

Dossiê Mulher e AIDS

Sem que tenham sido resolvidos, os impasses em torno da prevenção do HIV pelas mulheres já não são mais um tema que surpreende, deixando de ser notícia na mídia.

Produção

Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos – RedeSaúde

Pesquisa e redação

Wilza Villela

Médica, assistente de direção e pesquisadora do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e membro da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. Há mais de dez anos vem se dedicando ao estudo do tema HIV/Aids a partir de uma perspectiva de gênero e direitos humanos. E-mail: wilzavi@isaude.sp.gov.br

Coordenação editorial: Jacira Melo

Edição de texto: Marisa Sanematsu

Apoio: Fundação Ford

Agradecimentos

Naila Seabra (*Coordenação Estadual de DST/Aids de São Paulo*)

Elizabeth Cruz (*Rede Paulista de Mulheres Vivendo com HIV*)

Miguel de Lima (*Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo*)

Apresentação

Em 2000, 1,3 milhão de mulheres morreram de Aids em todo o mundo. Quase a metade dos casos novos de infecção por HIV acontece em mulheres. Hoje, 16,4 milhões de mulheres vivem com o HIV/Aids. Nos últimos três anos, a porcentagem de mulheres infectadas com o HIV cresceu de 41% para 47%.

Fonte: Unifem, 2001.

Passados quase vinte anos do início da epidemia de Aids, e dez anos em que se fala da crescente feminização da Aids no Brasil, estamos diante de uma encruzilhada: o principal problema colocado para as mulheres – sua dificuldade em se prevenir – permanece, já que o uso do meio de prevenção mais acessível, o *condom* masculino, continua sendo uma prerrogativa dos homens.

Ao mesmo tempo, com o advento dos anti-retrovirais e a conseqüente queda da mortalidade pela Aids, as notícias que aparecem sobre a epidemia dizem mais respeito aos avanços e sucessos da terapêutica do que a questões da prevenção ou aos eventuais problemas que o uso da medicação pode trazer. Assiste-se a uma intensa medicalização da Aids, quase tão perigosa quanto sua banalização.

Neste Dossiê, buscamos mostrar modos diversos e particulares como a Aids tem afetado as mulheres, visando contribuir para a disseminação de informações e, principalmente, para a elaboração de alternativas e políticas que favoreçam a saúde e a qualidade de vida das mulheres, portadoras ou não do HIV.

“Empoderar as mulheres é essencial para reduzir sua vulnerabilidade.”

Fonte: ONU, 2001.

Conteúdo

Panorama da epidemia de Aids	05
<i>Os números do HIV/Aids no Brasil</i>	
Ações de prevenção e assistência à mulher soropositiva	07
Perfil das mulheres portadoras do HIV	09
<i>Aids entre mulheres pertencentes a grupos específicos</i>	
Conhecimento sobre HIV e Aids	13
Comportamento sexual e uso do preservativo	14
<i>Vida sexual das mulheres começa cedo</i>	
Direitos reprodutivos e Aids	16
<i>Prevenindo a transmissão para o bebê, Morte materna e Aids, Prevenindo a gravidez e a Aids, Contracepção e Aids, Quando as mulheres soropositivas querem ter filhos, Saúde sexual e HIV, Distúrbios menstruais, menopausa e reposição hormonal</i>	
Mobilização política de e para mulheres soropositivas	25
<i>A organização política das mulheres soropositivas, O movimento feminista descuidou da Aids?, Uma boa notícia: mulheres incluídas em estudo de vacinas</i>	
Recomendações da ONU sobre mulheres e Aids	27
<i>Sessão Especial da ONU sobre HIV/Aids – 2001</i>	
Referências bibliográficas	30
Mais informações	32

Panorama da epidemia de Aids

Em dezembro de 2000 existiam 36,1 milhões de pessoas vivendo com HIV/Aids em todo o mundo. Deste total, 17 milhões (47%) são mulheres e 1,4 milhão são menores de 15 anos. Mais de 95% dos casos de Aids estão em países em desenvolvimento. No período de 1990/2000, o número de casos de Aids entre mulheres no Brasil cresceu 413%.

Fonte: OMS; Unaid, 2000.

Dada a condição de pobreza e desigualdade social em que vivem as mulheres, particularmente as que habitam países pobres, a Aids tem se configurado como um dos mais graves problemas – tanto de saúde quanto social – que afetam a vida das mulheres.

Os números do HIV/Aids no Brasil

Estimativa de 1998 apontava a existência de 537.000 pessoas entre 15 e 49 anos infectadas pelo HIV, sendo que as mulheres somavam aproximadamente 204.000. Se considerarmos mulheres menores de 15 e maiores de 50 anos, podemos estimar a existência de cerca de 240.000 mulheres vivendo com HIV ou com Aids no país, com necessidades específicas em função de faixa etária e fatores socioeconômicos. Vale ressaltar que as mulheres de mais de 49 anos representam hoje cerca de 7% das mulheres vivendo com Aids, percentual que tem aumentado progressivamente durante estes vinte anos de epidemia.

Estima-se em 0,4% a prevalência do HIV em gestantes em todo o país. Do início da epidemia até o final do ano 2000, haviam sido registrados 5.736 casos de crianças que adquiriram o vírus através da mãe, durante a gravidez, o parto ou a amamentação.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde/CN-DST/Aids, 2000/Boletim Epidemiológico-Aids, semana de 48/99 a 22/00.

Constata-se uma relativa estabilidade no coeficiente de incidência da Aids (número de casos novos ao ano) desde 1996, e uma aparente redução entre 1998 e 1999. No entanto, os dados apontam que esta redução da incidência tem sido maior entre homens que entre mulheres.

Desde 1995, com o surgimento de novas alternativas de tratamento, o número de óbitos por Aids vem diminuindo. No entanto, esta redução não é igual para homens e mulheres. Entre 1995 e 1996, a mortalidade por Aids continuava a aumentar no grupo populacional feminino; mesmo após 1996, a queda da mortalidade por Aids em mulheres não tem mostrado a mesma magnitude da observada entre os homens. Desde 1996 a Aids representa a principal causa de óbito na população feminina entre 20 e 34 anos no país.

As razões apontadas para a menor queda de mortalidade entre as mulheres incluem: o maior crescimento relativo da epidemia neste grupo populacional; menor acesso à informação e aos meios de prevenção e diagnóstico; a baixa qualidade da atenção; e problemas de adesão ao tratamento.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde/CN-DST/Aids, 2000/Boletim Epidemiológico-Aids, semana de 36 a 52.

Interiorização e modos de transmissão da epidemia

De uma doença que inicialmente era urbana e vista como uma mazela das grandes cidades das regiões Sudeste e Sul do país, a Aids, ao longo destes vinte anos, tem mostrado uma tendência de interiorização. Em 1985, havia 10 municípios no país com casos notificados de Aids; em 1995, esse número passou para 950; em 2001, contavam-se 3.423 municípios brasileiros com ao menos um caso de Aids.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde/CN-DST/Aids, 1998/Aids II; Marcos Cleuton de Oliveira, Unidade de Epidemiologia da CNDST/Aids, correspondência pessoal, 4 de julho de 2001.

Embora o perfil da epidemia seja diferenciado regionalmente em termos de magnitude e modos de transmissão, é marcante a heterossexualização da epidemia em todo o país. Assim, a relação sexual desprotegida é, hoje, o principal modo de transmissão da Aids no Brasil, tendo sido responsável por 43,5% dos novos casos registrados no ano 2000.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde/CN-DST/Aids, 2000/Boletim Epidemiológico-Aids, semana de 36 a 52.

Ações de prevenção e assistência à mulher portadora do HIV

As ações do governo voltadas para as mulheres dão-se a partir dos setores de assistência e prevenção.

No campo da assistência a mulheres portadoras do HIV, desde 1997 tem sido considerada prioritária a prevenção da transmissão do HIV da gestante para o bebê. Neste sentido, desde então têm sido realizados treinamentos em todo o território nacional, visando capacitar maternidades que possam atuar como referência para o atendimento da gestante portadora do HIV. No Estado de São Paulo há atualmente 170 serviços especializados no atendimento, diagnóstico e tratamento da gestante portadora do HIV, ao lado de outros serviços semelhantes em funcionamento no país.

Outros esforços visando reduzir a transmissão vertical do HIV incluem: leis, em alguns Estados, que tornam obrigatória a oferta de teste anti-HIV à gestante; lei federal disponibilizando leite artificial para bebês de mães portadoras do HIV; vigilância compulsória do HIV em gestantes e crianças expostas; e disponibilização de teste rápido para o momento do parto em gestantes não-testadas.

Contudo, o grande investimento realizado na prevenção da transmissão vertical ainda não atingiu o resultado desejado. Em 1998, apenas 40% das gestantes portadoras do HIV receberam o AZT injetável no momento do parto. No Estado de São Paulo, no ano de 2000, o percentual de gestantes portadoras do vírus que receberam AZT no momento do parto foi de 49%, cifra que se eleva para 83% se forem considerados apenas os partos realizados pelo SUS.

Fonte: São Paulo. Secretaria da Saúde/CE-DST/Aids-SP-Grupo TMI, 2001/A necessidade da indicação criteriosa do teste rápido para a pesquisa do HIV.

Dentre as razões apontadas para a pouca utilização do AZT no parto destacam-se: a baixa captação de gestantes no primeiro trimestre da gravidez; a demora no resultado do teste anti-HIV em alguns locais; e, ainda, a relutância de muitos profissionais em solicitar o exame.

A prevenção da infecção do HIV entre mulheres tem sido uma das prioridades nas campanhas do governo federal. O apoio dado pelo Ministério da Saúde e, a partir do ano 2000, pelas coordenações estaduais e municipais de DST/Aids, para realização de projetos de organizações da sociedade civil voltados para mulheres, depende do número e da qualidade dos projetos propostos para esta população. Em 1999, dos 250 projetos aprovados pelo ministério, 31 eram dirigidos à população feminina. Durante a vigência do primeiro acordo de empréstimo do Banco Mundial para o financiamento de ações de enfrentamento da epidemia no Brasil (Projeto Aids I), do total de 437 projetos financiados, 39 estavam voltados para a população feminina, havendo maior ênfase nos trabalhos dirigidos à prevenção primária – disseminação de informações sobre a epidemia e treinamento de habilidades para o uso do *condom* – do que naqueles voltados para as mulheres portadoras do HIV.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde/CN-DST/Aids, 1998/Aids II.

Perfil das mulheres portadoras do HIV

partir dos anos 90, a transmissão heterossexual passa a predominar entre as mulheres, havendo ao longo da década um deslocamento das profissionais do sexo para mulheres com parceria fixa.

percentual de casos de Aids em mulheres cujo modo de transmissão consta como ignorado é alto, oscilando entre 20% e 30%, dependendo do ano considerado, sendo consistentemente superior ao percentual de casos masculinos nos quais se desconhece o modo de transmissão. Isto pode ser explicado pelo fato de ser registrado o modo de transmissão apenas quando há certeza do fator de risco. Para as mulheres, isto implica que ela afirme que seu parceiro é bissexual, usuário de drogas injetáveis ou que tem múltiplas parceiras, situações que nem sempre são de conhecimento das mulheres.

infecção pelo HIV atinge as mulheres mais precocemente que os homens. Por exemplo, se consideramos o período 1996-2000, temos que, do total de casos notificados na população de 13 a 30 anos, as mulheres excedem os homens em percentuais que variam entre 8% a 10%.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde/CN-DST/Aids, 2000/Boletim Epidemiológico-Aids, semana de 36 a 52.

em relação ao número de parceiros, os dados do Ministério da Saúde, bem como diferentes estudos, apontam que mais da metade das mulheres portadoras do HIV tiveram, em média, de 2 a 3 parceiros ao longo da vida, o que desfaz definitivamente o mito da promiscuidade associada à infecção pelo HIV em mulheres.

Fonte: São Paulo. Cimig/Hospital Ipiranga, 1999; Paiva et al, 1998; Grinsztejn, 1998.

perfil de escolaridade aponta que mais da metade das mulheres infectadas com mais de 19 anos tem até 8 anos de estudo, havendo uma tendência de deslocamento da epidemia para populações menos escolarizadas. Assim, em 2000, as mulheres com menos de oito anos de estudo representavam 68,4% do conjunto de casos notificados de Aids entre mulheres, contra 48,1% dos

homens. O diferencial de escolaridade entre homens e mulheres afetados pela epidemia é constante e consistente desde o seu início.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde/CN-DST/Aids, 2000/Boletim Epidemiológico-Aids, semana de 36 a 52.

ale ressaltar que, no Brasil, as mulheres apresentam uma média de escolaridade superior a dos homens. Além disso, 32% das mulheres com 19 anos ou mais têm mais de oito anos de estudo, o que mais uma vez confirma o deslocamento da epidemia para populações mais vulneráveis.

o ponto de vista da ocupação, os mesmos estudos mostram que entre 50% e 80% das mulheres portadoras do HIV estão desempregadas e 25% não têm nenhum tipo de suporte familiar ou de amigos que as ajude a lidar com os problemas decorrentes da infecção.

Fonte: São Paulo. Cimig/Hospital Ipiranga, 1999; Paiva et al, 1998; Grinsztejn, 1998.

Aids entre mulheres pertencentes a grupos específicos

Detentas

estudo realizado em 1987 aponta para 18,3% de prevalência do HIV entre mulheres presidiárias. Em 1990, outro estudo encontrou 28,1%; e, em 1993, 25%. Pesquisa mais recente (1997) apontou para o grande desconhecimento das mulheres presidiárias em relação à Aids e à sua saúde reprodutiva. Admite-se, de modo geral, que a taxa de infecção entre a população presidiária é maior que a da população em geral.

Referência: Marisa Fernandes, CE-DST/Aids-SP, Setor de Prevenção/Departamento de Presídios.

Usuárias de drogas

Se, para o período de 1983-1990, as usuárias de drogas injetáveis representavam 31,6% das mulheres notificadas com Aids, hoje este percentual representa apenas 6,9%.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde/CN-DST/Aids, 2000/Boletim Epidemiológico-Aids, semana de 36 a 52.

Embora a proporção de usuárias de drogas injetáveis que são portadoras do HIV e doentes de Aids venha se reduzindo, isto não significa que essas mulheres tenham deixado de constituir um grupo importante, que deve receber uma atenção especial.

Não existe até hoje no país um trabalho sistemático voltado para conhecer as particularidades desta população. Segundo a Aborda – grupo de Porto Alegre que desenvolve projeto de redução de danos, que prevê a troca de seringas –, entre um terço e um quinto dos usuários vinculados ao projeto são mulheres. Estas, em geral, são mais jovens do que os homens e, muitas vezes, mostram maior resistência ao trabalho de prevenção realizado pelos projetos de redução de danos.

Referência: Domiciano Siqueira, Aborda, domiciano@pro.via-rs.com.br.

Os rituais de uso e compartilhamento são mistos. As usuárias, na maioria das vezes, ocupam uma posição secundária em relação aos rapazes, sendo relegadas a segundo plano. De fato, a auto-imagem do usuário de drogas é bastante negativa – de “sujo”, “detonado” –, o que não combina com as imagens idealizadas de mulher. Na roda do pico, as mulheres são as últimas, embora o início do uso da droga, muitas vezes, tenha ocorrido com o parceiro sexual.

Existem 7.149 casos notificados de mulheres com Aids causada pelo uso de drogas injetáveis. Um grande percentual destas mulheres é mãe e quase a metade tem parceiro fixo.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde/CN-DST/Aids, 2000/Boletim Epidemiológico-Aids, semana de 36 a 52; Aborda.

Segundo pesquisa realizada pelo Cebrap (Centro Brasileiro de Análise e Planejamento), 13% dos entrevistados, homens e mulheres, declararam ter utilizado algum tipo de droga ilícita em algum momento da vida. A frequência de uso é maior entre os homens, solteiros e jovens, atingindo 13% dos adolescentes do sexo masculino na faixa de 16 a 19 anos.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde/Cebrap, 2000.

Profissionais do sexo

Consideradas como as principais disseminadoras da infecção pelo HIV no início da epidemia, desde há muito as profissionais do sexo deixaram de ser as protagonistas na discussão sobre

mulheres e Aids. Um grande esforço realizado a partir de projetos contínuos e interdisciplinares tem possibilitado uma expressiva redução na taxa de prevalência do HIV entre estas profissionais, bem como a formação de redes de informação e suporte, de e para estas profissionais.

Problemas decorrentes da marginalização social das profissionais do sexo persistem, havendo cada vez mais necessidade de estudos e intervenções voltadas para a promoção da saúde e da cidadania dessas mulheres.

Referência: Denise Martim, Gridec/Unifesp.

Conhecimento sobre HIV e Aids

Apesar do esforço realizado nos últimos anos para divulgar informações sobre o HIV, o nível de conhecimento da população sobre o vírus e a doença no país ainda não é universal. Segundo pesquisa sobre comportamento sexual realizada pelo Cebrap para o Ministério da Saúde, sob coordenação da demógrafa Elza Berquó, ainda existem pessoas que não sabem que o preservativo previne contra a Aids (31%), e que o uso compartilhado de agulhas e seringas transmite o vírus (40%). Quase 20% das pessoas acham que o vírus pode ser transmitido pelo toque e 28% não sabem que comer no mesmo prato que uma pessoa com HIV/Aids não oferece riscos. Já 95% reconhecem como situações de alto risco as relações com muitos parceiros.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde/Cebrap, 2000.

Segundo essa pesquisa, o principal risco identificado é a múltipla parceria. No entanto, se consideramos que a média de parceiros entre as mulheres é baixa, este resultado sugere que as mulheres ainda se sentem fora do risco e, portanto, não julgam ser necessário serem mais enfáticas no uso de estratégias de proteção. As mulheres apresentam um nível de informação maior do que o dos homens, e os jovens estão melhor informados sobre a Aids que os adultos. O grau de conhecimento sobre a Aids é menor nas regiões Norte e Nordeste, onde foram encontradas as médias de conhecimento mais baixas entre jovens com idade média de 20 anos, 1º grau incompleto e vida sexual ativa.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde/Cebrap, 2000.

Outra pesquisa, realizada com uma amostra de 90 mulheres portadoras do HIV em diferentes Estados do Brasil, revela que mesmo estas não dominam inteiramente as informações básicas a respeito da infecção, havendo ainda equívocos a respeito dos modos de transmissão ou desconhecimento e dúvidas sobre o potencial preventivo do uso do AZT por gestantes.

Fonte: Villela e Brito, 1999.

Comportamento sexual e uso do preservativo

A pesquisa citada, sobre o comportamento sexual dos brasileiros – realizada pelo Cebrap com pessoas entre 16 e 65 anos, representando um universo de 60 milhões de pessoas –, revela que os jovens entre 16 e 25 anos, com vida sexual ativa, são os maiores usuários do preservativo: 44% adotam a camisinha em suas relações sexuais. O uso é maior entre os homens (53%) que entre as mulheres (35%) nessa mesma faixa etária. Um quarto dos entrevistados (24%) com vida sexual ativa relatou o uso da camisinha nos últimos 12 meses. Esse percentual sobe para 64% entre os que disseram ter apenas relações eventuais.

Das pessoas com vida sexual ativa, 81,5% dizem manter relacionamentos estáveis com apenas um parceiro, 6% possuem apenas parceiros eventuais e 12,5% possuem, além do parceiro habitual, parcerias eventuais. As relações estáveis são mais frequentes entre as mulheres (95% delas, acima dos 25 anos, têm parceiros fixos) que entre os homens (70%).

Cerca de 20% dos homens mantêm relações estáveis e eventuais ao mesmo tempo, enquanto 4% das mulheres adotam essa prática. Já a ocorrência de apenas parcerias eventuais é constatada em 11% dos homens e 0,7% das mulheres.

Entre as pessoas que possuem relações estáveis e eventuais, 34% não utilizam o preservativo na relação estável, mas o usam nas relações eventuais; 32% não utilizam preservativo em nenhum dos dois tipos de relações. O grupo que menos usa o preservativo é o das mulheres com parceria estável (79%).

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde/Cebrap, 2000.

Vida sexual das mulheres começa cedo e também termina precocemente

De acordo com o estudo do Cebrap, a vida sexual do brasileiro está começando mais cedo, e a maior mudança aconteceu entre as mulheres. Em 1984, cerca de 35% dos jovens do sexo masculino haviam iniciado a vida sexual antes dos 15 anos; este percentual cresceu para 47%, em

1998. Para o mesmo ano de 1984, 14% das jovens tiveram sua primeira relação sexual antes dos 15 anos; em 1998, 32% das meninas com 15 anos já tinham tido a primeira relação sexual.

A atividade sexual masculina é maior e mais longa que a da mulher. Em média, 87% dos homens se declaram ativos sexualmente. Já as mulheres que dizem manter atividades sexuais são 72% do universo pesquisado. Acima dos 56 anos, apenas 37% das mulheres mantêm atividades sexuais, contra 93% dos homens.

As mulheres são mais fiéis que os homens e, no último ano, 71% tiveram relação sexual com um único parceiro, contra 46% dos homens.

Das pessoas que responderam ao questionário, 48% eram homens e 52%, mulheres. Quanto à escolaridade, 6% eram analfabetos, 46% não concluíram o 1º grau, 10% não concluíram o 2º grau e 26% tinham o 2º grau ou nível superior. Trinta e um por cento dos entrevistados não tinham qualquer renda no momento da entrevista, 39% recebiam até 3 salários mínimos e 6% ganhavam mais de 10 mínimos.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde/Cebrap, 2000.

Direitos reprodutivos e Aids

Estima-se que 0,4% das gestantes brasileiras está infectada pelo HIV, com pequenas oscilações percentuais, dependendo da região em foco.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde/CN-DST/Aids, 1999/Boletim Epidemiológico-Aids, semana de 09 a 21.

A chance de transmissão do HIV da mãe para o bebê é variável, dependendo do país, das condições das mulheres e dos procedimentos usados na gravidez e durante o parto. Para o Estado de São Paulo estima-se que, se não for realizado nenhum procedimento específico, a probabilidade de uma mãe soropositiva dar à luz um bebê portador do vírus é de 17%.

Fonte: São Paulo. Instituto de Saúde/Tess, 1997.

Estudos realizados na África e na Europa apontam para percentuais mais altos.

Prevenindo a transmissão para o bebê

Existe um certo consenso de que não existe procedimento padrão para evitar a transmissão vertical, e sim um conjunto de procedimentos entre os quais o médico deve optar, em função das condições da mulher. Por exemplo, embora a diretriz brasileira ainda preconize o uso apenas do AZT na gestante portadora do HIV e a escolha da via de parto em função da indicação obstétrica, sabe-se que se a mulher tem indicação para o uso de terapia combinada – o coquetel –, esta deve ser instituída a partir da 14^a semana.

Sabe-se também que, se a mulher chega ao fim da gravidez com a carga viral indetectável, a via de parto não faz diferença, havendo a tendência a se preferir o parto normal se o trabalho estiver evoluindo bem, porque é mais confortável para a mulher e há menos contato do bebê com o sangue materno. Esta é a conclusão de trabalho apresentado na VI Conferência Internacional de Retrovírus, realizada em 1999, nos Estados Unidos, que tem sido corroborada pela experiência de alguns serviços, no Brasil, que usam diretriz semelhante – uso de terapia combinada de modo agressivo,

visando tornar a carga viral indetectável no momento do parto, e indicação obstétrica da via de parto – e que, até o momento, não contam com casos de transmissão vertical do HIV.

Fonte: São Paulo. Cimig/Hospital Ipiranga, 1999.

Em função do resultado de um grande estudo europeu apresentado na Conferência Internacional de Aids, realizada em Genebra, em 1998, há profissionais que defendem que a combinação AZT + parto cesáreo protegeria mais a mulher que o AZT + parto normal. Esta é uma diretriz que deve ser tomada com muito cuidado no Brasil, pois se baseia em estudos realizados na Europa, onde as taxas de cesárea são bem mais baixas que as brasileiras, assim como os índices de óbito materno.

De qualquer modo, mesmo em hospitais onde existe uma preocupação com a humanização no atendimento às gestantes, as taxas de cesárea, tanto quanto os índices de esterilização, costumam ser mais altas entre mulheres portadoras do HIV do que entre mulheres não-portadoras, sugerindo que ainda existe relutância, ou preconceito, dos profissionais de saúde em relação às mulheres com HIV, especialmente no que diz respeito aos aspectos reprodutivos.

Fonte: São Paulo. Cimig/Hospital Ipiranga, 1999.

Baixa cobertura de pré-natal e teste anti-HIV

Atualmente aceita-se que o uso do AZT em qualquer momento da gestação, até mesmo apenas no momento do parto, pode trazer benefícios para a criança, bem como já têm sido registrados testes bem-sucedidos utilizando outras drogas antivirais, em regime curto ou prolongado, associadas ou não ao AZT.

Há o consenso, no entanto, de que, quanto mais cedo a mulher inicia os procedimentos para evitar a transmissão do HIV para o feto, é maior a sua chance de êxito, o que coloca em questão o problema da inadequada cobertura do pré-natal em nosso país e, ainda, o da demora na realização do teste anti-HIV nos serviços públicos de saúde brasileiros, o que muitas vezes retarda o diagnóstico e o início do procedimento preventivo.

Não existe dúvida a respeito da amamentação como meio de transmissão, sendo recomendado que a mulher portadora do HIV não amamente. Isto, no entanto, constitui um problema no Brasil, pois a maioria das portadoras do HIV é pobre e teria dificuldades para nutrir adequadamente o bebê com outro leite que não o seu próprio. Tem sido discutido o incentivo ao aumento das doações de leite materno por mães não-portadoras aos bancos de leite, para que estes contem com um estoque suplementar que possa ser doado aos bebês de mães portadoras, ao menos nos primeiros dias de vida.

Referência: Marina F. Réa, NISMC/Instituto de Saúde-SP, e-mail: marifrea@isaude.sp.gov.br

Morte materna e Aids

Em 1996, o Comitê Municipal de Estudos e Prevenção da Morbimortalidade Materna de Porto Alegre registrou a Aids como a primeira causa de óbitos maternos na cidade, com um percentual de 29,6% em relação ao total dos óbitos maternos registrados no período. A investigação apontou, no entanto, que alguns daqueles óbitos não ocorreram em gestantes ou puérperas, sugerindo que a classificação do óbito por Aids de mulher em idade reprodutiva como sendo materno estava errada.

Fonte: Camargo e Ruthes, 1999.

Estudo realizado em São Paulo também confirma a hipótese de que hoje, por razões de preconceito e desinformação, existe uma confusão no registro do óbito materno das mulheres portadoras do HIV, o que pode levar tanto à subnotificação dos óbitos maternos por essa causa quanto à sua superestimação.

Fonte: Bonciani, 2001.

Ao mesmo tempo, investigação realizada em São Paulo apontou para a omissão da Aids como causa de morte nos registros de óbito materno. Observação em uma maternidade na cidade de São Paulo apontou que, dos quatro óbitos maternos ocorridos nos dois anos anteriores, três ocorreram em mulheres portadoras do HIV.

Fonte: São Paulo. Cimig/Hospital Ipiranga, 1999.

Sabe-se que a gravidez não interfere no curso da infecção pelo HIV. Nos casos de Aids, no entanto, não se tem tanta certeza. Ao mesmo tempo, é notória a resistência que existe por parte de

algumas equipes de hospitais gerais e maternidades em lidar com a gestante HIV. Assim, seria imperioso, dada a alta prevalência do HIV e o alto coeficiente de morte materna, que se desenvolvessem estudos específicos visando mensurar com mais sensibilidade a conexão morte materna e Aids.

Prevenindo a gravidez e a Aids

Estima-se que, ao redor do mundo, o uso de preservativo em relações estáveis atinge o percentual máximo de 20%. No Brasil, segundo a pesquisa do Cebrap, o uso do preservativo entre mulheres casadas atinge 22%.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde/Cebrap, 2000.

Considerando-se que 60% dos novos casos de infecção feminina, no Brasil, ocorrem entre mulheres que têm parceiros fixos, a produção de um método que proteja as mulheres, simultaneamente, da gravidez e do HIV e que possa ser controlado pela usuária tem sido uma das mais importantes reivindicações do movimento organizado de mulheres na busca de alternativas para a prevenção do HIV.

O interesse por métodos que confirmam dupla proteção baseia-se na constatação de que os métodos hoje disponíveis para a prevenção do HIV – *condom* masculino e monogamia mútua – dependem do parceiro, sendo particularmente difíceis de serem adotados se a mulher vive situações de violência, se é dependente do parceiro ou se tem sexo sob coerção, conforme tem sido apontado em estudos realizados em outros países.

Fonte: Universidade da Califórnia-São Francisco, 1998.

Consistentemente com esses estudos, pesquisa realizada no Hospital Evandro Chagas, no Rio de Janeiro, mostra que 30% das mulheres portadoras do HIV atendidas em seu ambulatório são ou foram vítimas de violência doméstica e/ou abuso sexual.

Fonte: Grinsztejn, 1998.

Condom feminino

Dois caminhos têm sido trilhados na busca da dupla proteção da mulher: os métodos mecânicos, cujo protótipo é o *condom* feminino, atualmente já testado e disponível em diversos países, e os microbicidas. A última pesquisa sobre o *condom* feminino realizada no Brasil envolveu 1.800 mulheres, recrutadas em serviços de saúde de cinco capitais do país, e apontou para uma adesão, nos três primeiros meses de uso, em torno de 80%.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde/SPS/CN-DST/Aids e Nepo-Unicamp, 1999.

Esses dados são compatíveis com outro estudo de aceitabilidade do *condom* feminino, realizado em São Paulo, que mostrou que a maior dificuldade para o uso do preservativo feminino está relacionada ao seu manuseio e que o diálogo entre o casal facilita a superação deste problema, aumentando a aceitabilidade do método.

Fonte: Kalckmann et al, 1997.

Segundo o Unids – órgão das Nações Unidas responsável pela definição da política global de combate à epidemia e que tem apoiado a maior parte dos estudos sobre *condom* feminino realizados no mundo –, a experiência acumulada atualmente em nível mundial sobre aceitabilidade e uso do *condom* feminino já é suficiente para recomendar aos países a aquisição deste insumo, bem como para estimular novos fabricantes.

No Brasil, o Ministério da Saúde disponibilizou, no ano de 2000, 2 milhões de preservativos femininos, que estão sendo distribuídos para as mulheres mais vulneráveis – portadoras do HIV, profissionais do sexo e usuárias de drogas injetáveis – nas cidades de maior prevalência da infecção.

Além disso, o Estado de São Paulo disponibilizou 168.300 unidades deste insumo para serem utilizadas também em serviços de saúde. Estas iniciativas estão sendo cuidadosamente monitoradas, visando o estabelecimento de critérios para a expansão da disponibilidade do preservativo feminino.

Fonte: São Paulo. Secretaria da Saúde/CE-DST/Aids-SP, 2001/Preservativo feminino.

Microbicidas

São métodos químicos, apresentados sob forma de gel, cremes, filmes, supositórios esponjas ou anéis vaginais, com a propriedade de reduzir a transmissão de DSTs (doenças sexualmente transmissíveis) quando introduzidos na vagina ou no reto. Existem atualmente 30 diferentes produtos em estudo, sendo que três deles já se encontram na fase de teste em seres humanos. No Brasil, os estudos mais avançados sobre estas substâncias estão sob responsabilidade das pesquisadoras Eliana Amaral (Caism/Unicamp Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da Universidade Estadual de Campinas) e Iara Linhares (Casa da Aids/FMUSP Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo).

Contraceção e Aids

A prevenção simultânea das DSTs, HIV e gravidez pode ser feita também pelo uso de dois métodos, sendo um de maior eficácia contraceptiva, que são a laqueadura ou a pílula, e outro de maior eficácia na prevenção das DSTs, como o *condom* masculino ou feminino.

Este não tem sido um procedimento estimulado pelos serviços de saúde, embora exista um percentual de mulheres que espontaneamente adota essa tática, particularmente em caso de parcerias eventuais.

Fonte: Barbosa, 1997.

Entretanto, há quem sugira que, estando protegida da gravidez, a mulher teria pouco estímulo para a difícil negociação sobre o uso do *condom* pelo parceiro. Neste caso, alguns pesquisadores sugerem que deva ser discutida com a mulher uma avaliação de seus riscos e lhe ser oferecida uma ampla gama de opções, entre as quais o diafragma, que tem uma boa proteção contra algumas DSTs, uma proteção razoável contra a gravidez e uma proteção pequena para o HIV, mas que é manejado pela mulher e acaba sendo melhor que uma relação totalmente desprotegida.

Visando ampliar o uso do *condom*, aliando-o a uma maior segurança contraceptiva, têm sido realizados esforços no sentido de se disseminar o uso da contraceção de emergência para os casos de ruptura do preservativo, a partir de produto específico ou dos anovulatórios tradicionais. A estratégia da associação do *condom* com a contraceção de emergência é reforçada quando se

observa que 75% das gestantes portadoras do HIV atendidas no Cimig -- Centro Interdisciplinar de Moléstias Infecciosas na Gestação, do Hospital Ipiranga (SP), que conheciam sua sorologia, engravidaram por falha do *condom*.

Fonte: São Paulo. Cimig/Hospital Ipiranga, 1999.

Além disso, dadas a contra-indicação formal do uso do DIU para mulheres soropositivas, a intera o de alguns anti-retrovirais com os anovul torios orais e, ainda, a freq ncia de sangramentos com o uso de anovul torios injetáveis, o leque de alternativas contraceptivas para mulheres portadoras torna-se bastante restrito.

Segundo recomendações da reunião sobre contracepção de emergência realizada em São Paulo, no Instituto de Saúde, em outubro de 1999, a divulgação e incorporação da contracepção de emergência como potencializadora do uso do *condom* devem ser feitas de maneira cautelosa, em um processo que envolva o aconselhamento das mulheres e a capacitação de profissionais e serviços de saúde.

Quando as mulheres soropositivas querem ter filhos

Ao lado da contracepção, existe a preocupação, por parte de casais onde um ou ambos são portadores do HIV, em rela o aos procedimentos que facilitariam a concepção com o menor risco possível para os pais e para o bebê. A orienta o, nestes casos,   que inicialmente o casal passe por um rigoroso processo de discussão e aconselhamento, a fim de que não haja arrependimento posterior da decisão de ter filhos.

Os procedimentos para a concepção variam de acordo com qual dos parceiros   portador, ou se ambos, e têm como objetivo evitar a infecção ou reinfecção da/o parceira/o, além de proteger o bebê do risco da transmissão vertical. Se a mulher   portadora, independentemente da sorologia do parceiro, pode ser feita inseminação artificial, ou o casal pode correr o risco de ter uma rela o sexual desprotegida durante o período fútil da mulher. Em qualquer dos casos,   bom que se assegure que nenhum dos parceiros   portador de infecções ou inflamações genitais e que a carga viral da mulher, e de seu parceiro se for o caso, está indetectável. Nessa situa o, não se aconselha a interrupção do uso de anti-retrovirais pela mulher. Apesar do pequeno número de situa es deste

tipo, os resultados sugerem que a gravidez, para um casal onde um dos parceiros é portador, se bem orientada e acompanhada, não implica riscos maiores para os pais ou para o bebê.

Saúde sexual e HIV

Cada vez mais aumentam as evidências da sinergia entre o HIV e as diferentes inflamações e infecções genitais. Estes agravos aumentam a chance de transmissão do HIV, bem como a presença do HIV aumenta a possibilidade de transmissão de outros vírus e bactérias presentes no trato genital.

Estudo realizado de abril/1996 a dezembro/1997 no Hospital Evandro Chagas, no Rio de Janeiro, incluindo 175 mulheres portadoras do HIV – das quais 73% foram infectadas sexualmente – , apontou a candidíase vaginal recorrente como o problema de maior prevalência entre as mulheres, sendo diagnosticada em 37% destas. A vaginose bacteriana foi diagnosticada em 31,5% e as verrugas genitais, em 10%. A sorologia para sífilis foi positiva em 6,5%; a de hepatite B, em 10%; e hepatite C, em 8,9%. O exame de Papanicolaou revelou HPV em 18%, NIC I em 16%, NIC II em 2,6% e NIC III em 5,3% dos casos.

Fonte: Grinsztejn et al, 1998.

No caso de gestantes, provavelmente em função da imunodepressão própria da gravidez, estudos têm mostrado uma prevalência mais alta de infecções, especialmente pelo HPV.

Fonte: São Paulo. Cimig/Hospital Ipiranga, 1999.

Considera-se que, à exceção do HPV, sífilis e hepatite, a prevalência de DSTs em mulheres não-grávidas é relativamente baixa, o que deve estar associado com o pequeno número de parceiros sexuais e o uso freqüente de antibióticos pelas usuárias. Ao mesmo tempo, a alta prevalência de displasia cervical e a relação desta lesão com o câncer de colo uterino em mulheres portadoras apontam a necessidade de se aprimorar o cuidado ginecológico para as mulheres soropositivas.

Distúrbios menstruais, menopausa e reposição hormonal

Disfunções menstruais

Apesar de reiteradas queixas de disfunção menstrual por parte de mulheres portadoras do HIV, estudos realizados nos EUA, comparando portadoras e não-portadoras, não têm confirmado uma relação de causa e efeito entre o vírus e a disfunção. O mesmo pode ser dito a respeito da menopausa precoce. Alegam os especialistas que as queixas relacionadas à menstruação de mulheres portadoras do HIV aparecem em um conjunto de outros agravos de saúde, o que impede atribuir os problemas referidos ao HIV.

Ao mesmo tempo, as mulheres portadoras alegam que não existem pesquisas suficientes sobre a saúde reprodutiva das mulheres soropositivas e que, dada a excessiva preocupação dos profissionais com as infecções oportunistas e com o uso de anti-retrovirais, este tipo de queixa tende a ser desvalorizada.

Reposição hormonal

Outro problema que preocupa as mulheres portadoras é a reposição hormonal. Como se sabe, algumas mulheres (percentual estimado entre 10% a 20%) vão necessitar de reposição hormonal quando na menopausa. Dada a interação entre os estrogênios e alguns anti-retrovirais, as mulheres portadoras temem não poder fazer a reposição. Este é um temor que não tem muito fundamento, pois o percentual de mulheres portadoras que vão se beneficiar da reposição é pequeno e a interação entre hormônios e anti-retrovirais envolve alguns anti-retrovirais, não todos. Ao mesmo tempo, a interação entre estas drogas inclui redução da efetividade do hormônio, o que, se no caso da contracepção é um grande risco, quando se trata de reposição hormonal, é uma questão menos relevante.

Descaso com a questão Aids e saúde reprodutiva

De qualquer modo, após 10 anos de feminização da epidemia, a emergência de dúvidas em relação à saúde sexual e reprodutiva das mulheres portadoras – como concepção, contracepção, menopausa, reposição hormonal e distúrbios menstruais – aponta para o descaso com que a questão Aids e saúde reprodutiva tem sido tratada, bem como sugere a urgência de serem realizadas mais investigações clínicas e epidemiológicas sobre o tema.

Mobilização política de e para mulheres soropositivas

A organização política das mulheres soropositivas

A organização das mulheres brasileiras portadoras do HIV teve início em 1993, com a feminização da epidemia e a conseqüente necessidade da discussão de aspectos particulares da relação Aids e mulher. Em 1994 foram fundadas as redes paulista e mineira de mulheres vivendo com HIV, visando a capacitação e o fortalecimento das portadoras e, ainda, a construção de um conhecimento específico sobre ser mulher e viver com HIV.

Outro objetivo era a construção de uma imagem positiva da mulher vivendo com HIV, que pudesse se opor à imagem de vítima com a qual freqüentemente esta é apresentada à sociedade.

Ao longo destes sete anos, as redes paulista e mineira de mulheres vivendo com HIV – sediadas respectivamente no GIV (Grupo de Incentivo à Vida, de São Paulo) e no Grupo Vhiver (Minas Gerais) – têm mantido e expandido as suas atividades, através da realização de encontros e seminários específicos para mulheres soropositivas e da participação nos espaços mistos de luta contra a Aids, como a Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV, e em articulações internacionais, como a Rede Latino-Americana e do Caribe de Mulheres Vivendo com HIV. Atualmente, a Rede de Mulheres Vivendo com Aids vem implementando, em parceria com a Coordenação Nacional de DST/Aids, um projeto chamado Cidadã Positiva, que tem como objetivo capacitar mulheres portadoras do HIV para o exercício do controle social, visando a garantia de seus direitos sexuais, reprodutivos e de cidadania.

Referências: Nair Brito, Rede Paulista de Mulheres Vivendo com HIV; Jenice Pizão, RNP Sudeste; e Daria del Zuffo, Rede Mineira de Mulheres Vivendo com HIV, e-mail: vhiver@gold.com.br.

O movimento feminista descuidou da Aids?

Apesar de ser dito que as organizações feministas não se mobilizam em torno da questão da Aids como deveriam, já desde o início da década de 90 diversos grupos e/ou mulheres feministas vêm buscando incluir a Aids no debate sobre o conjunto de problemas que afetam a saúde das mulheres. Neste sentido, dois dos três livros em circulação no Brasil que discutem e aprofundam a

reflexão sobre a Aids entre as mulheres – e que também constituem marcos na literatura internacional sobre Aids – foram traduzidos e distribuídos por grupos feministas brasileiros: *A Tripla Ameaça*, tradução Abia/SOS Corpo, de 1992; e *Mulheres e Aids*, traduzido pelo Centro de Informação Mulher, em parceria com a Editora Brasiliense, em 1997. No último encontro de ONGs/Aids, uma reconhecida ONG feminista, o SOS Corpo – Gênero e Cidadania, foi eleita para representar as ONGs/Aids do Nordeste na Comissão Nacional de Aids.

Vale também ressaltar a presença de várias feministas, inclusive de uma representante formal da RedeSaúde (Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos) no Comitê Assessor Mulher e Aids do Ministério da Saúde.

Uma única revista circula regularmente na América Latina tratando das questões Aids e mulher, a *Desidamos*, que é editada por um grupo feminista da Argentina. E o *Jornal da RedeSaúde* com frequência dedica espaço para o tema mulher e Aids.

Uma boa notícia: mulheres incluídas em estudo de vacinas anti-HIV no Rio de Janeiro

Os estudos voltados para a produção de uma vacina anti-HIV sofreram um refluxo quando da descoberta da eficácia dos anti-retrovirais, em 1996. Entretanto, dadas as dificuldades relacionadas a esses medicamentos, especialmente no que se refere à adesão, tolerância e resistência, as vacinas voltaram a ser objeto de atenção.

Atendendo a uma antiga reivindicação de feministas e de ativistas do movimento de luta contra a Aids, as mulheres começam a ser incluídas nos testes dessas vacinas. No Rio de Janeiro, o Projeto Praça Onze, em fase II – que procura demonstrar a capacidade do corpo de induzir uma resposta do sistema imunológico e a segurança –, vai incluir 10 mulheres entre seus 30 voluntários.

Referências: coordenadores do projeto – Regina Lago, e-mail: rlago@alternex.com.br; e Mauro Schechter, e-mail: maurosch@hucff.ufrj.br

Em São Paulo, sob coordenação da médica Regina Barbosa (CE-DST/Aids-SP -- Coordenação Estadual de DST/Aids de São Paulo), está sendo realizado um estudo comportamental com mulheres visando a posterior formação de um grupo para teste de produtos candidatos a vacinas.

Recomendações da ONU sobre mulheres e Aids

Sessão Especial da ONU sobre HIV/Aids -- 2001

A epidemia de HIV/Aids foi objeto de uma Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas, realizada de 25 a 27 de junho de 2001, em Nova York. Nessa reunião, representantes dos governos dos 189 países presentes assinaram uma Declaração de Compromisso sobre o HIV/Aids, estabelecendo metas e estratégias para combate à doença.

A seguir, algumas das recomendações incluídas nessa Declaração de Compromisso, que visam diminuir a vulnerabilidade de mulheres e meninas diante do risco do HIV/Aids.

HIV/Aids e direitos humanos

Até 2005, considerando o contexto e caráter da epidemia e o fato de que, em nível global, as mulheres e meninas são afetadas de maneira desproporcional pelo HIV/Aids, devem ser desenvolvidas e implementadas de forma rápida estratégias nacionais que: promovam o avanço das mulheres e seu pleno exercício de todos os direitos humanos; promovam a responsabilidade compartilhada de homens e mulheres para assegurar a prática de sexo seguro; e capacitem as mulheres para que tenham controle e decidam de forma livre e responsável sobre assuntos relacionados a sua sexualidade, de forma a aumentar sua capacidade de se proteger da infecção pelo HIV.

Até 2005, devem ser implementadas medidas para aumentar a capacidade de mulheres e meninas adolescentes de se protegerem do risco de infecção pelo HIV, principalmente por meio da oferta de assistência e serviços de saúde, inclusive de saúde sexual e reprodutiva, e também por meio da educação sobre prevenção que promova a igualdade de gênero em um contexto sensível a questões culturais e de gênero.

Até 2005, devem ser assegurados o desenvolvimento e a rápida implementação de estratégias nacionais visando o empoderamento das mulheres e a promoção e proteção de seu pleno exercício dos direitos humanos, bem como redução de sua vulnerabilidade ao HIV/Aids, por meio da

eliminação de todas as formas de discriminação, como também todas as formas de violência contra mulheres e meninas, incluindo práticas tradicionais e habituais que lhes sejam prejudiciais, abuso, estupro e outras formas de violência sexual, espancamento e tráfico de mulheres e meninas.

Empoderar as mulheres é essencial para reduzir sua vulnerabilidade

Até 2003, a fim de complementar programas de prevenção cujas atividades sejam direcionadas a indivíduos sob risco de infecção pelo HIV, como comportamento sexual de risco e inseguro e uso de drogas injetáveis, devem ser implementadas em todos os países estratégias, políticas e programas nacionais que identifiquem e passem a focar os fatores que tornam os indivíduos particularmente vulneráveis à infecção pelo HIV, inclusive subdesenvolvimento, insegurança econômica, pobreza, falta de poder das mulheres, falta de educação, exclusão social, analfabetismo, discriminação, falta de informação e/ou insumos para autoproteção, todos os tipos de exploração sexual de mulheres, meninas e meninos, inclusive por razões comerciais; tais estratégias, políticas e programas devem focar a dimensão de gênero da epidemia, especificar a ação que irá ser adotada para focar a vulnerabilidade e definir metas para sua realização.

Até 2003, devem ser desenvolvidas e/ou fortalecidas estratégias, políticas e programas que reconheçam a importância da família na redução da vulnerabilidade – por meio da educação e orientação das crianças, entre outros – e que levem em conta fatores culturais, religiosos e éticos, visando a redução da vulnerabilidade de crianças e jovens por meio da: garantia do acesso de meninas e meninos à educação primária e secundária, inclusive sobre HIV/Aids nos currículos para adolescentes; garantia de ambientes seguros, especialmente para meninas jovens; disseminação de informações e de educação e serviços de orientação sobre saúde sexual de boa qualidade e adequados aos jovens; fortalecimento dos programas sobre saúde sexual e reprodutiva; e envolvimento máximo possível das famílias e dos/as jovens no planejamento, implementação e avaliação sobre os programas de prevenção e assistência ao HIV/Aids.

Até 2005, deve ser reduzida em 20% a proporção de crianças infectadas com o HIV, e em 50% até 2010, por meio de: garantia de que 80% das gestantes que têm acesso a pré-natal recebam informações, orientação e outros serviços de prevenção ao HIV; aumento da disponibilidade e do acesso, para as mulheres soropositivas e seus bebês, de tratamento efetivo para reduzir a

transmissão do HIV da mãe para a criança, como também por meio de intervenções efetivas para mulheres soropositivas, incluindo, de forma voluntária e confidencial, acesso a aconselhamento, testes e tratamento, especialmente a terapia anti-retroviral e, onde apropriado, substitutos para o leite materno e fornecimento de assistência contínua.

Fonte: ONU, 2001.

Referências bibliográficas

BARBOSA, R. **Análise de dados a partir das tabelas da DHS**. Rio de Janeiro: Bemfam, 1997. (mimeo)

BERER, M.; RAY, S. **Mulheres e HIV/Aids**: um livro sobre recursos internacionais: informação, atividades e materiais relativos às mulheres e HIV/Aids, saúde reprodutiva e relações sexuais. Tradução de Anita G. Natividade, Miriam Bottassi. São Paulo: Editora Brasiliense, 1997.

BONCIANI, R. **Morte materna ou morte por Aids?** 2001. Dissertação (Mestrado) -Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

BRASIL. Ministério da Saúde/Cebrap. **Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde/CN-DST/Aids. **Aids II**: desafios e propostas, versão preliminar. Brasília, 1998.

_____. Ministério da Saúde/CN-DST/Aids. **Boletim Epidemiológico-Aids**, Brasília, semana de 48/1999 a 22/2000.

_____. Ministério da Saúde/CN-DST/Aids. **Boletim Epidemiológico-Aids**, Brasília, semana de 36 a 52/2000.

_____. Ministério da Saúde/CN-DST/Aids. **Boletim Epidemiológico-Aids**, Brasília, semana de 09 a 21/1999.

_____. Ministério da Saúde/CN-DST/Aids. **Boletim Epidemiológico-Aids**, Brasília, semana de 22 a 34/1998.

_____. Ministério da Saúde/CN-DST/Aids/Nepo-Unicamp. **Aceitabilidade do condom feminino em cinco municípios brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, Campinas: Nepo/Unicamp, 1999.

_____. Ministério da Saúde/CN-DST/Aids/Fiocruz. Disponível em:
<http://www.fiocruz.br/piafi/index.html>. Acesso em: 1999.

CAMARGO, M; RUTHES, C. **A mortalidade materna em Porto Alegre**. Porto Alegre: SMS/GAPARS, 1999. (mimeo)

FUNDO DE DESENVOLVIMENTO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A MULHER-UNIFEM. Disponível em: http://www.unifem.undp.org/hiv_aids/ungass/. Acesso em: 2001.

- GRINSZTEJN, B. et al. **Conferência Internacional de Aids**. Genebra, 1998.
- _____. **Conferência Internacional de Aids**. Genebra, 1998.
- KALCKMANN, S. et al. **Projeto Beija-Flor**. São Paulo: Instituto de Saúde-SP e AidsCap, 1997.
- O'LEARY, S.; CHENEY, B. (orgs.). **A tripla ameaça: mulheres e Aids: dossiê panos**. Rio de Janeiro: Abia, Recife: SOS Corpo, 1993. 128p.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS-ONU. Disponível em:
http://www.unaids.org/whatsnew/others/un_special/Declaration2706_en.htm. Acesso em: 27 jun. 2001.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE-OMS. Disponível em: <http://www.who.int/home-page>. Acesso em: 2000.
- PAIVA, V. et al. SIDA, vulnerabilidad y condicionantes de género. **Cuadernos Mujer Salud/3**, Santiago, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, 1998.
- SÃO PAULO. Cimig/Hospital Ipiranga-SP. **Relatório de Atividades**. São Paulo, 1999.
- SÃO PAULO. Instituto de Saúde/Tess. **Conferência Internacional de Aids**. Montreal, 1997.
- SÃO PAULO. Secretaria da Saúde/CE-DST/Aids-SP-Grupo TMI. **A necessidade da indicação criteriosa do teste rápido para a pesquisa do HIV**. São Paulo, 2001. (mimeo)
- _____. Secretaria da Saúde/CE-DST/Aids-SP. **Preservativo feminino**. São Paulo, 2001. (mimeo)
- UNAIDS. Disponível em: <http://www.unaids.org/unaid/document/epidemiowadr98e.pdf>. Acesso em: 2000.
- UNIVERSIDADE DA CALIFÓRNIA-SÃO FRANCISCO. HIV InSite. Disponível em:
http://hivinsite.ucsf.edu/topics/sexual_abuse_and_assault/domestic_violence. Acesso em: 1998.
- VILLELA, W; BRITO, N. Mulheres vivendo com HIV. **Jornal da RedeSaúde**, São Paulo, n.17, maio 1999.

Mais informações

Referências pessoais/institucionais

CE-DST/Aids-SP – Coordenação Estadual de DST/Aids de São Paulo, Diretoria Técnica

CN-DST/Aids – Coordenação Nacional de DST/Aids, Setor de Articulação com ONGs

Daria del Zuffo, Rede Mineira de Mulheres Vivendo com HIV, e-mail: vhiver@gold.com.br

Denise Martim, Gridec/Unifesp – Grupo Interdepartamental de Epidemiologia Clínica da Universidade Federal de São Paulo

Domiciano Siqueira, Aborda-RS, e-mail: domiciano@pro.via-rs.com.br

Eliana Amaral, Caism/Unicamp-SP – Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da Universidade Estadual de Campinas

Elizabeth Cruz, Rede Paulista de Mulheres Vivendo com HIV, e-mail: giv@osite.com.br

Iara Linhares, Casa da Aids/FMUSP – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Maria Inês Baptistella Nemes. Departamento de Medicina Preventiva/FMUSP – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Marina F. Réa, NISMC – Núcleo de Investigação em Saúde da Mulher e Criança/Instituto de Saúde-SP, e-mail: marifrea@isaude.sp.gov.br

Marisa Fernandes, CE-DST/Aids-SP – Coordenação Estadual de DST/Aids de São Paulo, Setor de Prevenção/Departamento de Presídios

Mauro Schechter, HU/UFRJ – Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio de Janeiro, e-mail: maurosch@hucff.ufrj.br

Miguel de Lima, FFLCH/USP – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo

Naila Seabra, CE-DST/Aids-SP – Coordenação Estadual de DST/Aids de São Paulo

Nair Brito, Rede Paulista de Mulheres Vivendo com HIV, e-mail: giv@osite.com.br, tel.: (11) 5084.0255

Regina Lago, e-mail: rlago@alternex.com.br

Sites

Existem muitas ONGs e organizações governamentais que mantêm páginas na Internet onde podem ser encontradas mais informações sobre Aids e mulheres. A partir de *links* nos três *sites* seguintes, é possível entrar em contato com diversas organizações que atuam nessa área:

Abia – Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids: <http://www.alternex.com.br/~abiaadmin/>

CN-DST/Aids – Coordenação Nacional de DST/Aids: <http://www.aids.gov.br>

Sociedade Viva Cazuza: <http://www.vivacazuza.org.br> (Fórum Científico)