

MÉTODOS CONTROLADOS POR MULHERES

Desde o início dos anos 90, quando a feminização da epidemia da AIDS no Brasil começou a ficar mais evidente, a preocupação com a prevenção do HIV/AIDS entre as mulheres tem sido uma prioridade no trabalho da ABIA. Em uma sociedade caracterizada por extrema desigualdade nas relações de gênero, onde as relações de poder e a ameaça freqüente de violência muitas vezes impossibilitam a mulher de negociar práticas sexuais mais seguras, métodos tradicionais de prevenção como o preservativo masculino podem ser inadequados ou inviáveis para as verdadeiras circunstâncias de vida de muitas mulheres. Apesar disso, enquanto no Brasil houve uma expressiva mobilização e investimento em avanços tecnológicos para o desenvolvimento de vacinas anti-HIV até muito recentemente pouco se falava sobre técnicas e tecnologias preventivas controladas pelas mulheres - seja o preservativo feminino, os microbicidas ou outras alternativas preventivas capazes de aumentar as opções e os poderes da mulher nas suas relações sexuais.

Ao longo dos últimos anos, aos poucos e ainda timidamente, este quadro mudou. Surgiram iniciativas como a recente pesquisa do Ministério da Saúde e o Núcleo de Estudos de População (NEPO) da Unicamp sobre a camisinha feminina, uma pesquisa realizada pelo Cemicamp sobre o microbicida Acidform, e uma priorização maior da área da saúde da mulher de um modo geral. Ainda assim, o sexismo tradicional, profundamente enraizado, da medicina e da ciência de um modo geral continua limitando investimentos maiores no desenvolvimento e promoção de métodos preventivos mais adequados para as mulheres.

Como ainda persiste a falta de conhecimento e investimento sobre esta temática, tem sido estabelecido como prioridade da ABIA para os próximos anos um trabalho de advocacy e a disseminação de informações atualizadas sobre o leque de métodos controlados pelas mulheres para a prevenção de HIV/AIDS. Este número do **Boletim ABIA** procura dar um primeiro passo neste sentido, resumindo diversas iniciativas nacionais e internacionais que buscam quebrar as limitações das abordagens tradicionais que infelizmente ainda vigoram em muitas das melhores iniciativas frente à AIDS - e também contribuir para uma luta mais ampla em um mundo onde todos, independente do gênero, tenham os mesmos direitos à prevenção de risco e à vivência plena da saúde sexual e reprodutiva.

NOVO PROJETO DA ABIA TEM FOCO NA SAÚDE REPRODUTIVA

ANGELA FREITAS

Socióloga e Assessora de Projeto da ABIA

O rápido crescimento do número de mulheres brasileiras infectadas pelo HIV é um dos pontos de partida do projeto "Respondendo à Epidemia de HIV/AIDS no Brasil - métodos de prevenção controlados pelas mulheres", Iniciado em maio de 1999, o projeto enfatiza a cor-relação entre a epidemia da AIDs e a vida sexual e reprodutiva, ressaltando a importância de se criar estratégias de prevenção que levem em conta as questões de poder contidas na dinâmica das relações heterossexuais.

PONTO DE PARTIDA

O Brasil está entre os países em que a epidemia do HIV/AIDS atinge cada vez mais as mulheres, em sua maioria casadas ou vivendo com parceiro fixo, com baixo nível educacional, escasso acesso a informações e precário acesso a serviços de saúde. Com um cotidiano marcado pela falta de autonomia ou de poder na relação com os homens, em geral as mulheres não conseguem negociar com seus parceiros a adoção de atitudes preventivas nas relações sexuais. Outro aspecto que merece atenção é a redução cada vez mais acentuada da idade média de iniciação sexual das adolescentes.

A Conferência Internacional de AIDs realizada em Berlim no ano de 1993 foi um marco na visibilização da tendência à feminização da doença, trazendo reforço político para a atuação tanto de pesquisadores(as) como de setores do movimento de mulheres preocupados com a questão. A partir de então iniciativas têm sido mobilizadas para analisar a vulnerabilidade da população feminina, detectando riscos que têm origem em fatores socioculturais e biológicos. Nos anos seguintes, as Conferências da ONU (Cairo/1994 e Beijing/1995) referendaram a valorização de políticas públicas voltadas para o tema, introduzindo capítulos específicos em suas respectivas Plataformas de Ação.

Desde o início da epidemia da AIDs, o Brasil vem desenvolvendo ações públicas para fazer face a ela, seja no âmbito da sociedade civil ou através do Programa Nacional de DsT/AIDS. Entretanto, assumir a feminização da doença tem sido iniciativa mais recente e gradual. A Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde tem buscado maior articulação com o Programa de AIDs, abrindo caminhos para o desenvolvimento de ações específicas no âmbito do atendimento à saúde sexual e reprodutiva. Mas estas ações tendem a se esbarrar na desinformação e em atitudes muitas vezes preconceituosas por parte de profissionais de saúde. Um exemplo é que, durante algum tempo, os sintomas de AIDs, quando apresentados nas mulheres, não eram imediatamente

relacionados à doença em consequência da visão estereotipada de que elas não pertenciam ao "grupo de risco".

Ainda há uma falta de entendimento sobre os aspectos comportamentais da epidemia no País. Persistem noções equivocadas sobre promiscuidade; uma percepção ainda estereotipada a respeito da prostituição; uma abordagem com relação a usuários(as) de drogas injetáveis que parece ignorar que são pessoas com vida sexual; e é marcante o escamoteamento da bissexualidade masculina. Tudo isso ganha contornos mais dramáticos quando se leva em consideração o quadro sociopolítico e econômico do país, que tem trazido limitações orçamentárias e entraves burocráticos para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

RESPONDENDO À EPIDEMIA

Em sintonia com esta realidade, o projeto da ABIA pretende trazer uma contribuição para o avanço das estratégias governamentais e não governamentais, através da sistematização e disponibilização das principais informações existentes. Além das mulheres, que são o principal público, o projeto está voltado para ativistas, pesquisadores(as), profissionais de saúde, legisladores(as), agentes da cooperação internacional e bilateral, assim como a mídia, de forma a alcançar a opinião pública. Estão sendo reunidas informações sobre iniciativas governamentais e não-governamentais, assim como os principais resultados obtidos no campo da produção de conhecimento a respeito da saúde reprodutiva e sua ligação com a epidemia da AIDS. Diante da necessidade da prevenção estabelecer um recorte estratégico, foi escolhido como foco principal do projeto a constatação de que a vulnerabilidade das mulheres à doença se estrutura em sua falta de poder, acreditando que esta falta de poder pode ser reduzida se elas dispuserem de opções para a prevenção mais de acordo com a complexidade de suas vidas.

LINHAS DE AÇÃO

1.Consultorias – A ABIA contratou quatro consultorias pra sistematizar dados e estudos garimpados entre o vasto acervo brasileiro de conhecimentos produzidos, ao longo dos últimos anos, tanto pela comunidade científica como por ativistas dedicados(as) aos temas da AIDS, mulheres e saúde sexual e reprodutiva. A idéia é propiciar subsídios para a elaboração de um diagnóstico que aponte as lacunas em termos das ações no âmbito governamental e não governamental. Este diagnóstico será utilizado como documento de trabalho, na realização de seminários nacionais, encontros regionais e treinamentos.

A primeira consultoria, sob responsabilidade de Francisco Bastos (médico-ENSP/Fiocruz), trará um panorama epidemiológico atualizado sobre AIDS e mulheres no Brasil, a partir de uma revisão bibliográfica das investigações produzidas ao longo dos últimos 5 anos, estabelecendo suas correlações com dados sobre saúde sexual e reprodutiva como fecundidade, utilização de métodos contraceptivos, mortalidade materna, aborto, incidência de outras DSTs e de câncer ginecológico etc.

A segunda, sob responsabilidade de Ludmila Cavalcanti e Luciana Zucco (assistentes sociais e coordenadoras do Núcleo de Estudos e Ações em Saúde Reprodutiva da Escola de Serviço Social de UFRJ), tem o objetivo de elaborar um mapa das iniciativas não-governamentais brasileiras dentro da temática da prevenção do HIV/DSTs/AIDS, tendo como marco a saúde sexual e reprodutiva ou a questão da violência sexual.

A terceira consultoria, a cargo de Regina Barbosa (médica sanitária-Nepo), se refere a um mapeamento dos métodos de prevenção à gravidez e DST/AIDS disponíveis para as mulheres, incluindo aqueles que estão em pesquisa. Como resultado teremos um balanço sobre a disponibilização e uso desses métodos, sobretudo o diafragma, o próprio condom masculino, os espermicidas e, mais recentemente o condom feminino.

A quarta consultoria será desenvolvida por Margareth Arilha (psicóloga-ECOS), analisando o panorama das políticas governamentais que têm sido oferecidas para as mulheres, de prevenção não somente do HIV mas também de outras DSTs e da gravidez. A idéia é explorar as interfaces entre os diferentes programas e instituições envolvidas, centradamente o Programa de Atendimento Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) e a Coordenação Nacional de DST e AIDS.

2. Publicações – Como parte do projeto, será editado um livro com o resultado das consultorias, uma coletânea de textos traduzidos considerados básicos para a discussão sobre métodos controlados por mulheres, e folhetos informativos, estes destinados a um público mais amplo.

3. Ação na mídia – Valorizando o diálogo com a mídia, o projeto pretende levar informações aos principais órgãos da imprensa nacional, sensibilizando alguns de seus profissionais para uma abordagem atualizada sobre a questão do HIV/AIDS em sua relação com a saúde reprodutiva. Boletins e jornais de ONGs dedicadas ao tema da AIDS ou às questões relativas a mulheres e Gênero deverão ser contemplados nessa estratégia, assim como aqueles editados por entidades que congregam profissionais da área médica. Como instrumentos importantes de apoio para o desenvolvimento deste trabalho, o projeto conta com a homepage da ABIA e o Centro de Documentação da instituição.

MICROBICIDAS

MAIS UMA ALTERNATIVA NO COMBATE ÀS DSTs/AIDS

O Centro pela Saúde e Equidade de Gênero (CHANGE) lidera uma campanha mundial pelo desenvolvimento de novos métodos de prevenção controlados por mulheres, centrada principalmente na reivindicação por pesquisas com microbicidas tópicos como parte de uma ampla política pública de saúde. É a "Campanha global por alternativas para mulheres na prevenção contra doenças sexualmente transmissíveis e HIV", que recebe o apoio da UNAIDS, Comunidade Internacional de Mulheres Vivendo com AIDS, Ipas, Alan Guttmacher Institute e diversos grupos feministas dos Estados Unidos, África e Ásia. Em nossa região, a Rede de Saúde das Mulheres da América Latina e Caribe e o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde (SP) integram o conjunto de entidades que apoiam a campanha.

O Boletim ABIA entrou em contato com as coordenadoras deste trabalho, que forneceram um kit de folhetos explicativos com informações importantes, como essas que reproduzimos a seguir:

- **O que é microbicida?**

É qualquer substância que, quando aplicada na vagina ou no ânus, reduz substancialmente a transmissão das DSTs. Os microbicidas podem ser produzidos em forma de geléias, cremes, supositórios ou filmes (produto que ao ser introduzido na vagina forma uma camada protetora envolvendo todo o órgão).

- **Como funciona o microbicida?**

Dependendo do tipo de microbicida que está sendo produzido, eles podem matar ou imobilizar os vírus e bactérias, ou ainda bloquear a infecção através da formação de uma barreira física entre o agente patogênico e a vagina (ou o ânus).

- **Já existem microbicidas no mercado?**

Não, mas estão sendo realizados testes para verificar se os espermicidas atualmente existentes (e outras substâncias já utilizadas em diferentes medicamentos vaginais existentes no mercado) ajudam a prevenir a contaminação pelo HIV ou outras DSTs. No mundo, há dezenas de produtos sendo testados, mas apenas 23 em fase de testes clínicos.

- **Essas pesquisas são muito caras?**

Segundo estimativa divulgada pela PhARMA, colocar um microbicida no mercado custaria entre 350 e 500 milhões de dólares.

- **Quando teremos este produto no mercado?**

Se houvesse o investimento suficiente, dentro de cinco anos esses produtos poderiam estar no mercado.

- **Por que tanto tempo?**

Os grandes laboratórios farmacêuticos não se interessam pelo desenvolvimento desses produtos, argumentando que não existe um mercado que justifique tão grande investimento. Alegam também riscos financeiros e incerteza nos sistemas de fiscalização.

- **Custos altos demandam responsabilidade governamental.**

Por ser cara, a pesquisa e a produção de microbicidas deveriam ser lideradas pelo setor público, assim como acontece com as vacinas e outras tecnologias de prevenção. As pesquisas que hoje estão sendo feitas acontecem em pequenos laboratórios, que dependem de doações governamentais para continuar os testes. Este é um dos principais pontos de luta da campanha, que tem como uma de suas estratégias pressionar os poderes legislativos para que formulem leis e aprovem orçamentos que permitam a mudança desta política.

PESQUISAS BRASILEIRAS CO ACIDFORME

O GEL VAGINAL PARA PREVENIR GRAVIDEZ E DST/AIDS

Eliana Amaral

Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP

Aníbal Faúndes

Centro de Pesquisas em Doenças Materno-Infantis de Campinas (CEMICAMP)

A vulnerabilidade biológica, socio-econômica e cultural das mulheres faz com que as mesmas sejam infectadas pelo HIV por transmissão heterossexual, isto é, através de relações sexuais com parceiros. O condom masculino é um método de prevenção de doenças de transmissão sexual (DST) sabidamente eficaz, que também evita a gravidez. Mas esta eficiência depende do uso consistente, isto é, em todas as relações sexuais, e é ar que o bicho pega... Muitos são os homens que se recusam a utilizá-lo por diversos motivos; outros o utilizam de forma inconsistente, às vezes sim, às vezes não. Como resposta a esta situação, pesquisadores de todo o mundo têm procurado desenvolver novas armas para prevenção das DSTS que possam estar sob o controle feminino, como uma opção à camisinha masculina. A primeira delas foi a camisinha feminina, que já está disponível no mercado brasileiro. Sabemos de sua eficácia para evitar a gravidez e tudo leva a crer que os estudos em andamento comprovarão que também é muito eficiente na prevenção de DSTS. O problema é que tem custo elevado (R\$ 1,50/2,00 por unidade), algumas mulheres não conseguem colocá-la e sua aparência (bem maior que a masculina), pode "assustar" alguns casais. Por essas dificuldades é que os pesquisadores passaram a procurar outras opções na forma de cremes ou geléias para uso dentro da vagina, pela mulher, antes da relação sexual. A primeira idéia foi usar o nonoxinol-9 (N-9), um dos produtos que mata os espermatozóides (os chamados espermaticidas), já bastante utilizado no mundo todo. Este espermicida é eficaz na prevenção de algumas DSTS (*Chlamydia trachomatis* e *N. gonorrhoeae*) e é capaz de matar o HIV nos estudos feitos em laboratório. Entretanto, os resultados dos estudos realizados com mulheres, e não mais em laboratórios, foram conflitantes. Alguns mostraram aumento do risco de adquirir a infecção pelo HIV quando o N-9 foi utilizado, outros mostraram proteção à infecção e outros não mostraram efeito positivo nem negativo. Como alguns desses estudos observaram irritação e pequenas feridas na mucosa vaginal, iniciou-se a procura por novas formulações químicas para uso na vagina, que pudessem ser microbicidas, matando bactérias e vírus que produzem DSTS.

A Rush University e a University of Illinois, ambas sediadas em Chicago, EUA, desenvolveram um programa chamado TOPCAD (Program for The Topical Prevention of Contraception and Disease), com financiamento do CONRAD (Contraceptive Research Development Program), com sede em outra universidade norte-americana. O objetivo do TOPCAD é o desenvolvimento de métodos de uso vaginal (tópico) que sejam microbicidas/virucidas e espermaticidas, ou seja, que sejam anticoncepcionais e protejam também contra DST e HIV/AIDS. Sabendo da posição do Brasil como um dos campeões em número de casos de AIDS, do crescimento da infecção nas mulheres e da seriedade e grande experiência da UNICAMP em estudos

de reprodução humana, incluindo métodos anticoncepcionais, os pesquisadores norte-americanos propuseram uma colaboração entre a Rush University, a UNICAMP e o Centro de Pesquisas em Doenças Materno-Infantis (CEMICAMP). Nesta colaboração, um dos produtos em estudo, que contém componentes já utilizados em outros produtos no Brasil, já testado em animais nos EUA e considerado seguro, seria produzido numa farmácia de manipulação brasileira seguindo os padrões de Boa Prática laboratorial exigidos pelos órgãos de controle nacionais e internacionais sob supervisão dos farmacêuticos brasileiros e norte-americanos, e posteriormente seriam iniciados os chamados estudos clínicos, em humanos, através de testes iniciais de tolerabilidade. O nome do produto proposto para estes testes clínicos no Brasil é Acidform e os ingredientes incluídos em sua fórmula já são utilizados em medicamentos de uso vaginal, retal e/ou oral.

FASE DE TESTES

Estudos pré-clínicos, isto é, em laboratório, mostraram as propriedades tampão (de manutenção do pH da vagina) e espermatocida do Acidform. Na 1ª fase dos testes clínicos de tolerabilidade, estudamos apenas se a vagina de 18 voluntárias tolerava o Acidform e se este era capaz de protegê-las do potencial efeito agressor do N-9, que foi misturado à fórmula em duas concentrações diferentes e usado por seis noites consecutivas. O projeto do estudo, como preconizam as normas nacionais e internacionais, foi previamente analisado e aprovado em Comitês de Ética em Pesquisa do Brasil e dos EUA, processo que durou dois anos. Todas as mulheres que participaram do estudo foram informadas sobre o que se esperava estudar, os possíveis efeitos colaterais e incômodos, e sobre seus direitos, sendo enfatizado que não estávamos ainda, nesta fase da pesquisa, testando a eficácia do produto enquanto emmicrobicida/virucida ou espermatocida. Após estarem esclarecidas, elas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado pelos comitês de ética. Como pré-requisito para participar da pesquisa, as voluntárias selecionadas precisavam estar utilizando efetivos métodos anti-concepcionais (ligadura tubárea, vasectomia, dispositivo intra-uterino), não ter relações sexuais no período do estudo e foram selecionadas aquelas que não tinham nenhuma infecção ou qualquer outra alteração na vulva, vagina e colo uterino.

Observamos a reação do trato genital inferior (vagina, vulva e/ou do colo do útero) ao produto através da técnica proposta pela Organização Mundial da Saúde para avaliação do efeito de novos produtos vaginais, utilizando um aparelho para visualizar estas partes do corpo de forma ampliada, o colposcópico-equipamento originalmente utilizado na ginecologia para procurar lesões pré-cancerosas no colo uterino. Das 12 mulheres que usaram o gel contendo 2,5% ou 5% de N-9, praticamente todas apresentaram alteração inflamatória. Portanto, o Acidform não protegeu o trato genital inferior (TGI) contra este efeito. Foi interessante perceber que, apesar desta "irritação" observada, dez dessas 12 mulheres nada sentiram e nenhuma das 12 desejou interromper o uso do gel antes do término da pesquisa. Entre as seis voluntárias que usaram Acidform sem N-9, não houve queixas nem foram observadas lesões ao exame colposcópico, indicando que o gel em si mesmo não foi irritante para a mucosa vaginal. Com estes achados, pareceu-nos seguro prosseguir os estudos com a fórmula base do Acidform.

Ocorre que o pH ácido da vagina (abaixo de 4,5) é uma propriedade física normal e um dos seus mecanismos de defesa mais eficientes, protegendo-a contra infecções porque mantém o ambiente adequado para as bactérias habituais da vagina. Por outra parte, o N-9 altera este pH, elevando-o para acima de 4,5. Como conseqüência, facilita o desequilíbrio ecológico da vagina. No primeiro estudo vimos que o Acidform puro não provocou irritação na vagina ou colo do útero, mas não estudamos seu efeito na flora vaginal nem no pH.

Sabe-se, por outro lado, que os espermatozóides não resistem a um meio ácido (como o da vagina). O esperma contém líquidos orgânicos masculinos, além dos espermatozóides e não é à toa que esses líquidos têm o pH elevado, ou básico. Esta propriedade "protege" os espermatozóides durante seu curto período na vagina após a ejaculação e antes deles ascenderem em direção ao interior do útero através do canal cervical, que também tem o pH elevado. O fato de saber que os espermatozóides não resistem a um meio ácido pode ser utilizado como um mecanismo de prevenção da gravidez, desde que o produto a ser desenvolvido consiga eliminar a proteção dos líquidos do esperma sobre eles. Se as características do Acidform observadas em laboratório se mantiverem nos estudos clínicos, sua fórmula poderá oferecer vantagem sobre os espermaticidas atualmente em uso, não causando a irritação vaginal que se tem observado com o uso de N-9, mantendo a ecologia vaginal preservada, e também a acidez vaginal, capaz de imobilizar os espermatozóides.

Nosso próximo estudo clínico será com 20 voluntárias, para observar o efeito do Acidform sobre a motilidade dos espermatozóides no colo do útero e sobre a distribuição das bactérias vaginais em mulheres não expostas à gravidez (laqueadas). Compararemos seu efeito com um espermaticida disponível no mercado brasileiro, que contém 2% de N-9. Se o efeito espermaticida do Acidform não for diferente do espermaticida comercial com N-9, o passo posterior (3ª fase) será avaliar a sua eficácia anticonceptiva e de prevenção de DST quando usado em combinação com o diafragma, comparando-o à associação do diafragma com espermaticida de N-9, atualmente adotada para esse propósito.

Este novo estudo que estamos propondo (2ª fase) encontra-se em avaliação pelos Comitês de Ética em Pesquisa, na UNICAMP e na universidade americana onde está sediado o patrocinador do estudo. Ainda, como é uma pesquisa de colaboração internacional e com produto não disponível para uso comercial no Brasil, deve ser analisada e aprovada pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Este processo deverá levar de quatro a seis meses e o estudo em si precisa de mais oito meses para ser completado. Então, as notícias sobre seus resultados, se o projeto for aprovado em todas as instâncias, só deverão estar disponíveis dentro de um ano.

TROCANDO IDÉIAS COM ZENA STEIN

Por Ricardo Parker e Angela Freitas
Diretor Presidente e Assessora de Projetos da ABIA

A HORA E A VEZ DAS MULHERES

*Autora de mais de 200 artigos científicos e quatro livros na área de saúde, Zena Stein nasceu na África do Sul e passou a maior parte de sua vida em exílio na Inglaterra e nos Estados Unidos, onde se destacou na articulação contra o regime racista do seu país, assim como na organização internacional Médicos pelos Direitos Humanos. Atualmente é professora emérita em Epidemiologia da Escola de Saúde Pública da Columbia University; co-diretora do HIV Center for Clinical and Behavioral Studies e diretora do Fogarty International Center Training Program, um programa de capacitação de pesquisadores sul-africanos trabalhando com HIV/AIDS. Nesta entrevista ao **Boletim ABIA**, Zena Stein faz uma reflexão sobre o lugar ocupado pelas mulheres na evolução da epidemia de HIV/AIDS e fala sobre o desenvolvimento dos métodos de barreira por elas controlados.*

Há mais de uma década você defende que o condom masculino não deve ser a única alternativa para a prevenção do hiv, ressaltando a importância de se dispor de métodos controlados por mulheres de forma a responder mais adequadamente à epidemia. quais os principais argumentos para esta posição?

Cada encontro sexual, dependendo do parceiro e da circunstância, requer determinada estratégia de proteção, que muitas vezes é a única possível. Desse modo, para as mulheres não basta lançar mão do chavão "use camisinha (masculina)". Mais do que isso, elas necessitam da competência e autoconfiança necessárias para lhes possibilitar a reação adequada diante de qualquer eventualidade. Caso o preservativo masculino seja inaceitável para ele ou para ela, o fato de dispor de um leque mais amplo de opções pode trazer a vantagem de reduzir o número de encontros sexuais que acontecem sem proteção alguma para ambos. Prefiro substituir o termo "controlado pelas mulheres" por "iniciado pelas mulheres". É rara a ocasião em que se possa utilizar um método tendo a certeza de que o parceiro não irá saber ou perceber. Exceções podem talvez acontecer com um parceiro muito embriagado ou com o uso de uma capa cervical* com espermicida. A mulher se sente em geral mais segura quando o homem demonstra alguma forma de aquiescência, embora passiva, do que quando ele descobre por si mesmo e sente-se enganado, tornando-se, em alguns casos, até violento. Embora ainda estejamos buscando um método químico de barreira que seja eficaz e ao mesmo tempo completamente imperceptível, para ampliar o leque de opções femininas, a espera pode ser longa. Enquanto isso não acontece, o uso do termo "iniciado" é menos agressivo.

Acho que mesmo quando esse método for descoberto, deveríamos manter o termo "iniciado pelas mulheres".

No final de década de 80, havia muitas resistências de pesquisadores e profissionais de saúde com relação a esses métodos. quais as causas dessas resistências e até que ponto elas hoje foram superadas?

Lembremos que inicialmente a epidemia nos Estados Unidos e na Europa estava associada aos homossexuais masculinos, tanto que foi chamada de GRID - gay-related immu-nodeficient (doença imunodeficiente relacionada aos gays); e mais tarde foi associada a pacientes hemofílicos, também homens em sua maioria. Isso gerou uma forte resistência, especialmente nos Estados Unidos e na Europa, em reconhecer que as mulheres também poderiam contrair a doença. Parece que nessa época só se encontravam pacientes mulheres no Haiti e na África. As razões que explicam esta distribuição epidemiológica/sociológica ainda não estão claras. Posteriormente, a comunidade científica sentiu-se na obrigação de escamotear que a transmissão sexual entre parceiros heterossexuais não é idêntica àquela entre parceiros homossexuais. As mulheres não são apenas homens sem pênis. Na verdade, esta simplificação dos comportamentos sexuais ainda está presente em outro contexto. Por exemplo, hoje, mesmo existindo um novo campo de uso dos microbicidas e se constatando certa relativização do foco nas necessidades dos homens, permanece evidente que os produtos que facilitam a penetração anal são mais facilmente aceitos entre casais do sexo masculino e, ao contrário, têm predominantemente uma baixa aceitabilidade entre casais heterossexuais. Grande parte da pressão política pelo diagnóstico, tratamento, acesso ao tratamento e pelas opções de prevenção foi originalmente desenvolvida a partir da predominante influência masculina. De maneira geral as mulheres infectadas exerceram menor influência do que os homossexuais masculinos e, por diversas razões, ficaram marginalizadas. Ao longo dos últimos anos, tem crescido o interesse declarado pelos métodos que podem ser iniciados pelas mulheres. Duas organizações, o Institute for Research in Women e o Population Council, juntamente com vários grupos de mulheres dedicados ao trabalho de pressão política, começaram a perceber a importância dessas questões e a tomar medidas para erguê-las aos níveis mais influentes de poder. Mesmo assim, os avanços em termos de financiamentos para pesquisa têm sido lentos. A OMS e a UNAIDS estão também contribuindo, e o Conselho de Pesquisa Médica do Reino Unido, a tempo, criou um grupo de pesquisa. Por fim, existe hoje uma ONG voltada para o microbicida, que reúne as partes interessadas e produz um boletim informativo.

Como está a pesquisa sobre tecnologias que possam ser controladas" ou pelo menos utilizadas" a partir da iniciativa das mulheres? qual dos métodos em desenvolvimento você considera mais promissor?

No momento, minhas esperanças pessoais para o futuro próximo (quero dizer nos próximos dois anos, para que a distribuição e o uso sejam efetivos) estão voltadas para dois microbicidas, cujos testes de campo estão bastante avançados: o primeiro diz respeito a um ou outro dos preparados de nonoxynol, que estão sendo testados em várias dosagens e entre diferentes populações em países da

África e também na Tailândia; e o outro refere-se a um gel protetor que modifica o pH da vagina. Creio que teremos os resultados destes testes na XIII Conferência Internacional de AIDs, na cidade de Durban, África do Sul, em julho de 2000. Também estou otimista em relação ao papel a ser desempenhado pelo condom feminino. Mas precisamos obter muito mais informação sobre seu uso e aceitabilidade, sobre o papel desempenhado pelas atividades de treinamento e pelas experiências controladas, assim como sobre a viabilidade da reutilização do método. Não existem limites burocráticos com relação ao uso deste método, e a questão do preço está se tornando menos central, uma vez que a UNAIDS estimulou compras em larga escala destinadas aos países em desenvolvimento. No que se refere à eficácia, mantemos a mesma posição assumida ao longo de décadas e baseada no senso comum e em resultados indiretos, de aceitação do método enquanto proteção contra as DSTs, inclusive o HIV. No caso do condom feminino, assim como tem sido com o masculino, considero inadequados os financiamentos para estudos que exigem testes aleatórios controlados. Por essas e talvez por outras razões, os grandes grupos norte-americanos que financiam pesquisas provavelmente não irão examinar a "eficácia" deste método com mais cuidado. De qualquer maneira, neste momento, eu recomendaria a uma mulher ter consigo o condom feminino - da mesma forma que recomendo ter o condom masculino.

Existem métodos preventivos - contra o HIV sendo pesquisados, que não eliminem a possibilidade da gravidez?

Os únicos métodos bioquímicos de que tenho conhecimento e que poderiam oferecer proteção e ao mesmo tempo es permitir a fecundidade são dois, ambos atualmente sendo testados, que eu saiba, na África do Sul. O primeiro é um produto do Population Council e o outro é patrocinado pelo National Institute of Health. Devem existir alguns resultados preliminares relativos aos dois, mas duvido que resultados finais possam estar prontos até a conferência de Durban. Creio que ambos estão em fase preliminar de pesquisa.

A próxima conferência internacional sobre AIDS, no ano 2000 será na África Do Sul. Como sul-africana e pesquisadora de ponta que trabalha com AIDS na África, quais as suas expectativas com relação à conferência? Que importância você atribui ao fato de que, pela primeira vez, foi escolhido um país em desenvolvimento como sede?

A nova África do Sul dedicou bastante atenção à saúde das mulheres, a seus direitos reprodutivos e direitos políticos. Foram definidos direitos relativos ao aborto, entre outros. Este trabalho está sendo desenvolvido pela Reproductive Health Initiative, e encabeçado por Helen Rees no nível das políticas, e por Barbara Krugman nos aspectos legais e de ação comunitária. Será importante verificar se o programa científico (que é controlado muito mais internacional do que nacionalmente) será capaz de dar espaço às questões das mulheres. O afrouxamento dos laços e responsabilidades familiares tradicionais, a pobreza e o desemprego privam as mulheres de recursos e do poder que estes conferem. É provável que muitas dessas questões relativas às mulheres encontrem uma plataforma em Durban, seja em sessões especiais ou na agenda oficial da conferência.

*Métodos anticoncepcional de barreira não distribuído no Brasil.

Tradução: Anamaria Monteiro

A CAMISINHA FEMININA NO BRASIL

Ministério da Saúde compra 02 milhões de condoms femininos para distribuir entre mulheres que apresentam maior vulnerabilidade às DsTs/AIDS

ROSEMEIRE MUNHOZ

SOCIÓLOGA A E ASSESSORA RESPONSÁVEL PELA UNIDADE DE PREVENÇÃO NA CNDST/AIDS – SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE/MINISTÉRIO DA SAÚDE

O significativo aumento do número de casos de AIDS na população de mulheres talvez se configure como o desafio maior à saúde pública em todo o mundo. Essa importante característica no panorama epidemiológico mundial se reflete também no Brasil, onde a razão masculino/feminino dos casos notificados de AIDS passou de 16 para 1 em 1986 para 2:1 em 1998, transformando uma epidemia de contornos absolutamente masculinos em um agravo à saúde que atinge tanto homens como mulheres. Do ponto de vista da saúde pública, essa mudança apresenta desafios de inúmeras ordens, que vão desde a organização dos serviços e dos profissionais de saúde nela envolvidos, até o estabelecimento de novas estratégias de promoção da saúde e de prevenção para o controle da epidemia. Sexualidade e gênero devem ser compreendidos como questões indissociáveis do binômio DST e AIDS.

Apesar do importante papel do movimento feminista, sobretudo nas décadas de 70/80 no Brasil, suas conquistas não conseguiram se traduzir em avanços capazes de permear o conjunto da sociedade. O grande dilema vivido pelo setor saúde tem sido trabalhar temas que encontram-se circunscritos no campo da cultura, moral e ética, em uma sociedade onde a desigualdade de direitos entre mulheres e homens encontra-se ainda na pauta do dia. Como propor estratégias que dependem de uma tomada de posição da mulher se um dos grandes problemas observados ainda é o da violência conjugal contra o sexo feminino? O uso do preservativo e a negociação do sexo protegido não dependem apenas e exclusivamente da percepção de risco que a mulher possa ter em relação às DST/AIDS, ou do seu conhecimento sobre as formas de prevenção dessas doenças, mas sim de uma condição particular de empowerment que a permita enfrentar e recusar uma relação sexual desprotegida. E isso ainda está distante da realidade de um número significativo de mulheres.

Dentro deste contexto deve ser compreendida a decisão do Ministério da Saúde, e da Coordenação Nacional de DST/Aids em particular, de investir na aquisição do condom feminino, contemplando a necessidade de implementar novas estratégias de controle da epidemia no país. Disponibilizar alternativas que permitam à mulher maior liberdade e poder decisório diante de uma situação de subalternidade se apresenta como possibilidade, com a aquisição do preservativo feminino. Além disso, a promoção de atividades educativas a partir de metodologias de intervenção onde os preservativos femininos são disponibilizados pode apresentar-se de maneira inovadora, na

medida em que questões sobre saúde sexual e reprodutiva terão que ser tocadas. No entanto, há dificuldades encontradas nos limites da expansão do mercado e do uso do preservativo feminino na sociedade brasileira, bem como de sua oferta pelo poder público. Uma delas está relacionada à oferta do produto, que não se encontra ainda disponível em todas as regiões do país. Além disso, o seu custo é extremamente maior se comparado ao preservativo masculino - quando comprado na farmácia pode sair em média sete vezes mais caro do que o preservativo masculino. Do ponto de vista do investimento do poder público, ele pode tornar-se dezesseis vezes mais dispendioso do que o investimento no preservativo masculino. Essa significativa diferença de preço não pode deixar de estar presente na decisão sobre a formulação de uma política pública para o país.

O Ministério da Saúde está investindo este ano na compra de 2 milhões de preservativos femininos. Esta decisão interfere na formulação clara sobre os critérios estabelecidos para a utilização/distribuição deste lote, já que o quantitativo não será suficiente para atingir o conjunto de mulheres usuárias dos serviços públicos de saúde ou atingidas através de projetos de prevenção. O critério inicialmente estabelecido em caráter experimental é o de atingir as mulheres sob maior risco ou vulnerabilidade, como as profissionais do sexo, por exemplo, envolvidas em projetos apoiados pela Coordenação Nacional DST/Aids. Outro segmento a ser contemplado, por compromisso ético nosso, são as mulheres que participaram do estudo sobre a "Aceitabilidade do condom feminino em contextos sociais diversos", recentemente desenvolvido em parceria com o Nepo/Unicamp e que aderiram ao uso desse insumo, além das mulheres soropositivas ou doentes de Aids e aquelas vítimas de violência sexual, inseridas em programas especializados. Daí a importância de uma articulação entre a sociedade civil organizada e o poder público, para estabelecer uma política que vise a isenção de impostos sobre esses preservativos, de maneira a diminuir efetivamente o seu custo e democratizá-lo para o conjunto de mulheres de nosso país.

O USO DO MÉTODO

Estudo revela a aceitabilidade do condom feminino

Elza Berquó

Pesquisadora do CEBRAP

Regina Maria Barbosa e Suzana Kalckman

Pesquisadoras Do Núcleo De Investigação Em Saúde Da Mulher E Na Criança (Instituto De Saúde/SP).

O estudo "Aceitabilidade do Condom Feminino em Contextos Sociais Diversos" foi desenhado para analisar a aceitabilidade do condom feminino, aos 15 dias e aos 3 meses de uso, entre usuárias de serviços de saúde selecionados do Sistema Único de Saúde, em seis contextos urbanos distintos: São Vicente (SP), Rio de Janeiro (RJ), Belo Horizonte (MG), Goiânia (GO), Cabo (PE) e Porto Alegre (RS). Realizado pelo Núcleo de Estudos em População da Unicamp, em parceria com o CEBRAP, o estudo pretendia fornecer subsídios que orientassem a Coordenação Nacional de DSTs/Aids do Ministério da Saúde na ampliação de oferta do preservativo feminino pela rede pública de saúde.

Em cada cidade, o estudo e o condom feminino foram amplamente divulgados pelos serviços de saúde e ONGs locais, como também pela mídia. Foram incluídas todas as mulheres que, compareceram aos grupos educativos nas unidades de saúde envolvidas e preencheram os seguintes critérios de inclusão: ter iniciado a vida sexual; ter no mínimo 18 anos de idade; não estar grávida e não desejar engravidar nos próximos 6 meses; concordar em participar de todas as etapas e estar disposta a retornar à unidade pelo menos mais uma vez. Ao final do estudo, a taxa de aceitabilidade do condom feminino foi estimada para um total de 1.849 mulheres que participaram de uma sessão de grupo educativo, entre setembro de 1998 e janeiro de 1999.

RESULTADOS

Em geral, os resultados mostraram que a aceitabilidade do condom feminino se manteve alta ao longo do estudo, indicando uma ótima receptividade do método. A taxa de aceitabilidade, definida como a probabilidade de usar e se manter usando o condom feminino, foi 80,2% no primeiro período de observação (15 dias) e 70,1%, ao final do estudo (90 dias). As taxas mais altas foram obtidas em serviços cujos programas de saúde estão estruturados segundo modelos de atenção que privilegiam o trabalho comunitário, como é o caso de Porto Alegre e Cabo, ou naqueles que apresentam forte ênfase no trabalho educativo na unidade de saúde, como é o caso do Rio de Janeiro.

A aceitabilidade do condom feminino foi um pouco maior entre as usuárias do preservativo masculino e não variou segundo faixa etária, escolaridade, trabalho remunerado e presença de parceiro fixo, se mantendo alta em todos os grupos analisados. Além disso, sua aceitabilidade foi igualmente alta entre as mulheres que não precisavam usar métodos para evitar a gravidez - como as esterilizadas, histerectomizadas e na menopausa -, e entre as que precisavam, indicando que a sua disponibilização na rede pública de saúde poderá efetivamente ampliar as possibilidades de proteção para vários grupos da população feminina.

Entretanto, dificuldades no manuseio do método se mostraram associadas à menor aceitabilidade do condom feminino, sendo possível constatar que tais problemas foram facilmente superados com a continuidade do uso. Isso aponta para a importância do apoio educativo e do acompanhamento das mulheres, especialmente no período inicial de uso.

Os aspectos mais enfatizados pelas participantes para o uso do método foram: ser um método que confere proteção contra as doenças sexualmente transmissíveis; ser confortável; propiciar mais autonomia para a mulher. Tal fato reforça a idéia de que o acesso a uma segunda opção de proteção, além do preservativo masculino, possibilita a ampliação da capacidade de proteção e negociação das mulheres.

A consistência de uso do condom feminino atingiu patamares significativos, o que pode ser constatado pelo número de relações protegidas ao longo do estudo e pela proporção de uso na última relação sexual. O condom feminino, oferecido juntamente com o preservativo masculino, aumentou a consistência da prática do sexo seguro. A proporção de sexo protegido, na última relação sexual, aumentou de 31,2%, no começo do estudo, para 65,2%, no final.

A ótima receptividade do condom feminino indica que a sua disponibilização para a população feminina poderá contribuir para a ampliação das alternativas de prevenção das DSTs/AIDS e da gravidez indesejada. Os dados demonstram que o condom feminino, oferecido juntamente com o preservativo masculino, aumentou a consistência da prática do sexo seguro, indicando que a oferta simultânea dos dois métodos poderá contribuir para ampliar a consistência desta prática, sem com isso desestimular o uso do preservativo masculino.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS – ABIA Entidade de Utilidade Pública Federal, Estadual e Municipal Entidade de Fins Filantrópicos	Conselho de Curadores Carlos Afonso, Elisabeth Moreira, Francisco Bastos, Jorge Beloqui, José Guedes, Kenneth Rochel de Camargo Jr., Leon Zoneschain, Maria Nakano, Maurício Lissovsky, Mauro Schechter, Nádia Rebouças, Paulo Buss, Regina Barbosa e Sérgio Carrara.	CONSELHO EDITORIAL: Ângela Freitas, Bia Salgueiro, Fernando Sá, Jane Galvão, José Marmo da Silva, Marcelo Secron Bessa, Richard Parker e Veriano Terto Jr.
	Coordenação geral: Veriano Terto Jr.	
	Distribuição gratuita	Programação visual, editoração eletrônica, produção gráfica e fotolitos: A 4 Mãos LTDA
	EXPEDIENTE Boletim ABIA nº 43 Outubro/Dezembro de 1999 Tiragem: 10.000 exemplares Distribuição interna	Impressão: Gráfica Lidador
Diretoria Diretor Presidente: Richard Parker Diretora Vice-Presidente: Sonia Corrêa Secretário Geral: Otávio Cruz Neto Tesoureiro: José Loureiro	Jornalista responsável e coordenação editorial: Marta Torres – MT 63150	<i>Este boletim foi financiado com recursos da EZE/Evangelische Zentralstelle Entwicklungsbilfe e V., Fundação Ford e John D. and Catherine T. MacArthur Foundation</i>