem problemas de saúde mental³. Isso acontece independentemente dessas crianças serem portadoras do vírus ou não.

Algumas experiências internacionais têm demonstrado que há diversas possibilidades para um trabalho com crianças em situação de vulnerabilidade de se tornarem desalojadas ou órfãs em razão da AIDS⁴. Com a implementação dessas ações, diversas crianças terão a oportunidade de levar uma vida normal, sem perdas ou traumas desnecessários. Dentro desse contexto, os projetos comunitários e alternativos de prevenção e assistência a pessoas e famílias vivendo com HIV/AIDS devem ser priorizados.

AÇÕES COMUNITÁRIAS

Diversos estudos demonstraram que as ações comunitárias são as mais custo-eficientes na perspectiva dessas crianças⁵. O custo direto e indireto de casas de apoio e outras alternativas institucionais fora da comunidade para crianças com HIV/AIDS e em situação de vulnerabilidade é bastante alto em relação ao custo de projetos comunitários. Alguns desses projetos, por exemplo, em vez de criarem casas de apoio, repassam recursos para famílias afetadas pela AIDS. Esses recursos são então utilizados para manter um padrão mínimo de sustentação da estrutura familiar e ajudar nos custos relacionados a transporte e outras despesas para conseguir atendimento médico. Esses recursos contribuem significativamente para uma melhoria de qualidade de vida das famílias afetadas pela AIDS, diminuindo as conseqüências adversas da doença.

Outras ações comunitárias surgem também como alternativa para a prevenção em um estágio ainda primário de vulnerabilidade de desestruturação familiar. Alguns projetos têm desenvolvido grupos familiares em suas próprias casas para a formação de uma rede de apoio a famílias afetadas pela AIDS na comunidade. Os grupos familiares funcionam como um instrumento para minimizar a discriminação contra os portadores de HIV/AIDS e auxiliam na manutenção da estrutura familiar. Alguns projetos de geração de renda foram iniciados a partir desses grupos, e planos de custódia e adoção têm sido comuns entre seus membros. Os participantes desses grupos demonstraram também, segundo alguns estudos, um índice menor de separação conjugal.

CONDIÇÕES DE SAÚDE

Aspectos que também devem ser levados em consideração para a diminuição da transmissão perinatal do vírus incluem um enfrentamento das condições de saúde básica em mulheres HIV positivas. Um estudo realizado na África, por exemplo, demonstrou que mulheres portadoras do HIV que não apresentam deficiência de vitamina A têm uma probabilidade menor de transmitir o HIV a seus filhos durante a gravidez e no pós-parto (durante o aleitamento materno)⁶. Cabe ressaltar, no entanto, os perigos de um excesso de vitamina A, que poderia ter sérios efeitos colaterais sobre essas mulheres. De qualquer forma, uma estratégia para a diminuição de deficiência de vitamina A entre mulheres soropositivas grávidas poderia representar uma alternativa de baixo custo para a redução nos índices de transmissão perinatal.

Diversas outras alternativas de saúde mental, jurídicas e sócio-econômicas poderiam ser também adotadas para diminuir o impacto da AIDS entre as crianças vulneráveis a condições médico-sociais adversas. Com medidas simples e de baixo custo e com um trabalho multidisciplinar, pode-se implantar novos projetos que terão um impacto significativo na vida dessas crianças. Isso porque esses projetos têm uma maior possibilidade de auxiliar na manutenção da estrutura familiar dentro do contexto comunitário, o que deve ser colocado como prioridade para uma atuação efetiva nessa área. A substituição dessa estrutura significa um alto custo para essas crianças e sociedade.

A criança vulnerável à doença deve ser vista assim não somente como um objeto de necessidades, mas como um ser humano integral com seus direitos básicos respeitados e garantidos. Essas opções têm uma importância fundamental para a redução ou estabilização da condição de vulnerabilidade em que se encontram diversas crianças brasileiras de se tornarem órfãs e ficarem desalojadas em razão da AIDS. Com isso, obter-se-á também um impacto maior para o controle de uma "segunda epidemia", ou seja, a vergonhosa epidemia do descaso e desinteresse por crianças que vivem nessa situação.

Notas

1 Comentário feito por Herbert de Souza no salão de conferências da Federação das Indústrias do Rio de Janeiro, em outubro de 1996, durante a apresentação dos resultados de estudo estimativo sobre o número de crianças com AIDS no Brasil elaborado pelo PROMUNDO.

2 FONTES, M., HILLIS, J., WASEK, G. Crianças vítimas da AIDS no Brasil. Massachusetts: Instituto Projeto Mundial para órfãos; Brasília: John Snow do Brasil, 1996.

3 Resultados de pesquisas apresentadas durante a "3rd International Conference on Home and Community Care for Persons Living with HIV/AIDS". Amsterdã, 21 a 24 de maio de 1997.

4 *ibid.*

5 FONTES, M., HILLIS, J., WASEK, G. Crianças vítimas da AIDS no Brasil. Massachusetts: Instituto Projeto Mundial para órfãos; Brasília: John Snow do Brasil, 1996.

6 Estudo apresentado durante a "3rd International Conference on Home and Community Care for Persons Living with HIV/AIDS". Amsterdã, 21 a 24 de maio de 1997.

TROCANDO IDÉIAS COM DRÁURIO BARREIRA

POR JACINTO CORRÊA
JORNALISTA

MOMENTO DE REFLEXÃO E AÇÃO

Dráurio Barreira é o atual gerente do Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Há cinco anos à frente do Programa, nesta entrevista o médico de Saúde Pública apresenta o trabalho que vem desenvolvendo no município carioca, comenta as parcerias com outras esferas governamentais e faz um apanhado geral da situação da epidemia de HIV/AIDS no Rio.

COMO FUNCIONA O PROGRAMA?

Os Programas de DST/AIDS têm estrutura semelhante nos níveis municipal, estadual e nacional. Nosso Programa, como o Programa Nacional, é dividido em prevenção, vigilância epidemiológica e assistência. A área de prevenção trabalha a questão via educação e saúde, através da realização de cursos, palestras, distribuição de material educativo e de preservativos para todas as unidades do município. O Ministério da Saúde contribui com uma parcela significativa de preservativos, mas a Secretaria vem aumentando ano a ano suas compras. Em 1992, compramos 180 mil camisinhas; nos anos seguintes foram 400, 500, 600, 1 milhão e agora estamos deflagrando uma licitação de 1 milhão e 100 apenas para um trimestre, para os Programas de AIDS, Saúde da Mulher e do Adolescente. Estimulamos as unidades municipais que atendem portadores de HIV/AIDS a distribuir em torno de 20 preservativos por pessoa/mês. Após cadastradas, as pessoas podem ir direto à farmácia da unidade e pegar sua cota de camisinhas.

QUAIS SÃO AS ATIVIDADES RELACIONADAS À VIGILÂNCIA?

A vigilância é feita, hoje, basicamente de casos de AIDS notificados, não fazemos vigilância de portadores do vírus. Em razão do alto custo do tratamento, mesmo as pessoas de melhor padrão sócio-econômico estão buscando a rede pública para a realização de exames ou para fazer tratamentos. Nesse momento obtemos a notificação dos casos.

Em termos de vigilância do HIV existem três estudos-sentinelas. O primeiro, com população de baixo risco, é feito com parturientes, no momento do parto. Através do cordão umbilical do bebê, coleta-se o sangue para realização da testagem anti-HIV (atualmente é baixa, menor que fala). O segundo estudo, com população de alto risco, é realizado em clínicas de DSTs, com pessoas que, ao buscar tratamento para alguma delas, são testadas também para o vírus da AIDS; neste caso, temos encontrado prevalências extremamente altas no município do Rio de Janeiro (no espaço de dois anos, tivemos 24% e 18% de soroprevalência para o HIV). O terceiro, iniciado em março deste ano e sobre o qual ainda não temos dados, é o estudo-sentinelado de prontos socorros: a pessoa ao dar entrada no pronto socorro e que necessite de algum tipo de exame de sangue, é também testado para o HIV.

De qualquer maneira, a vigilância em HIV/AIDS é algo bastante complexo, principalmente porque as pessoas atualmente estão vivendo mais tempo com o vírus sem apresentar sintomas, ou não apresentando sintomas que configurem AIDS - o que dificulta a notificação que, nesses casos, não é obrigatória. Com a introdução da terapia tríplice, a tendência é ter cada dia mais pessoas assintomáticas, que começam precocemente o tratamento baseadas na carga viral, na contagem de CD4, demorando a apresentar sintomas. Isso impede de sabermos realmente a quantas anda a epidemia.

E O QUE FAZER DIANTE DESSE PANORAMA?

Este é um momento de reflexão do Programa Municipal e mesmo da Coordenação Nacional de DST e AIDS para saber que novos rumos seguir. Estamos numa encruzilhada: ou mantemos um modelo que vem sendo executado há 15, 17 anos, que não acompanha a evolução da terapêutica, ou repensamos a questão da vigilância através, por exemplo, do estudo-sentinel. O próprio Ministério enviou aos Programas Municipais e Estaduais pedidos de sugestões e críticas ao atual modelo de vigilância.

QUAIS SÃO AS ATIVIDADES MUNICIPAIS EM TERMOS DE ASSISTÊNCIA?

Quando iniciamos o trabalho, em 1992, o município tinha quatro unidades que prestavam assistência. Decidimos ampliar, porque essas unidades estavam sobrecarregadas, a ponto dos profissionais de saúde estarem pedindo licença por problemas de saúde e estresse. Desenvolvemos uma política de treinamento que, a princípio, funcionava quase a baixo de "decreto", pedindo para as unidades inscreverem profissionais visando formar uma equipe multidisciplinar e muitas vezes ninguém se inscrevia. Com o passar dos anos isso mudou. Em 1996 treinamos mais de 300 pessoas, e este ano a procura ainda é maior.

E QUANTO AOS HOSPITAIS-DIA?

Essa é uma das nossas experiências mais bem-sucedidas. Começamos com hospital-dia no Rocha Maia, que acabou se tornando um modelo, inclusive de treinamento, para outros hospitais-dia. Depois, abrimos um segundo, no Carmela Dutra, que já funciona parcialmente há um ano. O terceiro hospital-dia, desenvolvido em parceria com o Ministério, foi no Hospital Rafael de Paula Souza, que está em processo de municipalização. Lá temos também assistência domiciliar e terapêutica. Os hospitais-dia ajudaram a "desinchar" as internações por AIDS: às vezes para fazer uma biópsia de gânglio, por exemplo, era preciso internar a pessoa, causando desgaste emocional e físico, além de um custo totalmente desnecessário. O hospital-dia foi uma excelente saída.

E A QUESTÃO DOS EXAMES LABORATORIAIS?

Sempre tivemos uma excelente relação com a Secretaria Estadual e o Laboratório Central Noel Nutels (LACEN), laboratório de referência macro-regional, que atende Rio, Minas e Espírito Santo e que, por isso, não pode dar conta de toda a demanda, acarretando um atraso que, muitas vezes, não é suportável. Uma gestante, por exemplo, não pode aguardar três meses o resultado do teste anti-HIV, porque impede qualquer tipo de profilaxia. Sem falar nas pessoas que fazem o teste e querem saber o resultado o mais rápido possível, o que é justo e útil ao tratamento.

Recentemente conseguimos ampliar as alternativas de laboratório para o município. Hoje há o Rocha Maia, o PAM-Ilha, o Salgado Filho e o PAM-Henrique Valadares. Os resultados demoram no máximo um mês nessas unidades. Achemos que o razoável seria algo em torno de uma semana, 15 dias, o que já temos conseguido em alguns lugares, como no Rocha Maia. Em relação aos exames de carga viral e CD4 há um planejamento central do Ministério, que selecionou 32 laboratórios de referência. Temos algumas dificuldades de articulação porque os laboratórios nem sempre estão disponíveis para a população de um modo geral, muitas vezes estão muito ligados a centros de pesquisa, às universidades. São eles: o laboratório do Fundão, o do Hospital Universitário Pedro Ernesto, o do Hospital Universitário Gafreé Guinle, o da Fundação Oswaldo Cruz, o do Hospital dos servidores do Estado e, por último, o próprio LACEN. Temos conseguido realizar os exames no LACEN; as outras unidades apenas agora estão iniciando a realização de testes para a rede.

Sabemos que a demanda existente não será atendida tão cedo. Como solução definitiva para o problema sugerimos a incorporação do pagamento desses exames pelo Sistema Único de Saúde (SUS), já que vários outros laboratórios estão aptos a fazer e não é difícil conseguir os equipamentos em regime de comodato e treinar os profissionais para a realização de testes.

E A DISTRIBUIÇÃO DOS MEDICAMENTOS NO RIO?

Este é o ponto crucial. Você pode ter uma excelente vigilância, uma ótima prevenção, uma assistência altamente treinada e capacitada, mas se não tem medicamento cai tudo por terra. Foi feito um acordo, no final do ano passado, em que os três níveis de hierarquia pública participariam da compra desses medicamentos. A maior responsabilidade é do Ministério, que se comprometeu a entrar com 70% da necessidade total de cada estado, 20% de responsabilidade do estado e 10% do município. No caso específico do Rio, fizemos acordo separado com a Secretaria Estadual, já que 75% dos doentes de AIDS do estado são do município do Rio; o acordo foi de comprar meio a meio.

No primeiro momento, de setembro a novembro de 1996, o Estado do Rio, por problemas administrativos, não conseguiu realizar a compra, o que atrasou o processo. Só recentemente conseguiram uma compra bastante significativa. O Ministério fez a compra para o país inteiro, correspondendo aos 70%, só que veio de forma muito irregular, chegando em dezembro um determinado medicamento, em janeiro outro e em fevereiro os inibidores de protease. As contas do Ministério se basearam nas notificações de casos vivos daquele momento. O município, por exemplo, comprou 180 tratamentos/mês, em novembro, que correspondia a 15% do total de pacientes vivos matriculados nas unidades. Só que no momento em que avisamos que havia a disponibilidade de medicamentos, inibidores de protease, houve uma corrida às unidades e imediatamente essa demanda foi expandida. A partir daí houve um exercício, um malabarismo de vencer a máquina burocrática de todos os níveis para ampliar essas compras e com a agilidade necessária.

Atualmente não falta qualquer medicamento na rede municipal para os pacientes de AIDS. A dificuldade é conseguir controlar a mudança de esquema de tratamento e a mudança na grade de distribuição desses medicamentos. Por exemplo: ao fazer a primeira compra dos inibidores de protease, não privilegiamos um fabricante em detrimento dos outros dois. Não havia como comprovar com base científica que um era melhor que o outro. Então, nesse primeiro momento, tanto o Ministério, quanto o estado e o município tiveram que comprar 33% de cada fabricante.

O grande problema que enfrentamos é que cada médico coloca a prescrição que julga melhor, o que, muitas vezes, faz com que um medicamento tenha uma procura maior do que outro. Hoje procuramos informar às unidades sobre a disponibilidade do estoque, porque temos muitos pacientes aguardando o início de tratamento, mas não há aquele remédio prescrito pelo médico. Isso é complicado, porque é como se estivéssemos interferindo na prescrição médica, o que não é nosso desejo; mas por outro lado, é terrível ter medicamentos sobrando e saber que há gente esperando. Dentro de poucos dias, por exemplo, teremos uma nova droga que não estava disponível até então. Isso pode mexer com a grade novamente. Na verdade, esses ajustes sempre vão acontecer, a menos que, numa situação ideal, possamos trabalhar com estoques sobrando de todos os medicamentos.

QUAIS SÃO OS SEGMENTOS NO RIO, HOJE, MAIS ATINGIDOS PELA EPIDEMIA?

O quadro epidemiológico do Rio é igual ao do resto do país, diferenciando-se apenas no fato de apresentar um índice menor quanto à infecção via uso de drogas injetáveis. Categorias tradicionalmente afetadas, como homossexuais masculinos, bissexuais, hemofílicos e pessoas infectadas via transfusão de sangue apontam um decréscimo importante na epidemia. Hoje, a epidemia cresce entre heterossexuais, mulheres e, conseqüentemente, crianças. Pela primeira vez, em 1996, tivemos a soma do número de heterossexuais de ambos os sexos maior do que homossexuais e bissexuais somados. Isso aponta uma explosão da epidemia como talvez nunca visto. No momento deveríamos estar comemorando uma estabilização, ou seja, é a primeira vez que a epidemia de HIV/AIDS pára de crescer e apresenta um número de mortos menor do que no ano passado em cidades como Rio, São Paulo e Nova Iorque. Mas isso infelizmente não é motivo de comemoração, porque o que podemos prever, baseados na vigilância epidemiológica, é que mesmo que continuemos a ter uma consistente queda do número de mortos em 1997 e nos próximos anos - principalmente em função da eficácia dos atuais medicamentos - a questão da prevenção continua a ser um desafio.

ESCLARECENDO SUA DÚVIDA

É POSSÍVEL SE INFECTAR COM O HIV PELO BEIJO NA BOCA?

Em relação às notícias veiculadas pelos principais jornais do país sobre o possível primeiro caso de infecção de HIV através de beijo na boca, é importante esclarecer que a quantidade de vírus na saliva não é expressiva para considerarmos tal possibilidade. Além disso, existem substâncias inativadoras do HIV na saliva que aproximam os riscos da infecção a quase zero.

No Brasil não existem casos de infecção através da saliva relatados na literatura médica. Essa possibilidade, mais teórica e relacionada a situações em que haja sangue infectado misturado à saliva devido a uma lesão na boca.

JOSÉ MARMO DA SILVA
DENTISTA E COORDENADOR DO PROJETO ARAYÊ, DA ABIA

O QUE É CONDILOMA ACUMINADO?

O condiloma acuminado é uma doença sexualmente transmissível causada por um vírus do grupo papovavírus, comum entre as pessoas de ambos os sexos que mantêm vida sexual ativa, principalmente aqueles com múltiplos parceiros.

A manifestação da doença é caracterizada pelo aparecimento de lesões vegetantes, como pequenas verrugas, isoladas ou em grupo, que, ao crescerem, tomam o aspecto de "couve-flor" ou de "crista de galo" (como, aliás, a doença, chamada popularmente em algumas regiões do Brasil). Tais lesões localizam-se quase sempre na região genital, perigenital ou peri-anal do homem e da mulher, e surgem cerca de 3 a 4 meses após o contato sexual com o(a) parceiro(a) infectado(a). Alguns indivíduos podem ser portadores do vírus sem que apresentem, no entanto, qualquer tipo de manifestação clínica. Além disso, é importante salientar que existe associação, em alguns casos, entre a infecção pelo vírus causador de condiloma e o câncer de colo de útero, principalmente quando há lesão de longa duração.

O tratamento é realizado através da remoção física das lesões. Podem ser utilizadas para esse fim substâncias químicas como a podofilina e o ácido tricloroacético, que "queimam" as lesões, promovendo a morte das células infectadas. Essas substâncias devem ser utilizadas com muito cuidado e de preferência aplicadas por profissionais de saúde ou pelo próprio paciente, após ter sido treinado. Outras opções de tratamento incluem a crioterapia (tratamento da lesão pelo frio) e a cirurgia, reservada normalmente para as lesões excepcionalmente grandes.

Até o momento, não existe vacina que estimule o organismo a combater o vírus. Assim, a prevenção é a mesma que existe para quase todas as doenças sexualmente transmissíveis: o uso de preservativo. No caso das mulheres, recomenda-se a realização de exames ginecológicos periódicos (pelo menos uma vez ao ano) para a detecção e tratamento precoces de lesões que podem existir sem qualquer sintoma.

ANDRÉ DE LORENZI
MÉDICO INFECTOLOGISTA - RIO DE JANEIRO

AGENDA LACCASO

As informações que se seguem fazem parte de um informe produzido pelo Conselho Latino-Americano de Organizações com Serviços em AIDS (LACCASO), do qual a ABIA participa. O objetivo é apresentar informações, principalmente às entidades que trabalham com HIV/AIDS, sobre alguns dos eventos mais importantes da região.

VII REUNIÃO IBERO-AMERICANA

Nos próximos dias 8 e 9 de novembro, acontecer a VII Reunião Ibero-americana na Ilha Margarita, Venezuela. A Ação Cidadã contra a AIDS, de Caracas, membro da LACCASO, há alguns meses deu início a gestões destinadas à inclusão de um texto sobre HIV na Declaração Final da Reunião.

XII CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE AIDS

O comitê organizador da XII Conferência Internacional sobre AIDS, que acontecer de 28 de junho a 3 de julho de 1998, em Genebra enviou convite a Juan Jacobo Hernandez, coordenador do Colectivo Sol, para que participe como membro do Comitê Científico da Conferência no Track C, que corresponde a aspectos epidemiológicos e de saúde pública. O comitê se reunirá pela primeira vez de 20 a 22 de março de 1998 para abordar os conteúdos de cada track. A participação latino-americana se distribui assim: Track B, Ciências Clínicas: Pedro Cahn, da Argentina, e Ezio Távora dos Santos Filho (Pela VIDDA/RJ). Track C: Mabel Bianco, da Argentina, co-presidenta, e Juan Jacobo Hernandez, do México. Track D: Jane Galvão (ABIA) e Ana Luisa Liguori, do México.

ESTUDO SOBRE ACESSO A MEDICAMENTOS

Julie Stowers, da Universidade do Estado de Washington (EUA), informa sobre estudo que trata da disponibilidade de medicamentos anti-HIV no mundo. Interessados em participar, contatar:

Julie K. Stowers
Pharmaceutical Economics
Washington State University
College of Pharmacy
P.O. Box 64164-6510
Pulman, Washington 99164-6510
Tel: (509) 335-1865
Fax: (509) 335-0162
E-mail: stowers@mail.wsu.edu

DIREITOS HUMANOS E AIDS NO NORTE DO BRASIL

De 22 a 24 de outubro acontecer em Recife o Encontro sobre Direitos Humanos e Aids no Norte do Brasil. O evento está sendo organizado pelo Grupo Gestos, a RedLAC e o LACCASO. Para maiores informações, contatar:

Acioli Neto - Gestos
Rua dos Médicos, 68
Recife/PE - 50070-290
Tel e fax: (081) 231-4561
E-mail: gestos@elogica.com.br

Edgar Carrasco - ACCSI
Apartado Postal 4734
Caracas 1010, Venezuela
Tel e fax: (584) 235-9215
E-mail: accsi@ccs.internet.ve

REUNIÃO DO PCB DA UNAIDS

De 1º a 5 de setembro, Mabel Bianco, da Argentina, participar de reunião de Planejamento e Coordenação Regional do Programme Coordinating Board (PCB) da UNAIDS, anterior à reunião global que acontecer em Nairobi, em novembro. Está disponível, em inglês, o relatório da reunião global do PCB ocorrida em Genebra, em abril de 1997. Solicitar cópias ao Colectivo Sol.

VI CONGRESSO NACIONAL SOBRE AIDS NO MÉXICO

De 29 a 31 de outubro de 1997 acontecer no Palácio de Medicina da Cidade do México o VI Congresso Nacional sobre AIDS. A data limite para a entrega de trabalhos e para inscrição é 17 de setembro. Informações e inscrições:

Calzada de Tlalpan # 4585, 2º piso
Col. Toriello Guerra 14050 México, D.F.
Tel: 528 4874, 528 4865, 528 4637, 528 4084, Fax: 528 422.

OFICINA DE PROSSEGUIMENTO AO SIMPÓSIO TRINACIONAL

Nos dias 22 e 23 de setembro de 1997 acontecer em Washington (EUA) oficina de prosseguimento ao Simpósio Trinacional Canadá -EUA-México, ocorrido durante a última Conferência Internacional de AIDS, em Vancouver. Os objetivos da oficina são trocar experiências entre cada país, trocar informação sobre novas iniciativas e melhores práticas, e incrementar a colaboração nos esforços contra o HIV/AIDS nesses países.

Maiores informações na LACCASO, contatar:

Juan Jacobo Hernandez e Anuar Luna C.
c/o Colectivo Sol / LACCASO
Apartado Postal 13-320
03500 México, D. F.
Tel/fax: (525) 606 7216, 666 6849
E-mail: colsol@laneta.apc.org

PEQUENOS FUNDOS PARA MINORIAS SEXUAIS

O Fundo Internacional para as Minorias Sexuais (ASTRAEA – EUA) enviou cópia de formulários e regulamentos para a solicitação de fundos. A ASTRAEA dispõe de pequenos fundos, variando de US\$ 500 a US\$ 6 mil para organizações gays-lésbicas. Se alguma organização estiver interessada, solicitar cópia dos formulários e regulamentos ao Colectivo Sol.

I CONFERÊNCIA DE TRABALHO SEXUAL NA ÍNDIA

A I Conferência Nacional de Trabalhadores Sexuais acontecer em Calcutá , de 14 a 16 de novembro. Maiores informações com:

Durbor Mahila Sanahwaya Committee
8/2 Bhawani Duna Lane Calcutta 700 073, Índia
Tel:(9133) 241 6283/6200
Fax:(9133) 241 6283
E-mail:sjana@giasciol.vsnl.net.in

ENCONTRO DE SANTIAGO

Em 30 de agosto acontecer, em Santiago do Chile, o Encontro Nacional de Pessoas que Vivem com HIV. Informações sobre os resultados do encontro, com:

Enrique Vargas Lacaros
Conselho de Comissões do Encontro
Tel:(562) 335-0071 Fax:(562) 232 4120
ou via e-mail da Rede de Ação Comunitária
em HIV/AIDS: redacom@nova.humanista.cl

SEMINÁRIO UNESCO NO CHILE

De 1º a 15 de setembro acontecerá , em Santiago, o Seminário Regional de Formulação de Políticas e Tomada de Decisões para Potencializar a Contribuição do Ensino Formal Prevenção do HIV/AIDS na América Latina. Maiores detalhes:

Casilla 14.167 Correo 21
Santiago do Chile
Tel: (562) 222 8356 Fax: (562) 274 3442
E-mail: redacom@nova.humanista.cl

LESBIANISMO E AIDS

MIRIAN MARTINHO

COORDENADORA GERAL DA REDE DE INFORMAÇÃO UM OUTRO OLHAR

Quando se aborda o tema lesbianismo e AIDS, a primeira questão que vem à mente das pessoas é se há risco de contaminação pelo HIV na relação mulher-mulher. O assunto, contudo, não se limita a esse aspecto clínico, passando também pela questão da identidade e do comportamento sexual das mulheres que fazem sexo com outras mulheres. A diferenciação entre identidade e comportamento sexual redimensiona o problema, possibilitando analisá-lo em toda a sua complexidade e ajudando a desfazer o mito de que lésbicas não pegam AIDS.

Em primeiro lugar, à parte a questão da transmissão mulher-mulher, é importante entender que muitas mulheres, mesmo identificando-se como lésbicas, também fazem sexo não-seguro com homens (incluindo gays), por curiosidade, prazer, pressão social ou trabalho. Outras, relacionando-se exclusivamente com mulheres ou também com homens, são igualmente usuárias de drogas injetáveis e, muitas vezes, não observam os cuidados básicos de esterilização de agulhas e seringas. Outras, ainda já fizeram transfusão de sangue ou inseminação artificial e podem ter se contaminado por meio desses procedimentos.

Enfim, mulheres cuja orientação erótico-afetiva é prioritariamente dirigida a outras mulheres, identificando-se como lésbicas, podem ter comportamentos de risco ou haver passado por situações de risco como quaisquer outras pessoas. Não há, portanto, qualquer base para afirmar que lésbicas não pegam AIDS, como se esse grupo social tivesse alguma imunidade intrínseca à síndrome.

RISCOS DE INFECÇÃO

Como dito acima, a questão do risco de infecção pelo HIV na relação mulher-mulher é a primeira coisa que as pessoas pensam em termos de lesbianismo e AIDS. Entretanto, dado o número reduzidíssimo de pesquisas sobre o assunto e a inexistência de um sistema de classificação específico para esse grupo social, ou a existência de classificações totalmente arbitrárias, nos boletins epidemiológicos dos ministérios e centros de saúde, torna-se difícil determinar qual o grau de risco das diferentes atividades sexuais entre mulheres.

Para se ter uma idéia, pela classificação ainda vigente nos centros norte-americanos de controle de doenças, uma mulher só é considerada lésbica caso tenha se relacionado apenas com mulheres nos últimos 20 anos. Por esse critério, considerando a média de idade com que as mulheres geralmente começam a transar nos países ocidentais, uma mulher só pode ser tida como lésbica após os 35 anos. Nem é preciso falar dos erros estatísticos decorrentes de tal visão. No Brasil, simplesmente inexistente qualquer critério de classificação para mulheres que se relacionam com mulheres, não havendo, conseqüentemente, como determinar o número de lésbicas infectadas (quantas das mulheres atualmente infectadas, definidas como heterossexuais, podem também haver se relacionado ou ainda se relacionar com mulheres?).

De fato, o que se pode afirmar, com base nos poucos casos de transmissão mulher-mulher¹ e nas informações genéricas sobre a transmissão do HIV (por exemplo, contato desprotegido com fluidos vaginais e sangue menstrual), , que h risco sim de transmissão nas relações sexuais entre mulheres, embora esse seja pequeno e ainda pouco determinado. Em termos de prevenção, devido à ausência de estudos sobre o assunto, não existe material preventivo específico para mulheres. Costuma-se propor, como medida de sexo mais seguro, o uso de luvas de látex para o sexo digital (toque na vagina ou penetração com os dedos), o uso de barreiras de látex, improvisadas a partir de camisinhas cortadas, sobre a vagina ou o ânus, para o sexo oral e o tribadismo, ou simplesmente a abstenção sexual quando algumas das parceiras estiver com problemas bucais, como gengivite, ou cortes ou arranhões nos dedos ou nas mãos, particularmente durante o período menstrual.

CAMPANHAS DE PREVENÇÃO MAIS EFETIVAS

Para a realização de campanhas de prevenção mais efetivas, dirigidas a mulheres que se relacionam sexualmente com outras mulheres, ainda h um longo caminho a percorrer e muito a reivindicar. Em primeiro lugar, é necessário propor aos órgãos públicos a criação de uma classificação especial para lésbicas na coleta de dados epidemiológicos sobre a AIDS, de modo que se possa ter uma idéia do número de mulheres infectadas, bem como a criação de material preventivo específico, além da agilização do lançamento no mercado da chamada camisinha feminina.

Faz-se necessário, também, propor aos órgãos públicos e entidades de pesquisa o encaminhamento de estudos sobre os riscos de transmissão do HIV nas diferentes práticas sexuais entre as mulheres, que levem em consideração as diferenças entre a identidade e o comportamento sexual das entrevistadas, sua situação social e outros fatores de risco.

Faz-se necessário, ainda, promover junto à opinião pública, em particular junto a profissionais e serviços de saúde, a desmistificação da suposta heterossexualidade hegemônica entre a população feminina e dos preconceitos sobre a homossexual idade em geral. Cumpre igualmente informar, em especial a profissionais de saúde e organizações que trabalham na prevenção à AIDS, sobre o atual nível de conhecimento a respeito da temática lésbicas e AIDS, não só para combater o mito da "imunidade natural" das mulheres homossexuais ao HIV, como também para ampliar a discussão sobre o assunto e garantir um melhor atendimento à população de mulheres que fazem sexo com outras mulheres².

Notas

1.Kennedy, M-B-, Scarlett, M,l., Duer A-C- et al. Assessing HIV risk among women who have sex with women : scientific and communication issues, In: journal of the American Medical Women's Association (50), 1995. p:103-107

2.Em São Paulo, nós, da Rede de Informação Um Outro Olhar, já recebemos várias queixas contra alguns Disque-AIDS, por parte de usuárias que solicitaram informações sobre a possível transmissão do HIV na relação entre mulheres, quando obtiveram como resposta a velha história de que lésbica não pega AIDS ou de que o serviço não sabia dar maiores esclarecimentos a respeito.

UM OUTRO OLHAR

A Rede de Informação Um Outro Olhar , uma organização não-governamental sem fins lucrativos, fundada em 1990, que atua na área de saúde e direitos humanos de mulheres e minorias sexuais.

Na área de saúde, desde 1994 vem desenvolvendo trabalhos de prevenção à AIDS e a doenças sexualmente transmissíveis para mulheres, com recorte para a população de mulheres que se relacionam com mulheres, através dos seguintes projetos:

Prazer sem Medo (para mulheres que se relacionam com mulheres): campanha composta de cartaz, folheto, cartilha e boletins, visando informar à população lésbica e bissexual sobre a importância da prevenção às doenças sexualmente transmissíveis e a AIDS dentro de uma perspectiva de saúde integral da mulher.

Conversando sobre saúde (para mulheres em geral) : trabalho composto de atendimento telefônico, realização de oficinas, cursos, debates, exibição de vídeos e elaboração de cartaz e folheto, visando informar à população feminina sobre a importância da prevenção às doenças sexualmente transmissíveis e à AIDS dentro de uma perspectiva de saúde integral da mulher.

A Arte da Prevenção: Combatendo a AIDS no Peri (dirigido a mulheres de baixa renda): trabalho composto de cartaz, folder, camiseta, oficinas, vídeo-debate, curso e apresentação teatral.

Na área de direitos humanos, a Rede organizou três encontros nacionais de gays, lésbicas e travestis: VII Encontro Brasileiro de Lésbicas e Homossexuais (1993), IX Encontro Brasileiro de Gays, Lésbicas e Travestis e II Encontro Brasileiro de Gays, Lésbicas e Travestis que Trabalham com AIDS (1997); co-fundou a Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Travestis (1995) e atuou como Secretária de Mulheres da Associação Internacional de Gays e Lésbicas (ILGA) 1995-1997). Atualmente trabalha junto ao Fórum de Direitos da Pessoa Humana da Comissão de Direitos Humanos e Cidadania da Câmara Municipal de São Paulo. Nesta área, a Rede igualmente ministra palestras e organiza oficinas e debates, em sua sede, ou em escolas, faculdades e postos de saúde.

A Rede ainda publica quadrimestralmente a revista Um Outro Olhar, que aborda, além de temas referentes à militância e aos direitos de gays, lésbicas e travestis em todo mundo, depoimentos e assuntos sobre arte e cultura relativos à vivência lésbica.

Contatos: Caixa Postal 65092 - São Paulo/SP - 01390-970 Tel.: (011) 284-5610 E-mail: uoo@uol.com.br

OUTRAS PALAVRAS

CABARET PREVENÇÃO

Finalizando o Projeto Homens que Fazem sexo com Homens (HSH), desenvolvido pela ABIA com o apoio do FHI/AIDSCAP e da Coordenação Nacional de DST e AIDS do Ministério da Saúde, foi publicado o livro Cabaret Prevenção, assinado por Vagner de Almeida, cujos textos foram criados coletivamente pelos participantes da Oficina de Teatro Expressionista Sexualidade e AIDS.

Cabaret Prevenção apresenta o roteiro da peça encenada no Teatro Alaska, Rio de Janeiro, de janeiro a março de 1995, e resume com bastante propriedade o principal objetivo do Projeto HSH: o de construir uma abordagem alternativa, trabalhando com questões ligadas a cidadania, opressão sexual e sexo mais seguro. Pedidos à ABIA.

HIV NOS TRIBUNAIS

Acaba de ser lançado HIV nos Tribunais, livro produzido pela Rede Nacional de Direitos Humanos em HIV/AIDS, da Coordenação Nacional de DST e AIDS. Nesta primeira edição, o autor Marcelo Moscoliato, procurador da República e professor de Direito na Universidade de Taubaté(SP), trata de aspectos de jurisprudência cível da AIDS no Brasil, como acidentes do trabalho, FGTS, assistência médico-hospitalar, seguro de vida, entre outros, assim como de jurisprudência criminal.

Para adquirir a edição, contatar a Rede Nacional de Direitos Humanos em HIV/AIDS:

Esplanada dos Ministérios - Bloco
G - Sobreloja 70058-900 Brasília - DF
Tel.:(061) 315-2441
Fax :(061) 323-8620

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS – ABIA Entidade de Utilidade Pública Federal, Estadual e Municipal Entidade de Fins Filantrópicos	EXPEDIENTE Boletim ABIA nº 36 Abril/Julho de 1997 Tiragem: 12.000 exemplares Distribuição interna Jornalista responsável e Coordenação editorial: Jacinto Corrêa - MT 19273 CONSELHO EDITORIAL: Bia Salgueiro, Fernando Sá, Jane Galvão, José Marmo da Silva, Marcelo Secron Bessa, Richard Parker e Veriano Terto Jr.	REVISÃO: Marta Torres e Cláudio Oliveira Ilustrações: Affonso Araujo Programação visual, editoração eletrônica, produção gráfica e fotolitos: A 4 Mãos LTDA Impressão: Gráfica Lidador <i>Este boletim foi financiado com recursos da EZE/Evangelische Zentralstelle Entwicklungshilfe e V.</i>
DISTRIBUIÇÃO GRATUITA		