

AIDS no cotidiano

1 - Nasce o bebê... O que o espera do outro lado?

Ana acaba de passar por muitas dores, mas já nem se lembra delas, tamanha é a alegria de ver seu filho, todo sujo ainda, chorando, mas ali, novinho em folha. O papai, nervoso, do lado de fora, sente um alívio alegre quando escuta o choro.

A enfermeira vem, lhe mostra a criança, e o pai só pensa quando poderá brincar com ela, ensiná-la a jogar futebol ou a brincar de bonecas. Esse é um quadro comum em muitas famílias. Todos estamos acostumados a passar por ele, ora como protagonistas, ora como tios, avós, padrinhos. Mas a realidade não se resume nisso. Infelizmente, inúmeros bebês nascem hoje sem um papai esperando do lado de fora, sem avós para presentear-los e pior, com os dias praticamente contados. São as vítimas do desconhecimento, da irresponsabilidade e do erro. Filhos de mães solteiras, filhos de pais dependentes de drogas e álcool, filhos de pais promíscuos, cujo alvo da vida se resume no prazer imediato e inconseqüente. Crianças que chegam à luz condenadas às trevas. Umas já nascem sem família, outras sendo doadas, e ainda outras são portadoras do HIV. O vírus da AIDS

A mortalidade infantil brasileira hoje está em 60 para cada mil crianças, índice dos mais do mundo. E o Brasil levou 20 anos para chegar a esse número com controle de doenças do primeiro ano de vida. Além de doenças, a fome, o abandono e a miséria também contribuem para esse índice.

Um túnel sem luz - Bebês de mães contaminadas

No Brasil o Ministério da Saúde registra a incidência de AIDS em recém nascidos desde 1985, e até 87 haviam 20 casos notificados de crianças contaminadas. Em 91 chegou a um total de 726 crianças contaminadas pelas mães. A previsão da OMS- Organização Mundial de Saúde é de que em 7 anos, o mundo terá 10 milhões de crianças contaminadas. 78% das crianças contaminadas adquiriram o vírus da mãe. Isto é a transmissão vertical, que pode ser intra uterina, durante o parto ou na amamentação.

O médico Paulo Ayrosa Galvão, presidente do Conselho Estadual para Assuntos da AIDS- CONAIDS, adverte que a probabilidade do vírus ser transmitido verticalmente varia de 20 a 50%, significando que de cada 10 crianças, 2 a 5 adquirem o vírus. E Mais. Vale destacar que as mulheres formam o maior grupo de contaminação atualmente, cerca de 50% dos novos casos, segundo a OMS. (O Estado de São Paulo, 8/9/93)

A AIDS afeta cada vez mais as mulheres jovens e adultas, isto é, cada vez mais crianças serão contaminadas pelo vírus. Muitas mulheres descobrem serem portadoras do HIV quando a criança nasce. Essas crianças ficarão órfãs em um período relativamente curto.

Dos números para a vida real

Iracema da Cruz, 24 anos, descobriu ser portadora do HIV somente quando perdeu sua filha com apenas 6 meses. Ainda na adolescência, Iracema conheceu João. Preso várias vezes por roubo, condenado e fugitivo, João, usuário de drogas injetáveis,

continuou seu romance com Iracema, mesmo depois de ser diagnosticado como soropositivo para AIDS. Hospitalizado por causa de uma surra da polícia, sua recuperação foi boa, daí não acreditar que realmente houvesse algum risco, mesmo porque Iracema já tinha o teste negativo. Resolveram ter um filho, que aos 6 meses teve broncopneumonia e morreu. Motivo: AIDS. Este relato traz todo um conceito errado de como realmente as pessoas encaram a AIDS. É uma doença mortal, terrível, mas pensam que nunca irá atingi-las. E muito menos a seus filhos. A gravidez, hoje, é ainda a maior responsabilidade para a mãe. Iracema hoje faz isso. Viúva e sem a filha, trabalha junto a menores de rua e suas famílias, esclarecendo-os, envolvendo-se em seus problemas e ajudando-os, através de um projeto da primeira Igreja Batista de São Paulo (vide JEAME, pag. 19)

As crianças contaminadas muitas vezes nascem, e logo perdem os pais, sendo adotados pelo Estado. “Nesse sentido precisamos analisar seriamente a questão, pois as decisões que vamos tomar hoje só terão conseqüências daqui a 5, 10 anos. Precisamos atuar no combate e prevenção da doença, antes que o país não possa suportar esse quadro”, alerta o médico Paulo Ayrosa Galvão.

Sheila - Uma lição de amor

O caso Sheila Cortopassi, a garota que ficou conhecida por ser portadora do HIV, mostrou uma nova face na história da adoção: a do amor incondicional pelo ser humano. Sheila, com 6 anos de idade, faleceu há pouco tempo, vítima da AIDS. Mas a coragem e fé de seus pais, que a adotaram conscientes de sua enfermidade, venceram as barreiras da discriminação e do preconceito da sociedade brasileira.

Depois da vitória na justiça, para garantir uma vaga na escola em que foi rejeitada por ser portadora do HIV, Sheila simboliza o primeiro e grande passo, que pode mudar o drama de muitas crianças, que não tiveram a mesma sorte. Elas não conseguiram uma família. A história de Sheila e de seus pais, Sônia e Sérgio Cortopassi, provaram que ainda existe amor e solidariedade entre as pessoas. A partir do momento que se expuseram, muitos apareceram em sua defesa contra o preconceito, como foi o caso do diretor do Colégio São Luís, Luiz Fernando Klein, que ofereceu uma bolsa de estudos a Sheila, mesmo contra a vontade de alguns pais da escola.

Essa foi a lição número um. Da teoria para a prática, todos precisamos mudar de lado na história. De expectadores e leitores para participantes. A doença, o abandono, o amor e a solidariedade têm oferecido várias lições ao homem. É preciso praticá-las.

Adoção: Que Amor é Esse?

Em meio a uma sociedade egoísta, criada à imagem e semelhança da TV, surge a necessidade de se entender e praticar um amor radicalmente diferente.

O amor verdadeiro é profundo, acontece no contexto de duas atitudes, que fertilizam e fazem brotar.

Primeiro, é fundamental haver um conhecimento amplo da pessoa que é alvo do amor. A segunda atitude é um profundo compromisso de maximizar tudo que for bom para a outra pessoa. Não se trata de proporcionar tudo que o outro deseja. O verdadeiro amor tem discernimento para entender tudo que o outro precisa; ele conhece a pessoa amada e considera o bem do próximo acima dos interesses e egoísmo de quem ama.

Recentemente, minha esposa e eu recebemos um casal estrangeiro que veio ao Brasil adotar crianças. Toda a documentação havia sido submetida previamente às autoridades competentes, e agora estavam retornando para um período de convivência, e finalmente, a adoção dos três irmãozinhos.

Durante semanas, testemunhamos perplexos o brotar de um amor do qual nós não nos sentíamos capazes. Os meninos com 9, 6 e 5 anos de idade, chegaram em condições pouco favoráveis. Traziam no corpo as marcas de vários anos de maus tratos, vivendo em condições precárias. Iniciamos imediatamente tratamentos dentário e intestinal, além de regularizar sua alimentação e exercício. Em poucos dias, a aparência dos meninos mudou. Sorrisos começaram a se esboçar espontaneamente. Chutes e socos entre si foram substituídos por abraços e carinho. Palavras depreciativas deram lugar a um respeito mútuo e encorajamento.

“Será que são portadores do HIV?” as pessoas a nossa volta que não perguntaram, certamente pensaram. Afinal, esses irmãos haviam experimentado uma vida de brutalidade, abusos e sujeira, por tempo prolongado. Alguns de seus coleguinhas foram vítimas no fogo cruzado entre gangues, como o “Banha”, que “...ficou cheio de tiro e morreu”. Viveram na companhia de adultos irresponsáveis, absolutamente descontrolados, praticando hábitos e raciocínios doentios. As crianças estariam contaminadas? Em se tratando de AIDS, é imprescindível o exercício do mais maduro discernimento, do mais enérgico controle comportamental, da mais sincera empatia, e do mais profundo amor.

Que amor é esse?

Acompanhando a preocupação do casal a respeito da saúde dos meninos adotados, aprendemos algo muito simples e ao mesmo tempo muito profundo. As questões mais complexas da vida, especialmente aquelas para as quais a ciência não tem solução e ainda não existem remédios, precisam ser vividas sob o ponto de vista do amor verdadeiro. Este, o amor que busca conhecer amplamente, visando maximizar o bem.

“Ninguém tem amor maior do que este: de dar a alguém a própria vida em favor dos seus amigos (Evangelho de João 15:13)”. Este amor, vivido e exemplificado por Jesus Cristo, introduz esperança onde existe tristeza, e vida onde a única perspectiva é a morte.

Sentindo este amor, profundamente, o casal concluiu: “Com ou sem AIDS, eles são nossos filhos”!

Vinícius Abdo Jaquery Vinícius Jaquery é psicólogo e administrador, e dirige uma organização que visa amparo e adoção de crianças órfãs.

A sorte está lançada - O drama das mães solteiras

“...Então descobri que estava grávida. Não sabia o que fazer, me desesperei, tentei o aborto em vão, aí resolvi doar a criança quando nascesse...”

Esse trecho é de uma adolescente, da cidade de Curitiba, e podia ser de qualquer adolescente em igual situação, em qualquer parte do país. Crianças na condição desse bebê nascem todos os dias nas nossas maternidades, casas ou mesmo ruas, frutos do despreparo e desconhecimento de outras crianças: as adolescentes mães solteiras...

Recanto da paz

Uma solução na gravidez indesejada

Eliana, 24 anos, está na sua terceira gravidez e pela primeira vez está em paz. Dependente de drogas até o quarto mês, hoje ela se sente muito bem, “nem me lembro do quanto precisava do crack.” Esta conquista foi graças ao trabalho desenvolvido pelo Recanto da Paz, um abrigo evangélico em Curitiba, próprio para mães solteiras, dirigido pelo Pr. Angus Plummer.

Ela, como outras 500 mulheres, de 9 a 40 anos, foram alvo da dedicação de voluntários durante 9 anos de existência do abrigo. Médicos, psicólogos, assistentes sociais fazem parte do grupo de voluntários que atuam no Recanto da Paz. Além de convênios médicos, o abrigo oferece cursos profissionalizantes para as mães no período que passam ali.

“Sem a participação da comunidade não há muitas possibilidades de resgatar dignidade humana de mulheres marginalizadas. Para elas é essencial devolver-lhes força para enfrentar a sociedade e um caminho próprio” afirma o pastor Angus. Tudo começou quando sua mulher, Carmem, assistindo TV, ouviu o apelo de uma jovem mãe solteira que não tinha onde morar durante a gravidez. O casal então empenhou-se em procurar um local para a jovem e nada conseguiu. Então a idéia do abrigo veio em seguida.

Amor Incondicional

“É inacreditável como nos aceitam, sem saber quem somos ou de onde viemos. Tive tal compreensão.” confessa Eliana com alegria, depois de três companheiros, dos quais teve três filhos (um deles foi abortado), e se envolveu com tráfico de drogas no último relacionamento. Com a prisão deste companheiro, lhe indicaram o Recanto da Paz, em Curitiba, onde a menina, já no nono mês, nos contou sua história.

As meninas que procuram o Recanto da Paz geralmente vêm de experiências de amor comercial, onde sexo é trocado por comida, dinheiro, moradia e até mesmo um pouco de afeto. Cada mulher que chega no Recanto da Paz traz um drama diferente em sua história. A.A., de 17 anos, menor de rua, enfrenta pela terceira vez uma gravidez indesejada. Trocou sexo por comida com um porteiro de um hotel de programas, que poderia ser seu avô, e agora nega ser o pai de seu filho.

Rejeitadas pelas famílias, muitas não tem para onde ir. É o caso de outra menor que em 86 teve um filho. Só descobriu que estava grávida no sexto mês, quando sua mãe percebeu as mudanças no seu corpo e a levou ao médico. A família aceitou a criança, mas não a filha, que teve que sair de casa e se virar. Hoje ela está grávida novamente e chegou ao Recanto da Paz pela “patroa”, que não quis uma doméstica grávida em casa. “No início pensei em dar meu filho, mas hoje aprendi que ele precisa de carinho e amor. Agora acredito que Deus existe, pois aqui aprendi com as obreiras o que é o amor. Obrigada, Deus, por tudo isso.”

Como é o trabalho

Cada voluntário, também chamado de obreiro, é instruído a viver espontaneamente o evangelho de Cristo, amar e acolher os outros, embora nem sempre seja fácil. Para eles, o estilo de vida cristã é o mais importante no abrigo, para que haja

transformação no comportamento das internas. Segundo Carlos Gryzbowsk, psicólogo que atua no Recanto, 60% afirmam ter experiências reais com Deus. O estudo da Bíblia faz parte da rotina, mas dá-se ênfase à vivência do cristianismo.

(Fonte: <http://www.arcadenoe.org.br/aids/nasce.htm>, data de acesso 13/06/2013)

2 - Epidemia de AIDS na população jovem é maior entre as mulheres

10.02.2010 - Os dados do boletim epidemiológico de 2009 mostram um aumento significativo no número de novos casos de Aids entre mulheres e homens jovens homossexuais. Diante disso, a Campanha de Prevenção à Aids neste Carnaval será voltada especialmente a esse público.

Os números mais recentes referentes à Aids no país apontam que a epidemia afeta a população jovem de maneira diferenciada. Enquanto na população em geral a maior parte dos casos está concentrada na população masculina e a principal forma de transmissão é por meio de relações heterossexuais, quando o foco é a população jovem, concentrada na faixa etária que vai dos 13 aos 24 anos, a situação é outra.

Na faixa etária que vai dos 13 aos 19 anos, as mulheres apresentam maior incidência. Já entre os jovens de 20 a 24 anos, a divisão por gênero é mais equilibrada. Para os homens jovens, a principal forma de transmissão são as relações homossexuais.

Campanha

Tendo esse quadro como referência, a Campanha de Prevenção à Aids neste Carnaval terá mensagens dirigidas especialmente para esse público, com o slogan “Camisinha. Com amor, paixão ou só sexo mesmo. Use sempre”. A Campanha, de iniciativa do Ministério da Saúde e da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, terá peças publicitárias e ações divididas em dois momentos. Primeiramente, na semana anterior ao carnaval, as peças focarão na importância do uso da camisinha. Já na semana seguinte ao carnaval, os materiais vão falar sobre a importância do teste anti-HIV, para as pessoas que passaram por alguma situação de risco.

A feminização da Aids

O aumento dos casos de aids entre a população feminina acontece em todas as faixas etárias. No ano de 1986, para cada caso de HIV em mulheres, eram 15 casos entre os homens. Já a partir de 2002, a razão é mantida em 15 casos em homens para cada 10 casos em mulheres. No entanto, na faixa etária que vai dos 13 a 19 anos, as mulheres já ultrapassaram os homens. Em 1998, ano em que ocorreu a inversão, havia oito casos em meninos para cada 10 casos em meninas.

Entre os anos de 2000 e de 2009, foram registrados no Brasil 3.713 casos de aids em meninas de 13 a 19 anos (60% do total), contra 2.448 em meninos. Na faixa etária que vai dos 20 aos 24 anos, há 13.083 casos entre as mulheres e 13.252 entre os homens. Na população com 25 anos e mais, há uma grande inversão – 60% do total dos casos são entre os homens.

Segundo análise do Ministério da Saúde, a maior vulnerabilidade das meninas está relacionada, entre outras questões, às relações de gênero desiguais nos

relacionamentos e ao não reconhecimento de seus direitos, o que inclui a legitimidade no exercício de sua sexualidade.

(Fonte: <http://www.observatoriodegenero.gov.br/menu/noticias/epidemia-de-aids-na-populacao-jovem-e-maior-entre-as-mulheres/>, data de acesso 13/06/2013)

3 - AIDS afeta 62,6% das mulheres e 37,4% dos homens

Geral - 22/02/2009 O Ministério da Saúde e a Secretaria Especial de Política para as Mulheres lançaram, no dia 13 de fevereiro, no Rio de Janeiro, a campanha de prevenção à AIDS, que, este ano, foca as mulheres com mais de 50 anos.

Uma pesquisa encomendada pelo Governo Federal mostrou que o número de mulheres infectadas pelo HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), nessa faixa etária, triplicou em dez anos. Em 1996, a taxa de incidência era de 3,7 de casos por 100 mil habitantes. Em 2006, esse índice era de 11,6 por 100 mil habitantes. O Ministério da Saúde irá distribuir 500 milhões de camisinhas este ano – 40 milhões por mês. Já carnaval, o número será de 60 milhões.

COAS faz testes Ivaiporã é referência em HIV/AIDS, entre os 16 municípios que fazem parte da 22ª Regional de Saúde, com testes do vírus através do COAS (Centro de Orientação e Aconselhamento Sorológico). Após a detecção do HIV, o paciente é encaminhado ao Serviço de Assistência Especializada aos Portadores de HIV/AIDS, onde é acolhido por uma equipe formada por enfermeira, técnica de enfermagem, médico, farmacêutica/bioquímica, psicóloga e assistente social. O resultado, geralmente, é comunicado pela enfermeira e/ou assistente social, que orienta o paciente sobre os cuidados que deve ter. Em seguida, o paciente passa por consulta médica e é encaminhado para outros profissionais da equipe. Mulheres: mais afetadas

Em Ivaiporã, o Serviço de Assistência Especializada aos Portadores de HIV/AIDS acompanha 67 pacientes, cuja faixa etária mais afetada situa-se entre os 20 e os 39 anos (63%). Entre as crianças menores de 13 anos, a taxa é de 4% devido ao trabalho de prevenção da transmissão vertical durante a gestação e parto. Já entre os idosos (acima dos 60 anos), a taxa é de 9,5%. Nesse caso, a doença afeta 62,6% das mulheres e 37,4% dos homens. A Secretaria Municipal de Saúde lembra que os números podem ser subestimados, uma vez que alguns pacientes preferem fazer acompanhamento/tratamento noutras Regionais de Saúde. De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde, 50% dos pacientes que são acompanhados pelo Serviço de Assistência Especializada aos Portadores de HIV/AIDS vivem em Ivaiporã e os demais residem entre os 16 municípios jurisdicionados à 22ª Regional de Saúde.

Tratamento

A escolha do tratamento medicamentoso com anti-retrovirais depende de exames específicos para esses casos (CD4 indica nível de resistência do organismo ao vírus. Carga Viral indica a quantidade de vírus existentes). Essa escolha é realizada pelo médico responsável de acordo com o Consenso de AIDS.

Geralmente, a combinação da terapia medicamentosa é de três drogas, variando numa média diária de 3 a 18 comprimidos por dia – dependendo do paciente.

Entre os meses de outubro e dezembro de 2008, foi feito rastreio do HIV, por teste rápido, entre cinco mil pessoas. Dessas, sete estavam contaminadas. No mesmo ano, foram notificados cinco óbitos entre os pacientes acompanhados.

A Secretaria Municipal de Saúde informou que foram registrados os seguintes casos de HVI: 2006 (15 casos), 2007 (12 casos), 2008 (9 casos) e 2009 (2 casos).

“Viver com AIDS é normal”

O Paraná Centro conversou com Maria (pseudônimo), que descobriu, há três anos, que é portadora do HIV. Ela tem 67 anos e os médicos acreditam que possa ter contraído o vírus há dez anos.

A seguir, Maria conta, na primeira pessoa, como descobriu o vírus e como é viver com AIDS.

“Há três anos, o primeiro sintoma que apareceu foi uma espécie de alergia nas pernas (abaixo dos joelhos). Provocava muita coceira e nada curava. Resolvi, então, fazer vários exames de saúde.

Mas não acusaram nada. Depois, tomei a decisão de fazer o exame HIV.

O resultado foi positivo...

No dia, estava acompanhada de um familiar, que ficou muito abalado com o resultado positivo. Mas Deus me deu forças.

Quanto à forma de transmissão, imagino ter apanhado o vírus numa manicure. Naquela altura, fiquei com uma das unhas da mão muito inflamada. Não sei se, naquela época, elas esterilizavam os alicates...

Bom, durante dez anos, tive três relacionamentos. Com o primeiro, namorei seis anos. Com o segundo, oito meses. E com o terceiro, namorei sete meses.

Depois que descobri que sou portadora do HIV, conversei com o parceiro com quem namorei seis anos, mas não falei sobre o HIV. Ele é forte e continua bonito. Por isso, não acredito que tenha o vírus.

Quanto a mim, há três anos, pesava 73 quilos e, atualmente, estou com 66 quilos. Venho mantendo esse peso há dois anos.

Tomo três medicamentos por dia, incluindo um que evita dor no estômago. Mas me adaptei muito bem com os comprimidos. Por isso, fisicamente, não sinto nada. Aliás, os níveis de colesterol e triglicerídeos aumentaram. Acredito que provocados pelos comprimidos.

Conheço outras pessoas que têm o HIV, que bebem e fumam, e outras que estão de cama. Mas prefiro dormir bem e descansar. Por isso, não sinto nada. Graças a Deus! Aliás, viver com AIDS é normal. Mas é preciso se cuidar e ter amor próprio.

Como jamais passaria propositalmente o vírus aos membros da família ou amigas, tomo muito cuidado para não me machucar.

As minhas amigas – a quem contei a verdade – não mudaram de comportamento, até porque a doença existe e há pessoas que têm o vírus. Se fosse câncer, seria muito pior! Acredito que se tivesse descoberto câncer, há três anos, já estaria morta”.

(Fonte: <http://www.paranacentro.com.br/noticia.php?idInsercao=532>, data de acesso 13/06/2013)

4 - Vulnerabilidade das mulheres ao HIV é maior por causa dos condicionantes de gênero?

Vera Paiva, Laura Bugamelli, Betina Leme, Elvira Ventura-Filipe, Leticia Tunala, Dra. Naila Santos¹

1 - Artigo publicado e traduzido do Cuadernos Mujer Salud 3 (1998),

RED de SALUD de las MUJERES LATINO AMERICANAS Y DEL CARIBE, pag 34-38.

A condição feminina pode explicar o crescimento da epidemia brasileira do HIV entre as mulheres e a maior vulnerabilidade delas à AIDS? Essa foi uma das hipóteses de trabalho das pesquisadoras que conduziram essa investigação buscando tornar mais visível a epidemia feminina de AIDS em São Paulo, Brasil. Nesse artigo, sem pretender esgotar o assunto, vamos refletir sobre como algumas das condicionantes de gênero de fato colocam a mulher em situação mais vulnerável à infecção pelo vírus HIV, entre outros males transmitidos sexualmente. Entrevistamos 150 portadoras do HIV que frequentam uma clínica de referência para o tratamento de DST/AIDS, clínica que é padrão para outras clínicas do setor público brasileiro.

Só mulheres foram entrevistadas, portanto não podemos concluir a partir dessa pesquisa que os condicionantes de gênero afetam apenas as mulheres, ou ainda, que os homens são menos vulneráveis. O peso das condições de gênero sobre as mulheres tem sido

descrito nas últimas duas décadas de intensa produção feminista. Vários outros estudos têm demonstrado que a cultura sexual na qual mulheres e homens são socializados é um dos fatores que dificultam conter a epidemia da AIDS. No caso da transmissão sexual, os “roteiros sexuais de gênero” são constituintes essenciais daquilo que se define como sendo “próprio do homem” e “próprio da mulher”, deixando ambos mais vulneráveis. A cultura machista e latina fragiliza também os homens, que são pressionados a ser impulsivos sexualmente para se provar homens, a declamar que o uso do preservativo “atrapalha-o”.

2 - O conceito de "sexual script" foi desenvolvido por Gagnon e Simon, como uma das formas de entender o comportamento sexual, como um com um comportamento construído socialmente e marcado pela cultura como qualquer outro, e não determinado biológica ou instintivamente. Desenvolvemos o conceito de "roteiro sexual de gênero", em função dos estudos que mostraram que o gênero marca definitivamente os roteiros que se desenvolvem na "cena sexual". (ver V. Paiva) prazer” ou dificulta o controle necessário ao senso de invencibilidade e competição associados à potência do sexo masculino. Essas mesmas condicionantes do gênero masculino atuam no descontrole irresponsável dos homens que se alcoolizam porque precisam ser mais assertivos e menos tímidos; ou tornam menos nobre a a responsabilidade pela contracepção ou reprodução compartilhada com a mulher. Como demonstra a literatura de AIDS dos últimos anos, as normas de gênero também estimulam a perseguição dos

¹ Vera Paiva é professora de Psicologia Social da Universidade de São Paulo e coordena a equipe da pesquisa. Faz parte da coordenação do Núcleo de Estudos para a Prevenção da AIDS do qual fazem parte as psicólogas Leticia Tunala e Betina Leme. As psicólogas Laura Bugamelli e Elvira Ventura-Filipe trabalham no CRT- AIDS e no Programa de AIDS do Estado de São Paulo.. A Dra. Naila Santos, médica, é diretora da Vigilância Epidemiológica do Programa Estadual de DST-AIDS/SP.

homens que tem desejo homoeróticos e são obrigados à clandestinidade, criando o contexto psicossocial que dificulta a adesão ao sexo seguro ou a proteção das mulheres com quem têm relações sexuais.

Entendemos os condicionantes de gênero como algo que diz respeito à mesma cultura que constrói e oprime os dois sexos, e que torna difícil para homens e mulheres agir em benefício da sua saúde. Vamos aqui focalizar apenas o que da nossa pesquisa com mulheres HIV positivas pudemos aprender: as mulheres brasileiras continuam sem perceber os riscos que correm com o sexo não protegido e não se percebem vulneráveis, principalmente quando cumprem o papel que se espera delas - o amor monogâmico e dedicação ao doméstico. As mulheres portadoras são como todas as outras, enfrentam os mesmos obstáculos: só pensam em se cuidar depois de cuidar da família, e não conseguem negociar sexo seguro com o parceiro em qualquer situação.

1- A epidemia cresce entre todos os grupos sociais de mulheres da cidade O grupo de entrevistadas é representativo das mulheres que frequentam a clínica onde a clientela compõe uma proporção homem/mulher igual à da cidade de São Paulo (1997): 2,6

homens para cada mulher com AIDS. A epidemia em São Paulo, epicentro do país, atingia 27 homens para cada mulher em 1985, passando em poucos anos para 7 homens para cada mulher (1989) e 5 homens para cada mulher em 1993. A epidemia entre homens desacelerou desde 1993 em São Paulo, mas continuou crescendo entre as mulheres.

Em 1986 a transmissão pela via sexual explicava 38% dos casos de AIDS entre mulheres (excluídas as crianças), e em 1997 foi responsável pela infecção de 58%. Cerca de um terço das mulheres são classificadas pela vigilância epidemiológica na categoria “via de contaminação de origem ignorada”; pudemos perceber por essa pesquisa que em geral isso acontece porque elas não sabem o fator de risco do parceiro que a contaminou. Cerca de 17,4% das mulheres com AIDS em São Paulo se contaminou através do uso de drogas injetáveis e essa proporção tem diminuído a cada ano.

Ao mesmo tempo que a epidemia feminina cresce, a mortalidade atribuída à infecção

pelo HIV/AIDS em São Paulo apresentou uma queda de 30% nos últimos 2 anos, atribuída à política de distribuição gratuita do “coquetel” (anti-retrovirais e inibidores de protease) nas clínicas públicas. Os resultados foram entretanto significativamente piores entre as mulheres: a redução foi de apenas 20%, o que pode indicar menor acesso das mulheres com HIV aos serviços de saúde e à medicação.

A maioria das mulheres entrevistadas tem filhos (76% delas), de um a sete filhos e quase sempre menores que 13 anos. São portanto, como sempre, “cuidadoras”: a grande maioria é responsável pela vida doméstica (roupa, comida, limpeza, cuidados das crianças e doentes) e demais cuidados de pelo menos mais 2 pessoas, além dela mesma.

(BOX) 1a- Procedimentos da pesquisa

O questionário que serviu de base para a entrevista foi desenvolvido a partir de um estudo piloto realizado em 1996, quando foram entrevistadas 15 pacientes HIV positivas, que também participaram de dois grupos de discussão. Foi baseado na literatura internacional disponível em 1996 sobre mulheres e HIV, inspirada em especial

nas experiências desenvolvidas na Califórnia e Porto Rico com pacientes de origem “latina”, discutida com os colaboradores da Universidade da Califórnia San Francisco (Dr. Norman Hearst e Dra. Cynthia Gomez) e Universidade da Califórnia-Berkeley (Dr. Arthur Reingold). Também usou como base os estudos pilotos realizados pela Dra Naila Santos, coordenadora da vigilância epidemiológica de DST/AIDS do Estado de São Paulo, com mulheres HIV no CRT-DST-AIDS, e os estudos conduzidos no NEPAIDS-USP com jovens em São Paulo pela Prof. Vera Paiva.

A equipe convidou, entre julho e dezembro de 1997, possíveis participantes nas salas de espera do Centro de Referência e Treinamento de DST/AIDS, nos andares onde são feitas consultas médicas ambulatoriais, excluindo as que eram menores de 18 anos, estavam se sentindo mal ou sem condições físicas e mentais de participar.

Esclarecíamos com elas o objetivo da pesquisa: analisar quais fatores afetam a adesão das mulheres aos cuidados primários com a sua saúde – do uso do preservativo ao uso adequado da medicação específica para AIDS; sugerir caminhos para melhorar e tornar mais adequado o atendimento às mulheres e levantar com

Todos os números sobre a epidemia em São Paulo foram retirados do Boletim Epidemiológico Municipal de AIDS/ SP- ano 2, número 3, 1998.

4- Fonte- Vigilância Epidemiológica, SP.

Pelas sugestões para a prevenção de novas infecções pelo HIV. Cada mulher recebeu cerca de 10 dólares como reembolso pelo seu tempo e participação.

Conversamos sobre sua história sexual e reprodutiva, a percepção que tinham do risco para a infecção pelo HIV antes de seu diagnóstico, sobre sua história de apoio desde que souberam do resultado, as fontes principais de stress e suas necessidades de apoio, sobre como chegam à clínica e a avaliação que fazem dos serviços, sobre como e por que seguem ou não as recomendações médicas.

As mulheres que aceitavam participar voluntariamente (83% das convidadas), dirigiam-se individualmente com a entrevistadora a uma das salas de consulta, assinavam um consentimento informado onde a confidencialidade era garantida. O tempo de duração da entrevista variou de 50 a minutos a 3 horas, e foi em média de 80 minutos. Consideramos válidas para a análise 148 entrevistas.

As mulheres entrevistadas tinham em média 32 anos no momento da entrevista, com idade variando de 19 a 63 anos. Faz 4 anos em média que elas sabem que são portadoras do HIV - algumas mulheres receberam o diagnóstico há menos de 6 meses (7%),

a maioria de 2 a 5 anos atrás, e as mulheres que têm o diagnóstico mais antigo o receberam há 12 anos (3%). Pouco mais da metade toma o “coquetel anti-aids” e pelo menos 65% são classificadas como “caso de AIDS”.

O perfil socio -demográfico dessas mulheres é semelhante ao da mulher que mora em São Paulo: elas têm 2 filhos em média, e a maioria tem menos de 8 anos de escolaridade, 20% tem de 8 a 12 anos de escola e 12% foram à universidade. A maioria tem algum ganho mensal (salário ou aposentadoria), em geral menos de 200 dólares por mês. É importante lembrar que São Paulo foi considerada a cidade mais cara das 3 Américas, mais cara que Nova York ou São Francisco e um terço das mulheres não tem renda pessoal nenhuma, mais um terço delas é responsável pela maior parte da renda familiar.

2- O que afeta a adesão das portadoras aos cuidados com a saúde?

A dependência econômica não parece afetar nem o uso adequado da medicação (adesão ou aderência, em inglês "adherence, compliance"), nem o uso consistente do preservativo. Mas o fato de trabalharem fora de casa foi associado ao aumento da aderência à medicação

5. A renda de toda a família e o nível de escolaridade também:

($p < 0.01$ para trabalhar fora de casa, $p < 0.05$ para renda e $p < 0.001$ para escolaridade) quanto maior a renda familiar e número de anos na escola, maior a proporção de mulheres que declaram usar a medicação adequadamente.

A maioria está desempregada, 28% têm emprego e 12% fazem trabalhos sem vínculo, proporção igual a de aposentadas. Das que têm emprego, o grupo maior trabalha em serviços domésticos, em escritório ou em fábricas. Apesar de ser o desemprego uma realidade para todos os trabalhadores em São Paulo, muitas mulheres contaram histórias de dispensa do trabalho pelo fato de serem soropositivas, principalmente por causa da incompatibilidade de horários entre emprego e tratamento nas fases mais agudas da doença. Muitas desistem de procurar emprego com medo de serem estigmatizadas caso " sejam descobertas". Apenas 2% das entrevistadas trabalhou em casas noturnas ou prostituição até hoje, o que contraria o perfil presumido da mulher com HIV da época em que se usava a noção de "grupos de risco".

Elas sentem o peso do preconceito relatado por todos os portadores do HIV, ampliado pelo temor de que o estigma não marque a vida de seus filhos. Valorizam o tratamento respeitoso e de qualidade que recebem nessa clínica especializada, comparando o com outros centros de atendimento onde já estiveram e foram mal atendidas. Consideram a relação de respeito, de acolhimento e de escuta dos médicos - os profissionais desse Centro são considerados "gold standard" pelo Programa de AIDS- o fator mais importante para estimular os cuidados com a própria saúde. Mas o medo do preconceito, em especial entre aquelas que escondem da família ou no trabalho a sua condição, coloca obstáculos importantes, em especial quando precisam "esconder ou disfarçar" de 12 a 24 pílulas antiAIDS que exigem horários rígidos e um regime complicado. Nas análises preliminares, a cor (auto - definida) isoladamente não tem impacto significativo em nenhum indicador de cuidados com a saúde, embora as mulheres que se identificam como negras ou pardas sejam significativamente menos escolarizadas. Quando perguntamos como definiriam sua cor (a forma mais comum dos brasileiros definirem sua origem étnica), 58% se declara branca, 37% parda ou negra e 5% outras.

3-Elas tem vida sexual e filhos O número de filhos e o estado conjugal parecem não afetar a adesão aos cuidados com a saúde e o que chamamos de "prevenção secundária"- a prevenção da evolução do quadro de infecção pelo HIV para um quadro de AIDS, com doenças oportunistas que fazem a paciente evoluir mais rápido para o óbito. Mas, como veremos, seguem na vida sexual com os mesmos problemas de negociação do sexo mais seguro que tornam as mulheres com relacionamentos fixos e duradouros vulneráveis à infecção pelo HIV (no caso delas, a perigosa re-infecção com um correspondente aumento da carga viral). Cerca de um terço delas estava viúva no momento da entrevista, outro terço estava casada, e entre as solteiras 15% tinha um namorado fixo. Portanto, metade das mulheres tinham vida sexual, com frequência de relações sexuais equivalente à média brasileira, e mais da metade disse que tem vontade

de fazer sexo. Muitas delas sentem desejo sexual da mesma forma que antes de se saber positiva (20%), mas a maioria sente que não é como antes: tem medo de contaminar novos parceiros, ficam tomadas por outras preocupações e não tem mais desejo, ou se sentem menos sensuais. Especialmente se são solteiras tem medo de contar aos parceiros que são positivas, ou sonham encontrar parceiros HIV positivos como elas. De todo modo, 43% delas tem relações sexuais e cultivam relações monogâmicas (92%).

Só 40% dos parceiros sexuais atuais dessas mulheres são também positivos. Chama a atenção o número de casais discordantes, ou seja, casais em que ela é positiva e o parceiro é sabidamente negativo (40% das que tem vida sexual), e o fato de que em 20% dos casos ela não sabe se o parceiro é negativo ou positivo. Muitas delas não conseguem convencer seus parceiros a se protegerem. Mesmo quando sabem que ela é positiva, eles se recusam a usar preservativos, pelos mesmos motivos dos outros homens: não gostam de usar o preservativo, ou preferem se entregar e compartilhar o destino delas “por amor”, pelo “gozo solto”. Isso indica que os “roteiros sexuais de gênero” também dificultam a prevenção entre os homens! O fato dos parceiros serem positivos ou não, afeta de forma significativa a decisão de não usar o preservativo.

NÚMERO DE MULHERES QUE USAM PRESERVATIVO CONSISTENTEMENTE E STATUS SOROLÓGICO DO PARCEIRO

Parceiro é⇒Uso de condom↓HIV positivo HIV negativo HIV desconhecido
Total

Usa condom Sempre 11 21 5 37 (58,7%) Não usa ou uso inconsistente 14 6 6 26 (41,3%) Total 25 27 11 63 (100%)

Entre as mulheres que tem filhos, 31% os tiveram após o diagnóstico positivo para o HIV, já que muitas delas (19 mulheres) descobriram seu diagnóstico na maternidade ou fazendo o pré-natal. Nasceram 44 crianças nesse grupo de mulheres depois que elas já eram HIV +, e 16 crianças (36%) estão positivas também, proporção muito alta quando se sabe que o AZT na gravidez diminui essa proporção para menos de 10% dos recém-nascidos. É importante notar que esse é um grupo de mulheres certamente diferenciado, que tem acesso aos serviços de saúde: um bom indicador é o fato de terem tido acesso acima da média ao acompanhamento pré-natal (em média 7 visitas na última gravidez) e à medicação anti-aids - todas as que precisam estão recebendo o remédio gratuitamente. A taxa alta de transmissão vertical pode ser explicada pela época em que ela ficou grávida (antes dos estudos do efeito do AZT na gravidez), mas principalmente pelo desconhecimento da soropositividade na época da gravidez ou falha no acesso a medicação.

Quase 25% delas pensa ainda em ter filhos, principalmente o grupo das que nunca tiveram nenhum como poderíamos esperar. Mas muitas tem medo de o bebê nascer positivo.

4 - As mulheres não se percebem vulneráveis ao HIV como deveriam, e a grande maioria foi infectada pelo parceiro. A maioria (59%) nunca pensou que poderia ser positiva até receber o resultado do exame. Dessas, metade nunca imaginou tal possibilidade e a maior parte delas relatou que era desinformada com relação as vias de infecção: mais de 1/3 disse que não se preocupava com a questão porque não fazia parte do “grupo de risco”, não tinha “comportamento de risco” ou confiava no parceiro. As restantes, só perceberam a própria vulnerabilidade quando ficaram doentes (24%), ou quando o parceiro ficou doente ou o morreu (15.5%). Algumas ficaram sabendo que eram HIV positivas porque doaram sangue, ou fizeram exames de rotina (em geral pré-

natal). Apenas 11 mulheres de 148 tomaram a iniciativa de ir fazer o teste para saber se eram portadoras, depois de se conscientizarem do seu fator de risco.

A maioria absoluta delas (112 mulheres) foi infectada pelo parceiro. Elas nos contam como era difícil perceber que ele era usuário de drogas (apenas 6 das 53 mulheres que eram parceiras de "drogaditos" o perceberam) ou assumir que eles tinham casos fora de casa (31 mulheres). Convencidas pela idéia de "grupos de risco", criminosamente divulgada no início da epidemia, apenas 12% das mulheres tiveram como fator de risco suas próprias práticas (8 mulheres eram usuárias de drogas e 9 tinham múltiplos parceiros).

Das mulheres que no dia de fazer o teste desconfiavam que podiam estar positivas (41%), mais da metade só considerou tal possibilidade porque já se encontrava em situação crítica: o parceiro já tinha adoecido ou morrido, o filho adoeceu, ou elas estavam com sintomas ou em uma crise aguda.

5- Temos muito que investigar ainda sobre a epidemia feminina e latino americana de AIDS e muito a fazer para diminuir a vulnerabilidade das mulheres!

Essa iniciativa, relatada aqui apenas segundo alguns de seus resultados preliminares, tem sido uma experiência importante que deveria se estender. Sabemos como a epidemia feminina da AIDS na América Latina segue ainda invisível, e por isso tem sido mais difícil entendê-la para intervir de forma mais eficaz. Podemos indicar mais uma vez como é importante trabalhar colaborando com as mulheres para dar mais um passo rumo à consciência da opressão das normas de gênero, já que são ainda as mulheres que têm sido vanguarda nesse processo de conscientização e superação histórica. Embora a cultura machista não torne os homens necessariamente mais felizes ou protegidos, enquanto uma liderança e um movimento progressista dos homens não surge em nossos países, serão ainda as mulheres que terão o fardo de começar a falar sobre escapadas sexuais, desconfiar da monogamia ou do acesso maior aos prazeres proibidos às mulheres adultas que permanecem mais presas ao doméstico e aos filhos, mesmo quando trabalham.

Uma política pública adequada deve tentar atingir os homens como cidadãos igualmente responsáveis pela saúde sexual e reprodutiva de parceiras e proteção da família.

Mas não se deve esquecer os estragos feitos pela velha estratégia de grupos de risco, que culpabilizou e abandonou as mulheres menos domésticas à própria sorte, atrasou programas de cuidados à saúde e apoio às mulheres já portadoras do HIV, tornando-as invisíveis e sem apoio adequado.

Durante muitos anos, nas conferências de AIDS só encontrávamos algo sobre as mulheres quando encaixadas na categoria "trabalhadoras do sexo"- a elas se dedicavam os esforços de prevenção, mas muito raramente iniciativas de atenção à saúde. Talvez o que se quer é proteger filhos e maridos, já que até hoje os clientes ou as condições estruturais que geram o trabalho sexual numa comunidade são raros como alvo dos programas de prevenção. Na última Conferência Internacional de AIDS em Genebra, 1998, as luzes se acenderam para os estudos de transmissão vertical e uso do AZT como método preventivo na gravidez, e para a falta de estudos (e investimentos) em Microbicidas e produtos vaginais sob controle da mulher. Menos ênfase ainda foi dada às esperadas iniciativas para aumentar o acesso ao condom feminino, aceitando aqui que levaremos muitos anos para superar as tradicionais normas de gênero que permitiram uma relação entre os sexos mais igualitária e consensual. Quase nada sabemos ainda

sobre como garantir a saúde dessas mulheres já infectadas pelo HIV em países menos desenvolvidos, especialmente no que têm de diferente dos homens. Melhoramos as condições para salvar seus filhos do HIV, mas não temos ainda garantida a sua sobrevivência digna, com acesso a medicação e cuidados médicos para que evitem que seus filhos sejam órfãos mais cedo do que necessário ou sobreviventes discriminados. Devemos discutir e garantir os direitos dessas mulheres de decidir informadamente sobre seu destino como mães, ter garantidos os seus direitos reprodutivos, especialmente em países onde o aborto é ilegal.

Se perguntamos a essas mulheres o que necessitam como apoio ou ajuda para melhorar a qualidade da sua vida: 31% responderam “emprego”, e o restante comida, apoio

profissional, casa, dinheiro, e claro, remédios anti-hiv para si e para os seus. As condições socio-econômicas seguem sendo a fonte maior de dificuldades dessas mulheres, o que não as torna muito diferentes de todas, o HIV apenas torna tudo mais urgente. Só 24% tem a responsabilidade de cuidar apenas de si e a maioria tem muitas dificuldades para encontrar alguém para cuidar de seus filhos ou do parceiro doente quando precisam. Algumas contam que precisam muito de amigos e de romper isolamento, e só 9% declaram não precisar de ajuda ainda. A grande maioria gostaria de que os serviços de saúde oferecessem atividades de apoio em grupo e um terço delas prefere grupos que sejam compostos apenas de mulheres.

E o que as mantém lutando? 58% afirmam que os filhos são o principal motivo para lutar contra a doença, 19% se apoiam na “vontade de viver” e o restante se motiva com amigos e família, na fé, ou simplesmente no medo de morrer, entre outros.

O que nos mantém lutando sem muito apoio? A certeza de que se nós mulheres não dedicarmos nossos esforços às mulheres vulneráveis ao HIV, e, principalmente, às que já são portadoras, assistiremos a uma demora que parece como sempre uma eternidade criminosa para que as estruturas políticas e acadêmicas o façam.

(Fonte: http://www.ip.usp.br/portal/images/stories/Nepaids/vulnerabilidade_das_mulheres.pdf, data de acesso 13/06/2013)

5 - AIDS atinge idosos

Nadjane Bezerra do Amaral Prilip

Estudos realizados nos últimos anos identificaram dois grupos dentro da faixa etária idosa contaminada pelo HIV/aids: a) aqueles que estão envelhecendo com aids contraída há mais tempo, devido à melhoria das terapêuticas anti-HIV que prolongam a sobrevida dos pacientes soropositivos; e b) aquele formado por pessoas que contraíram o vírus já com mais de 60 anos.

No começo da epidemia, as pessoas muitas vezes não viviam mais do que dois anos após desenvolver a doença. Ao estudar o modo como o vírus ataca as células imunológicas, os cientistas desenvolveram drogas que impedem que o vírus se multiplique. Usadas em combinações conhecidas como “coquetel”, essas drogas têm ajudado os portadores do HIV a viverem mais.

Diante dos avanços na terapia anti-HIV, é possível reconhecemos o aumento do número de pessoas que contraíram o vírus há mais de 15 anos e que estão envelhecendo com a doença. Apesar disso, ainda não existem estudos que tratam do processo de envelhecimento das pessoas que convivem com o HIV/aids.

Até meados dos anos 80, quando os métodos para seleção de doadores e controle de sangue não eram tão rigorosos, a transfusão sanguínea representava o principal fator de risco para aquisição do vírus HIV nesta faixa etária, chegando a ser apontada como responsável pela maioria das contaminações ocorridas em pessoas com 60 anos e mais. Atualmente, observamos que a maioria dos casos de aids nos pacientes nesta faixa etária pode ser atribuída ao contato sexual ou ao uso de drogas injetáveis.

Pesquisas na área médica atribuíram o aumento da incidência de HIV/aids entre os idosos aos tratamentos hormonais, às próteses e aos medicamentos como o Viagra, que estão ampliando a vida sexual da população idosa. Aliado a isso, existe uma grande falta de informações sobre a doença, preconceitos contra o uso de preservativos e ausência de ações preventivas voltadas para a terceira idade.

O uso de preservativos, por exemplo, é muito problemático: como as mulheres estão no período pós-menopausa e sem risco de engravidarem, acreditam que não precisam de proteção. Há, também, o preconceito quanto ao uso de preservativos pelos homens mais velhos.

No estudo realizado com pacientes idosos portadores do HIV no Instituto de Infectologia Emílio Ribas, observou-se um fato complicador para o tratamento da doença nesta faixa etária: a demora no diagnóstico. Na maioria dos casos, a doença foi confundida com outras, devido aos preconceitos dos médicos que não solicitaram testes laboratoriais para sorologia de HIV.

A infecção pelo HIV é frequentemente diagnosticada no idoso apenas depois de uma investigação extensa e por exclusão de outras doenças, o que atrasa o diagnóstico e o tratamento.

Todos os entrevistados foram contaminados pelo HIV através de contatos sexuais desprotegidos e descobriram ser portadores do vírus HIV somente quando tiveram alguma infecção sem causa definida e, após uma série de investigações diagnósticas e exclusões de algumas doenças.

Isso mostra como a aids aparece como uma doença distante da realidade e da vida de pessoas idosas. O próprio idoso se vê como uma pessoa afastada da exposição ao vírus; como pertencente a um grupo inatingível pela infecção pelo HIV.

Neste estudo, discutimos com idosos contaminados pelo HIV sobre como suas experiências podem contribuir com as medidas preventivas em torno da aids, já que até o presente momento, pouco ou quase nada se tem feito em relação aos idosos, no sentido de frear um possível avanço da epidemia da aids neste grupo etário. Também procuramos levantar dados para que profissionais de saúde observem mais atentamente os sintomas que podem sugerir o diagnóstico de aids, buscando evitar uma possível expansão da doença entre pessoas idosas.

A associação da aids com a homossexualidade e a bissexualidade surgiu a partir da notificação dos primeiros casos, que foram identificados como homossexuais masculinos, jovens e de classe média alta. Este estereótipo foi amplamente divulgado e incorporado no início da epidemia e continua presente no imaginário da população. Além disso, outras imagens tomaram corpo na imaginação popular: a das prostitutas, travestis e usuários de drogas.

(...) Isto explica porque a população vem percebendo a doença através de representações negativas sobre os grupos mais atingidos inicialmente. A aids passa a ser representada, desta forma, como a doença do outro. (Paulilo, 1999: 48)

Paulilo (1999), discutindo a aids como um “constructo” social, afirmou que:

A suposta seletividade da doença para com um determinado grupo ou um determinado modo de vida criou uma primeira representação para o fenômeno: na homossexualidade poderia estar a sua origem o que tornaria os homossexuais uma população considerada, na terminologia epidemiológica “de risco”. O uso da expressão “grupo de risco”, embora comum no âmbito da epidemiologia, marcaria de forma indelével a construção social e histórica da aids.

Nos discursos dos interlocutores, a contaminação pelo HIV aparece como algo “fora do lugar”, pois como muito se divulgou e ainda hoje é divulgado nas propagandas e campanhas contra a aids, a doença atinge somente pessoas jovens, que variam freqüentemente de parceiros e com uma vida sexual pouco convencional.

Quando falamos em aids, a primeira imagem que surge da doença é sua associação com a noção de grupo de risco e de morte. Assim, a aids aparece como uma “doença do outro” ou como algo distante das pessoas “ditas normais” e, reservada apenas a determinados segmentos da população.

É interessante destacar que nos recentes estudos sobre aids entre idosos, um dado sempre presente é de que os próprios se consideram um grupo imune ao vírus, já que desde o início da epidemia, nos anos oitenta, as imagens atreladas à doença, eram ligadas apenas aos grupos inicialmente mais vulneráveis, como os homossexuais, usuários de drogas injetáveis, jovens heterossexuais e os profissionais do sexo e, mais recentemente adolescentes e mulheres casadas. Pouco ou quase nada se fala a respeito de uma possível disseminação da epidemia entre pessoas mais velhas.

O estigma que nasceu junto com a doença e a acompanha é um dos principais fatores que dificultam a prevenção da doença em determinados grupos da população. A principal dificuldade é garantir que as discussões em torno da doença estejam presentes no cotidiano da população, procurando atingir os grupos até então considerados pouco vulneráveis à epidemia, como os idosos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PAULILO, M.A.S. *AIDS: Os sentidos do risco*. São Paulo: Veras, 1999.

Ver a dissertação de Mestrado: “O pulso ainda pulsa: o comportamento sexual como expressão da vulnerabilidade de um grupo de idosos soropositivos”. Nadjane Bezerra do Amaral Prilip, São Paulo, 2004.

(Fonte: <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/pforum/aids2.htm> data de acesso 13/06/2013)

6 - AIDS no idoso

A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), é caracterizada por imunossupressão profunda que leva a infecções oportunistas, neoplasias secundárias e manifestações neurológicas. A transmissão do HIV ocorre em condições que facilitam a penetração de sangue ou líquidos corporais contendo o vírus ou células infectadas pelo vírus no organismo. As três principais vias de contaminação são contato sexual, inoculação parenteral e passagem de vírus de mães infectadas para seus recém-nascidos.

As campanhas educativas focam o uso de preservativos por jovens e uma grande parte da população fica à margem da discussão sobre a prevenção desta doença: os idosos.

Epidemiologia

A frequência relativa da infecção pelo HIV em idosos permaneceu quase constante (ao redor de 11%) nos últimos dez anos nos Estados Unidos. Este dado impressiona quando notamos que a contaminação por transfusão de sangue caiu dramaticamente.

No Brasil, ocorreu aumento do número de casos em idosos e da proporção de indivíduos afetados nesta faixa etária entre 1991 a 1999. Homens com mais de 50 anos corresponderam a 9,2% dos infectados em 1999.

Em 1999, ocorreram apenas 10 casos de contaminação por transfusão sanguínea no país, sendo apenas um em maiores de 50 anos.

A AIDS fica mais frequente em mulheres idosas: 13,2% dos casos entre 60 e 69 anos e 28,7% dos casos acima dos 70 anos nos Estados Unidos.

Morbilidade e mortalidade

A sobrevivência de pacientes com AIDS é inversamente proporcional à idade. O diagnóstico mais tardio provavelmente é um fator envolvido, mas também são importantes as alterações fisiológicas próprias do idoso e a associação de morbidades (doença cardiovascular, doença pulmonar crônica, diabetes mellitus...). O idoso apresenta declínio fisiológico da função imunológica, especialmente de células T, maior carga viral no momento da soroconversão e maior intolerância às drogas. O cuidado por terceiros pode atrasar o diagnóstico da doença e de infecções oportunistas, prejudicar o uso correto de medicação profilática e anti-retroviral assim como o prognóstico.

Os idosos realizam testes laboratoriais para diagnóstico do HIV quando estes já apresentam evidências clínicas de AIDS muito mais frequentemente do que os jovens e são mais frequentemente diagnosticados com AIDS no mês do óbito. A infecção pelo HIV é frequentemente diagnosticada no idoso apenas depois da investigação extensa e exclusão de outras doenças, atrasando o diagnóstico da infecção por meses.

Diagnóstico e acompanhamento

O diagnóstico da infecção pelo HIV é desafiador em pacientes com mais de 50 anos já que os problemas médicos usuais nesta faixa etária que podem confundir o diagnóstico clínico. As infecções oportunistas nos idosos são frequentemente diagnosticadas inicialmente como outra moléstia, mais usual em sua faixa etária, como doença cerebrovascular, doença de Alzheimer, pneumonia bacteriana ou viral, neoplasia oculta etc.

Não há diferença significativa na prevalência das infecções oportunistas entre pacientes jovens e idosos, sendo a pneumonia por *Pneumocystis carinii* a mais frequente, seguida de síndrome consumptiva, esofagite por *Candida* e sarcoma de Kaposi. A síndrome consumptiva e a encefalopatia pelo HIV são mais frequentes em pacientes acima dos 50 anos.

Apesar da prevalência semelhante das doenças oportunistas nos idosos infectados, estes pacientes usualmente apresentam pior prognóstico quando acometidos por estas infecções. Alguns autores sugerem que o pior prognóstico é devido a menor reserva funcional, exposição prévia ao agente e a tratamento (gerando formas resistentes). Nos pacientes idosos com AIDS é bastante comum o aparecimento de

neoplasias associadas ao HIV como sarcoma de Kaposi e linfomas não-Hodgkin. Três quartos dos tumores sólidos em pacientes com AIDS ocorreram em idosos.

Quadros demenciais de início recente podem ser uma manifestação da AIDS na primeira consulta de pacientes idosos. Complicações neurológicas em pacientes idosos com AIDS tornam-se um desafio diagnóstico pela elevada prevalência da doença de Alzheimer nesta população. Alguns autores recomendam que pacientes idosos com AIDS sejam acompanhados de modo diferenciado, especialmente com maior frequência de testes cognitivos.

A monitoração de pacientes com AIDS através da carga viral do HIV e contagem de linfócitos CD4-positivos deve seguir a recomendação da Coordenação Nacional DST/AIDS / Ministério da Saúde. Até o momento, não existem estudos que justifiquem a alteração dos protocolos de tratamento em pacientes idosos. Devido aos demais problemas médicos, podem ocorrer interações medicamentosas imprevisíveis, assim como reações de hipersensibilidade.

Tabela 4 - Avaliações adicionais sugeridas em idosos com AIDS

Contagem de Cd4 > 500/ uL 350 - 500/ uL <350/ uL

Teste cognitivo Cada 6 meses Cada 3 meses Mensal

Hemograma 3 – 6 meses Mensal Mensal

Uréia / Creatinina Anual 3 – 6 meses 3 – 6 meses

ALT / AST Anual 3 – 6 meses 3 – 6 meses

Prevenção

O uso de preservativos é problemático: as mulheres já estão no período pós-menopausa e sem risco de engravidarem, e acreditam que não precisam de proteção e não insistem que seus parceiros utilizem preservativos. Há ainda o preconceito quanto ao uso destes pelos homens mais velhos. Como resultado, o uso de preservativos em pessoas acima dos 50 anos com comportamento sexual de risco é seis vezes menor do que na população mais jovem. A mucosa destes pacientes (especialmente das mulheres) é mais frágil e favorece a transmissão viral.

Indivíduos idosos apresentam menor conhecimento sobre o HIV e menor preocupação com a AIDS quando comparados aos jovens e menos de 11% dos entrevistados com 50 anos ou mais que haviam discutido alguma vez a questão da AIDS com seu médico. A dificuldade de comunicação entre médico e paciente sobre a AIDS e sua prevenção é um dos fatores que mais dificultam a adequada prevenção da AIDS nesta faixa etária. A realização de testes laboratoriais para HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis e o uso de preservativos devem ser discutido e estimulado na população idosa.

• *Coordenação Nacional de DST e AIDS - Secretaria de Políticas de Saúde - Ministério da Saúde. HU <http://www.aids.gov.br/UH>.*

• *Chiao EY, Ries KM, Sande MA. AIDS in the elderly. Clin Infect Dis 1999; 28: 740-5.*

• *Wachtel TJ, Stein MD, Rabin DL - HIV infection in older people. In: Gallo JJ et al (eds) - Reichel's care of the elderly, 5th Ed, Baltimore MD, Lippincott Williams & Wilkins, 1999.*

(FONTE: http://www.labclin-itajuba.com.br/informativos/_aids_idoso.pdf, data de acesso 13/06/2013)

7 - Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de literatura

VULNERABILITY OF THE ELDERLY TO HIV/AIDS: PUBLIC POLITICS AND HEALTH PROFESSIONALS IN THE CONTEXT OF INTEGRAL CARE: A LITERATURE REVIEW

I; Alessandra Fátima de Mattos SantosI; Mônica de AssisI

ICurso de Especialização em Geriatria e Gerontologia. Universidade Aberta da Terceira Idade. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

IIInstituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro, RJ - Brasil

RESUMO

O aumento da incidência de HIV/Aids na população acima dos 50 anos cresce como em nenhuma outra faixa etária, emergindo como desafio para o Brasil no sentido do estabelecimento de políticas públicas e estratégias que garantam o alcance das medidas preventivas e a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas. O objetivo deste estudo é abordar os motivos para esse aumento, apontados conforme revisão não sistemática da literatura no período de 1999 a 2009. As buscas ocorreram nas bases de dados LILACS, MEDLINE, SciELO e PubMed, publicações institucionais do Ministério da Saúde, Organização Mundial de Saúde e Organização Panamericana de Saúde. A vulnerabilidade de idosos ao HIV/Aids tem sido relacionada a fatores como invisibilidade do sexo na velhice; desmistificação em curso da sexualidade na terceira idade, associada à ampliação do acesso a medicamentos para distúrbios eréteis e à participação de idosos em grupos de convivência; pequena adesão de homens idosos aos preservativos masculinos; e retardamento de políticas de prevenção direcionadas a este grupo etário. A abordagem integral contribui para o entendimento do processo de adoecimento, especialmente naquele indivíduo com o vírus HIV, que vivencia preconceitos, estigmas e discriminação, desafiando as estratégias de prevenção de novas infecções e ações de assistência à saúde mais apropriadas. É necessário que os profissionais de saúde percebam os idosos como vulneráveis ao risco de infecção pelo vírus HIV e que suas particularidades sejam contempladas nas ações preventivas e assistenciais no contexto da atenção integral à saúde do idoso.

Palavras-chave: Idosos. HIV. Aids. Vulnerabilidade. Sexualidade. Integralidade.

ABSTRACT

The increasing incidence of HIV / Aids in the population over 50 grows as in any other age group, emerging as a challenge to Brazil for the establishment of public policies and strategies that ensure the scope of preventive measures and improving the quality of life of these people. This study aims to understand the reasons for this increase, as indicated by a non-systematic review of the literature from 1999 to 2009. The searches occurred in the databases LILACS, MEDLINE, PubMed and SciELO,

institutional publications of the Ministry of Health, World Health Organization and Pan American Health Organization The vulnerability of the elderly to HIV / Aids has been related to factors such as the invisibility of gender in aging; ongoing demystification of sexuality in old age, coupled with increased access to medicines for erectile disorders and the participation of older people living in groups, small adherence of elderly men to male condoms; and delayed prevention policies directed at this age group. The integral approach helps understand the disease process, especially in the individual with HIV, who experiences prejudice, stigma and discrimination, challenging the strategies to prevent new infections and more appropriate healthcare actions. Health professionals should perceive older people as vulnerable to the risk of HIV infection and that their peculiarities are reflected in the preventive and health care actions in the context of integral health care for the elderly.

Key words: Elderly. HIV. Aids. Vulnerability. Sexuality. Integrality.

Introdução

O envelhecimento é definido como um processo de progressivas modificações biológicas, psicológicas e sociais ao longo da vida do ser humano e, segundo a Organização Mundial de Saúde, é considerado idoso o indivíduo com idade maior ou igual a 60 anos para os países em desenvolvimento e 65 anos para os desenvolvidos.¹ Até o ano de 2025, conforme dados divulgados pelo Ministério da Saúde, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, o que corresponderá a 15% de sua população.²

A descoberta da pandemia do vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) no início da década de 1980 causou grande impacto social, por ser construída como doença contraída somente por homens homossexuais, causando estigmas e preconceitos.³

A incidência de HIV/Aids na população brasileira acima de 50 anos cresceu de 3,6 para 7,1 em 100.000 habitantes entre 1996 a 2006, representando um aumento de 50% de casos novos. A doença neste grupo específico apresenta particular relevância epidemiológica pelas altas taxas de incidência, prevalência e letalidade.³⁻⁷ Dos 47.437 casos de Aids notificados desde o início da epidemia em pessoas acima dos 50 anos, 29.393 (62%) foram registrados de 2001 a junho de 2008, sugerindo a subnotificação antes do ano 2000. Nesse grupo, 37% são mulheres e 63% homens e, atualmente, o índice de HIV entre idosos no Brasil já supera o de adolescentes entre 15 e 19 anos.^{6,7} Dados nacionais referem que o índice de HIV entre idosos já supera o de adolescentes entre 15 e 19 anos.⁸ Este aumento do número de casos cresce como em nenhuma outra faixa etária, emergindo como um desafio para o Brasil, exigindo o estabelecimento de políticas públicas e estratégias que possam garantir o alcance das medidas preventivas e a melhoria da qualidade de vida a estas pessoas.^{9,10}

O aumento do número de casos também é constatado nos Estados Unidos da América. Até maio de 2007, foi registrado um total aproximado de 78.000 pessoas com mais de 50 anos contaminadas pelo HIV/Aids, representando 10 a 15% do total das pessoas infectadas pelo HIV naquele país. Esse aumento se deve à "capa de invisibilidade sobre tal população no que concerne a enxergá-los como sujeitos desejanter e sexualmente ativos".¹ Os dados internacionais sobre DST e HIV/Aids são maiores nas faixas etárias entre 15 e 49 anos, e as informações sobre as taxas de infecção pelo HIV em pessoas acima de 50 anos são limitadas pelo fato de a

investigação ser menor pelo profissional de saúde o por supor que a vulnerabilidade seja inexistente.^{1,11}

A epidemia de HIV/Aids vem sofrendo diversas modificações em seu perfil ao longo do tempo, dentre as quais os fenômenos de feminilização, heterossexualização, juventudilização, pauperização e envelhecimento. Estas características referenciam que não existem mais indivíduos particularmente vulneráveis ao vírus HIV, já que todas as fases do ciclo de vida estão expostas à contaminação.¹² O aumento do número de casos de HIV na população idosa tem sido associado ao envelhecimento da população brasileira, ao aumento da sobrevivência das pessoas vivendo com HIV/Aids e ao acesso a medicamentos para distúrbios eréteis, fator que tem prolongado a atividade sexual de idosos em associação com a desmistificação do sexo na terceira idade. A abertura para a vivência da sexualidade tem tornado os idosos mais vulneráveis às doenças sexualmente transmissíveis (DST), colaborando para maior incidência desta patologia em indivíduos maiores de 50 anos.⁵

Além dos fatores expostos acima, o diagnóstico de HIV/Aids poderá ser realizado numa fase mais tardia, depois de uma investigação extensa e por exclusão de outras doenças, o que atrasa o diagnóstico e tratamento por mais de dez meses. Isto ocorre porque certos sintomas da infecção, tais como cansaço, perda de peso e distúrbios na memória, não são específicos desta infecção, podendo acontecer em outras doenças que são comuns nesta faixa etária.^{1,9} Na maioria dos casos, a doença é descoberta quando o paciente é internado para tratar alguma infecção oportunista ainda não diagnosticada ou em exames pré-operatórios.¹

Apesar das mudanças sexuais em curso, a sexualidade está longe de ser vista como saudável e natural em idosos. O preconceito e a falta de informação reforçam a ideia da velhice assexuada, o que aumenta a vulnerabilidade do idoso para as DSTs, entre elas, o HIV/Aids.¹⁰ As campanhas e ações de prevenção e promoção de saúde que estão sendo realizadas desde o ano de 2008 amenizam a invisibilidade quanto à transmissão do HIV na população geriátrica.^{13,14}

Metodologia

Tendo em vista altas taxas de incidência por HIV/Aids em idosos, tanto no Brasil como em nível mundial, o objetivo deste trabalho é revisar as causas para este aumento apontado na literatura científica contemporânea. O estudo foi realizado através de revisão não sistemática da literatura no período de 1999 a 2009, foram analisados 31 artigos científicos. Os critérios de inclusão foram as buscas bibliográficas palavras como HIV, Aids, vulnerabilidade; relacionados a idoso ou velhice, buscando-se aspectos causais para o aumento da incidência pelo vírus HIV, a fim de alertar as políticas públicas e os profissionais de saúde. As buscas ocorreram nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde LILACS, MEDLINE, na de textos completos na SciELO e no banco de dados do PubMed, além de sites e publicações institucionais do Ministério da Saúde, Organização Mundial de Saúde e Organização Panamericana de Saúde. Espera-se que este artigo alerte a sociedade, as políticas públicas e os profissionais de saúde quanto à vulnerabilidade do idoso ao HIV/Aids. Sua importância é a conscientização dos profissionais de saúde na abordagem do idoso no contexto da integralidade por também ser vulnerável às DSTs, dentre elas o HIV e a Aids.

Resultados

Após revisão dos 31 artigos, encontramos cinco itens essenciais para a discussão da vulnerabilidade do HIV/Aids em idosos e, para deixar este estudo didático ao leitor, optamos por organizar a discussão em alguns temas prioritários para o aumento da incidência de idosos com o vírus HIV e possíveis ações a serem desenvolvidas para o controle da epidemia nesta faixa etária.

Discussão

O aumento gradativo da incidência de HIV/Aids em idosos poderia ser explicado, segundo alguns autores, por fatores ligados ao aumento da expectativa de vida ao nascer e da atividade sexual (reposição hormonal para as mulheres e tratamento da impotência sexual para homens) e ao não-reconhecimento do risco pelos idosos e, conseqüente, a não-realização do sexo seguro.^{1,9,13,14} Já outros autores atribuem o aumento de casos de Aids em idades mais avançadas àqueles idosos que possuem maiores recursos financeiros para acesso aos prazeres e serviços disponíveis, permitindo vida sexual mais ativa, e à existência da invisibilidade sexual na terceira idade.^{1,2}

Os possíveis fatores que têm contribuído para a vulnerabilidade dos idosos frente à epidemia do HIV/Aids são destacados a seguir.

Invisibilidade da sexualidade na velhice

As estatísticas atuais mostram o avanço da epidemia da Aids na população com mais de 50 anos, e parece razoável que essas pessoas declarem suas demandas e curiosidades, deixando enfim de serem invisíveis.^{1,6,7,12,14,16} Pelo fato de a sexualidade em idosos ser pouco investigada, estagna-se na sociedade e entre os profissionais de saúde, a noção de que sexo e sexualidade não existem na velhice.^{4,12,14-17}

As mudanças culturais ocorridas nas últimas décadas e o advento de novas tecnologias para prolongar a vida sexual não impediram o estereótipo do "idoso assexuado", o qual permanece arraigado na sociedade, influenciando não só as representações dos próprios idosos, como também as políticas públicas e programas de investigação.^{1,10} A possibilidade de uma pessoa idosa ser infectada pelo HIV parece invisível aos olhos da sociedade.^{14,15} É constrangedor admitir ou conversar sobre isto, pior do que estigmatizar, discriminar ou lidar com o preconceito em relação à sexualidade e seus riscos após os 50 anos, é torná-la invisível. Pode-se sempre lutar contra o estigma, contra o preconceito. É uma não questão, não existe. É silêncio.^{1,10} Para a prevenção do HIV/Aids em idosos, seria necessária a desconstrução de imagens que foram passadas da doença no início da epidemia como os fatores específicos desta idade, a dificuldade de mudança de hábitos e de incorporação de novas formas de lidar com a sexualidade e os valores culturais de épocas diferentes.¹

A sexualidade dos idosos, em diversos estudos, sempre foi tratada em módulos "anexos", não sendo considerada parte integrante da vida cotidiana das pessoas mais velhas. Entretanto, uma mudança sociocultural em atitudes relativas à sexualidade e ao envelhecimento vem desafiando o estereótipo tradicional da "velhice assexuada", na medida em que a função sexual passou a ser vista como um componente vital para se alcançar um envelhecimento de sucesso em geral.^{4,6,8,14,17-20}

O Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Aids do Ministério da Saúde realizou em 2003 um estudo sobre o comportamento da população de 60 anos ou mais sexualmente ativa. Os dados mostram que 39% deste grupo têm vida sexual ativa e que predominam as relações heterossexuais com comportamentos de risco, nos quais sexo desprotegido, múltiplos parceiros, abuso de drogas e de medicamentos estão presentes.¹

Pesquisa do Datafolha realizada no final de 2008 em 24 estados brasileiros revelou que 74% dos homens idosos entrevistados têm vida sexual ativa, enquanto 76% das mulheres dizem exatamente o contrário. Além disso, 91% dos entrevistados revelam que nunca utilizaram medicamentos para estimular a ereção.¹⁸

O fato de a sexualidade e uso de drogas nesta faixa etária serem tratados como tabus, tanto pelos idosos como pela sociedade em geral, contribui para que a Aids não se configure como ameaça, levando os profissionais de saúde a não solicitarem o teste de HIV nos exames de rotina, em decorrência também da associação dos sintomas a outras doenças, o que ocasiona diagnóstico tardio.^{1,4,15,19} Conviver com o vírus HIV na idade avançada traz consigo contradições e desafios a serem enfrentados, tornando visível o invisível, como, por exemplo, a sexualidade ou o uso de drogas na velhice, temas carregados de preconceitos e tabus sociais.^{4,12,14,15}

A problemática do envelhecimento e Aids no Brasil relaciona-se também à questão cultural e de exclusão, sobretudo o preconceito social relacionado ao sexo nessa idade. Estudos comportamentais revelam que o desejo sexual permanece nas pessoas mais idosas e que a concepção, arraigada na sociedade, de que sexo é prerrogativa da juventude, contribui para manter fora das prioridades de prevenção das DSTs e Aids os grupos populacionais com idade superior aos 50 anos.⁹ O aumento da expectativa da população desperta questionamentos sobre o modo como se percebe o processo de envelhecer, buscando trazer transformações nos valores éticos, culturais e estéticos - uma delas é crença de que o avançar da idade e o declinar da atividade sexual estão diretamente ligados, o que é responsável pela desatenção com a sexualidade pelos profissionais de saúde.¹⁵

Apesar de a Aids nesta faixa etária ter sido identificada pela primeira vez há quase 20 anos, os equívocos continuam e os idosos ainda são vistos como assexuados. E se por acaso eles tiverem relação sexual, são obviamente heterossexuais, certamente monogâmicos e não fazem uso de drogas injetáveis, segundo alguns estudos. Portanto, essas pessoas estão menos informadas sobre o HIV e pouco conscientes de como se protegerem, tornando-se mais vulneráveis à infecção.^{1,15,17,19}

Participação do idoso em grupos da terceira idade

O aumento da expectativa de vida, aliado ao envelhecimento saudável, tem permitido que os idosos mantenham laços sociais, através da participação ativa das atividades de lazer especialmente destinada para estrato populacional. Tal condição poderá favorecer a inclusão social, afastando a possibilidade de abandono e exclusão, situação frequente entre os idosos que não possuem vínculos sociais.¹⁰

Os centros de convivência ou grupos de idosos têm como objetivo comum a valorização das pessoas com mais de 50 anos que os frequentam, buscando reverter, em parte, a posição de relegado que o idoso tradicionalmente ocupa no contexto da sociedade contemporânea, que privilegia a juventude e a produtividade.^{2,8,15, 21-23}

Um estudo revelou que 73,07% dos idosos participantes de grupos da terceira idade já ouviram falar em DST e HIV/Aids, mas avaliam que não possuem risco de contrair estas doenças. O mesmo trabalho mostrou que somente 21% usam preservativos, percentual que nos leva a crer que as campanhas de prevenção não estão chegando até este extrato da população. Sabemos que muitos idosos têm vida sexual ativa, alguns com mais de uma parceira; 38,46% deles nunca usam preservativos em suas relações, mesmo sabendo que é um método de prevenção citado por 73,07% dos pesquisados.^{10,13}

Medicamentos estimulantes do desempenho sexual em idosos

A vulnerabilidade dos idosos ao vírus HIV/Aids tem também como fator predisponente o desenvolvimento de drogas de estimulação sexual, garantindo aos idosos um melhor desempenho, sem necessariamente estar associado à prática do sexo seguro.¹² A pesquisa do Datafolha citada anteriormente, realizada no final de 2008 em 24 estados brasileiros, revelou que 91% dos entrevistados nunca utilizaram medicamentos para estimular a ereção.¹⁸

Os recentes progressos da indústria farmacêutica e da medicina estão permitindo o prolongamento da vida sexual ativa, em associação com a desmistificação do sexo, vulneráveis na terceira idade.^{11,13,20,24} O Hospital Gaffrée e Guinle, no Rio de Janeiro, começou a monitorar o número de casos em HIV/Aids desde 2001 em pacientes acima dos 60 anos e registrou um aumento significativo de soropositividade.²⁵

A indústria farmacêutica argumenta que os medicamentos para tratamento da disfunção erétil não estão associados ao aumento do HIV, por estas drogas ajudarem o homem a ter ereção, facilitando assim a utilização dos preservativos.²⁵ Outros estudos, por sua vez, demonstram que a descoberta destes medicamentos aumentou a qualidade e o número das relações sexuais entre adultos maiores de 50 anos sem se fazer acompanhar de maior adesão ao uso de preservativos.^{8,13}

Uso do preservativo masculino em idosos

Há muitos obstáculos para o uso da camisinha: os homens temem perder a ereção e ainda acham que o cuidado só é necessário nas relações com as profissionais do sexo. Já as mulheres não sentem necessidade de exigir o preservativo, porque já perderam a capacidade de engravidar e consideram que não necessitam mais de prevenção. Sexo sem camisinha é particularmente arriscado depois da menopausa, devido ao ressecamento das paredes vaginais, as queixas se tornam mais frequentes e isto poderá favorecer ao surgimento de feridas que abrem caminho para o vírus HIV.^{8,19,20,26}

Deve-se levar em consideração que a fidelidade muitas vezes é provada no tocante ao uso do preservativo, o qual historicamente esteve atrelado às DSTs e à desconfiança em relação psicoafetiva. Deste modo, dificulta o diálogo acerca da necessidade do uso do preservativo, como se este só devesse ser usado apenas por quem se desconhece e desconfia.²⁰ A população idosa iniciou a vida sexual antes do surgimento do HIV/ Aids, não reconhecendo o risco de contrair a infecção e não estar familiarizada com o uso do preservativo.⁵

Um estudo publicado na New England Journal of Medicine com 3.005 homens e mulheres entre 57 a 85 anos revelou que 81% dos homens e 51% das mulheres não dispensam sexo.²²

Dados do Ministério da Saúde (2005) indicam que somente 37,5% dos indivíduos sexualmente ativos com mais de 50 anos faziam ou fazem uso regular do preservativo com eventuais parceiros, sendo um dos objetivos para a prevenção da Aids e outras DSTs o aumento desta adesão.⁵ E, segundo Araújo et al. (2007), a maioria dos idosos realiza o ato sexual sem a proteção do preservativo, talvez até mesmo por não acreditar que possam contrair o HIV e serem contaminados.¹⁹

Não causa surpresa o fato de os idosos não adotarem medidas de prevenção para o HIV, pois, além da questão cultural, os programas de prevenção são mais voltados para a camada mais jovem da população.⁹

Estudo realizado pela Universidade do Sul de Santa Catarina, no qual foram entrevistados 22 pacientes soropositivos com idade acima dos 50 anos, revelou que 72,8% dos entrevistados contraíram o vírus através de relação sexual e 27,2% através do uso de drogas injetáveis. No mesmo estudo, 52,4% referiram manter relação sexual após a descoberta da soropositividade e começaram a utilizar o preservativo após a infecção, enquanto 42,9% relataram manter relação sexual, mas nunca utilizar o preservativo, mesmo após a infecção; os demais negam manter atualmente relações sexuais. Nenhum participante utilizou o preservativo antes da infecção pelo HIV.¹³ Este dado tem relevância, pois mesmo sabendo que são soropositivos e que podem transmitir o vírus para seu parceiro, ainda assim praticam sexo desprotegidos - conseqüentemente, estão disseminando o vírus e aumentando sua transmissão nesta faixa etária.

Algumas questões culturais ainda permanecem sobre o uso do preservativo, como a infidelidade e a multiplicidade de parceiras aceitas socialmente na trajetória de vida dos homens que hoje têm mais de 60 anos. Estes não praticam sexo seguro porque isso nunca fez parte da vida deles, assim eles expõem suas esposas ao risco de infecção pelo HIV/Aids.²⁰

Dados parciais de pesquisa de comportamento sexual realizada pelo Ministério da Saúde em 2008 apontam que 72% das brasileiras entrevistadas acima dos 50 anos de idade não usam camisinha com parceiros casuais.²⁷ O tema do carnaval do ano de 2009 dá continuidade à campanha do Dia Mundial de Luta contra a Aids 2008, lançada no 1º de dezembro, que teve como foco os homens com mais de 50 anos. Entre eles, o uso de camisinha também é baixo. Na pesquisa realizada em 2008, 63% afirmam não ter o costume de utilizar camisinha nas relações eventuais.²⁷

A repugnança quanto ao uso do preservativo é apontada em vários trabalhos e precisa ser mais bem compreendida, a partir de discussões entre os envolvidos sobre os vários aspectos e níveis das dificuldades encontradas.¹

Políticas de prevenção de HIV/Aids em idosos na população geriátrica

Nossa sociedade dá muito valor ao corpo, e a sexualidade passa a ser cada vez mais vendida pela mídia sob forma de medicamentos, roupa, massagens, terapias miraculosas, entre outros produtos. Nesse contexto, o uso de terapias hormonais e a descoberta de medicamentos para fortalecer a potência sexual podem estar promovendo uma melhor qualidade de vida sexual para este segmento. Em contrapartida, não há uma

efetiva implantação de políticas que deem respaldo a esta população, tanto no que se refere à prevenção da Aids quanto ao processo de envelhecimento.^{1,3,10,19}

Desde que foram lançados os medicamentos para prolongar a vida sexual e as novas biotecnologias de reposição hormonal, por exemplo, os potenciais usuários, os idosos, não foram alertados sobre a consequente vulnerabilidade em termos de exposição às DSTs, que exige o uso do preservativo.¹

Segundo a UNAids (2005), a ampliação da Aids entre os idosos pode estar associada a uma falha nos esforços de prevenção com este grupo de idade. Campanhas para a população idosa são fundamentais, mas somente o conhecimento não é suficiente para mudar o comportamento para que o indivíduo seja capaz de adotar práticas seguras, a fim de evitar a infecção. É necessário, sobretudo, focar aspectos socioculturais para reduzir riscos e vulnerabilidades.²

O Programa Nacional de DST e Aids realizou uma campanha, lançada no dia 1º de dezembro de 2008, como resposta ao aumento da incidência de HIV em idosos, cujo objetivo é despertar nos adultos maduros e idosos a importância do uso do preservativo nas relações sexuais.²⁷ A OMS reconhece que o Brasil é um dos primeiros países a iniciar tais políticas, devido o aumento da incidência de Aids.²⁴

Outra campanha foi lançada no dia 13 de fevereiro de 2009, pelo Ministério da Saúde, para alertar aos idosos sobre os riscos de Aids e outras DSTs no Carnaval 2009, com o slogan "Sexo não tem idade para acabar. Proteção também não". O Ministério da Saúde sustenta que é preciso conscientizar as mulheres sobre comportamentos de risco para o vírus HIV/Aids, devido ao aumento da incidência de Aids nesse segmento.²⁷

A literatura enfatiza o conhecimento sobre HIV/Aids em indivíduos jovens e profissionais da saúde, mas há poucas informações relacionadas à Aids em idosos. A partir desta carência, torna-se necessário desenvolver estudos nessa área, pois o conhecimento é importante tanto para a diminuição do preconceito com portadores do HIV quanto para medidas de prevenção.

Abordagem integral ao idoso com HIV/AIDS

Na 4ª Conferência sobre Patogênese, Tratamento e Prevenção da Sociedade Internacional de Aids, foi constatado que a ampla disponibilidade dos antirretrovirais levou ao crescimento da prevalência do HIV entre grupos de idosos e que muitos dos "gigantes geriátricos", como as doenças cardiovasculares, câncer e demência, fazem parte do diagnóstico diferencial do vírus HIV/Aids, que no entanto não é realizado pela grande maioria dos profissionais da saúde.²⁸

Um levantamento da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (1984-2004) demonstrou aumento progressivo dos registros de Aids nas faixas etárias acima dos 50 anos e referiu a necessidade de alertar profissionais de saúde que costumam associar queixas e sintomas ao processo natural de envelhecimento ou outras doenças comuns à velhice. Esta postura, aliada à crença de que só os jovens podem se contaminar com o vírus HIV, dá margem a diagnósticos tardios e deixa essa população desassistida.¹

A OMS publicou um artigo, em março de 2009, sobre a inexplorada história do HIV em idosos, relatando que faltam estimativas para avaliar o real número de casos de HIV em idosos. Embora a atividade sexual seja o mais provável modo de transmissão, faltam investigações para determinar a contribuição relativa dos diferentes fatores de

risco e modos de transmissão. O rastreio pelos médicos não é comum, por acharem que não estão em risco.^{24,29,30}

Se o profissional de saúde considerar com naturalidade a ocorrência de atividade sexual na terceira idade, o encaminhamento dessa pessoa para o exame do HIV se tornaria um procedimento rotineiro, da mesma forma como tem sido realizado junto ao segmento mais jovem da população.³¹

O aconselhamento e o reconhecimento da vulnerabilidade se fundamentam na interação e na relação de confiança que se estabelece entre o profissional e o paciente. Para que a vulnerabilidade seja concretizada, o profissional abordará o paciente no contexto da integralidade, escutando suas preocupações e dúvidas, desenvolvendo habilidades para perguntar sobre a vida íntima, com a finalidade de propor questões que facilitem a reflexão e a superação de dificuldades, adotando práticas seguras em busca da promoção da qualidade de vida. Para que todos esses objetivos sejam alcançados, é fundamental que, durante todo o atendimento, a linguagem utilizada seja acessível ao usuário.³¹

Para que os profissionais de saúde vejam seus idosos como vulneráveis ao vírus HIV, é necessário o enfoque da integralidade na atenção à saúde. Esta é uma das ferramentas utilizadas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) e um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) para as práticas de saúde.

Partindo do conceito da universalidade no paciente vivendo com HIV/Aids, a atuação na abordagem integral não é somente no aspecto da prevenção; também a responsabilização, o vínculo, o acolhimento e a humanização são elementos essenciais para melhoria na qualidade de vida e adesão ao tratamento antirretroviral.²³

A abordagem integral contribui para o entendimento do processo de adoecimento, especialmente no indivíduo no qual se identifica o vírus HIV, já que esta doença, embora com suas taxas de prevalência, incidência e mortalidade distribuídas em altos índices, promove preconceitos, estigmas e discriminação, invadindo a privacidade e a vida dos indivíduos, que por fim são causadores do grande impacto da epidemia, desafiando as estratégias de prevenção de novas infecções e as ações de assistência à saúde mais apropriada. Em função de o estigma envolver a doença, no nível individual, as pessoas não conversam sobre o vírus HIV e se expõem cada vez mais aos riscos, evitando a realização de testes diagnósticos e comprometendo as medidas de prevenção e cuidado.^{16,29,30}

A relação médico-paciente ou de outro profissional da saúde envolvido no cuidado é a chave desta prática integral, pois as informações que emergem desta abordagem permitem ao paciente revelar motivações íntimas, como angústias, temores, preocupações - enfim, revelações que só podem ser ditas em relações de extrema confiança.²⁹

Desde o seu surgimento, a Aids vem assumindo um paradigma de doença orgânica que requer uma abordagem biopsicossocial, determinando uma crise multidimensional que afeta não apenas as pessoas contaminadas, mas também seus parceiros sexuais, familiares, cuidadores, profissionais de saúde e comunidades.^{17,12}

Considerações finais

Podemos, com esta revisão literária, entender a necessidade de os profissionais de saúde enxergarem seus pacientes idosos como propícios ao risco de infecção pelo vírus HIV e que estes sejam sempre visíveis perante a sociedade e políticas públicas.

Como a expectativa e qualidade de vida tendem a aumentar, torna-se necessário implementar estratégias para diminuir o estigma em relação à vida sexual das pessoas mais velhas, práticas educativas para esta população, bem como incentivar pesquisas que focalizem a relação entre idosos e HIV.

Após os artigos revisados, entendemos que as práticas de cuidados de si e dos outros podem ser construídas nas relações sociais, afetivas, de aprendizagem e poder que se estabelecem entre as pessoas, instituições, serviços de saúde e assistência, tornando-se necessário que não sejamos conviventes com essa invisibilidade que silencia e gera vazio.

REFERÊNCIAS

1. Zornita M. *Os novos idosos com AIDS: sexualidade e desigualdade à luz da bioética*. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado em saúde pública] --Fundação Oswaldo Cruz; 2008.
2. Saldanha AAW, Araújo LF. *Viver com AIDS na Terceira Idade*. In: Congresso Virtual. Anais do 7. Congresso Virtual HIV/AIDS 2006. [acesso em 25 fev 2009]. Disponível em: http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=296
3. Zildene S, Leite JL. *Aids e envelhecimento. Reflexões sobre a infecção pelo HIV em indivíduos acima de 60 anos 2008* [acesso em Jan 09 2009] Disponível em: <http://www.saude.rio.rj.gov.br/media/AIDSENVELHECIMENTO.doc>.
4. Saldanha AAW, Araújo FL. *A Aids na terceira idade na perspectiva dos Idosos, Cuidadores e profissionais de saúde*. In: Congresso Virtual: anais do 7. Congresso Virtual HIV/AIDS; 2006 [acesso em 10 Fev 2009]. Disponível em URL: http://http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=294
5. *Saber viver. Aumenta o numero de casos de idosos com HIV/AIDS*. [acesso em 15 mar 2009]. Disponível em: http://http://www.saberviver.org.br/index.php?g_edicao=comportamento_43.
6. *Programa Nacional DST/AIDS. Incidência entre os maiores de 50 anos preocupa 2008* [acesso em 2009]. Disponível em <http://http://www.aids.gov.br/data/Pages/lumis67f61bd3itemid1bfb1fb10itemidtemidE.htm>.
7. Abe E. *Incidência de Aids dobra entre os maiores de 50 anos*. [acesso em 15 jan 2009]. Disponível em: <http://g1.globo.com/Noticias/Brasil/0,Mul87491MUL874919-5598,00-incidencia+de+aids+dobra+entre+os+maiores+de+anos+diz+ministerio.html>
8. Matsuoka PK, Locali RF, Girão MJBC. *O Conhecimento dos idosos sobre prevenção de doença sexualmente transmissível: elaboração de um questionário*. Trabalho apresentado na 60. Reunião Anual da SBPC; 2008 [acesso em 20 Dez 2008]. Disponível em: <http://br.geocities.com/xvi.comau/anais/trabalhos/matsuoka.pdf>.
9. Pottes FA, Brito AM, Gouveia GC, Araújo EC, Carneiro RM. *Aids e envelhecimento: característica dos casos com idade igual ou maior que 50 anos em Pernambuco, de 1999 a 2000*. *Rev Bras epidem* 2007 set; 10(3): 338-51.
10. Leitea MT, Moura C, Berlize EM. *Doenças Sexualmente Transmissíveis e HIV/AIDS na opinião de idosos que participam de grupos de terceira idade*. *Rev Brás Geriatr Gerontol* 2007 [Acesso 09 Maio]. Disponível em: http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232007000300007&lng=pt&nrm=isso.
11. Lazzarotto AR, Kramer AS, Hãdrich M, Tonin M, Caputo P, Srinz E. *O Conhecimento de HIV/AIDS na Terceira idade: estudo epidemiológico no Vale dos Sinos*. *Cien saúde Coletiva* 2008;13(6):1833-40.
12. Diniz RF, Saldanha AAW. *Representações sobre AIDS na Velhice por Agentes Comunitários de Saúde*. In: Congresso Virtual. Anais do 8. Congresso Virtual HIV/AIDS;2008 [acesso em 10 jan 2009]. Disponível em: http://http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=328.
13. Bertoni BZ, Moraes KS, Kulkamp IC. *Comportamento sexual em adultos maiores de 50 anos infectados pelo HIV*. *J Bras Doenças Sex Trans*. 2007;19(2):75-9.
14. Lisboa MÊS. *A invisibilidade da população acima de 50 anos no contexto da epidemia HIV/AIDS*. [internet]. In: Congresso Virtual: Anais do 7. Congresso Virtual HIV/AIDS 2006. [acesso em 20 Fev]. Disponível em: <http://www.aidscongress.net/pdf/281.pdf>.
15. Figueiredo MAC, Provinciali RM. *HIV/AIDS em pessoas idosas: vulnerabilidade, Convívio e Enfrentamento*. In: Congresso Virtual: Anais do 7. Congresso Virtual HIV/AIDS 2006 [acesso em 11 Jan 2009]; São Paulo; Portugal. Disponível em: http://http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=280.
16. Lima DB. *A Assistência para além da distribuição de medicamentos: O desafio do envolvimento*. In: Raxach JC, Lima DB, Guimarães M, Parker R, Pimenta C, Terto Junior V. *Reflexões sobre assistência a AIDS: relação médico-paciente interdisciplinaridade integralidade*. [internet]. Rio de Janeiro: ABIA 2003 [Acesso em 09 Mar 2009]. Disponível em http://www.abiaids.org.br/_img/media/anais%20assistencia02.pdf
17. Gasparini SM, Perez BFA. *A vivência do idoso no processo de envelhecer e o HIV/AIDS: uma reconstrução dupla com suas possibilidades e limites*. *J Bras AIDS* 2004 set/out; 5(5): 203-206.

18. Sampaio P. *Sexualidade na Terceira Idade*. Folha de São Paulo. 2009 Mar 15; Caderno Maior Idade: 2.
19. Araújo VLB, Brito DMS, Gimenez MT, Queiroz Ta, Tavares CM. *Características da AIDS na terceira idade em um hospital de referência do Estado do Ceará*. Rev Bras epidemiol 2007 dez; 10(4): 544-54.
20. Fontes KS, Saldanha AAW, Araújo LF. *Representações do HIV na terceira idade e vulnerabilidade no idoso*. In: Congresso Virtual: anais do 7. Congresso Virtual HIV/AIDS; 2006 [acesso em 10 jan 2009]; Portugal. Disponível em: http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=307
21. Barreira M. *Especialista alerta para a importância de exames de sorologia do HIV em idosos*. Agência de Notícias da AIDS 2007 [acesso em 5 Fev 2005]. Disponível em: <http://www.agenciaaids.com.br/noticias-resultado.asp?Codigo=8007>.
22. New York Times. *EUA: Pesquisa indica que maioria dos idosos faz sexo*. Agência de Notícias da AIDS 2007 [acesso em 02 Mar 2009]. Disponível em: <http://www.agenciaaids.com.br/noticias-resultado.asp?Codigo=8191>.
23. Oliveira DC, Leal LM, Fernandes RF, Fonseca DS, Torres LA. *DST/AIDS na mira da prevenção: uma perspectiva de integralidade*. Trabalho apresentado no VI Seminário do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde; 2006 [acesso em 05 jan 2009] Disponível em: http://www.lappis.org.br/download/Resumos_VIS_lercap6.pdf.
24. Schmid GP, Williams BG, Calleja JMG, Miller C, Segar E, Southworth M et al. *The unexplored story of HIV and ageing*. Bulletin of the World Health Organization 2009 [Acesso 12 Maio 2009] 87(3): 161-244. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/3/09-064030/en/index.html>.
25. Jurberg C. *Unprotected sex has no age*. Bulletin of the World Health Organization 2009 [Acesso 12 Maio]. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/3/09-010309/en/index.html>.
26. Xará S, Dias I, Mota M. *Nutrição e VIH: Particularidades no Idoso*. In: Congresso Virtual: Anais do 7. Congresso Virtual HIV/AIDS; 2006; São Paulo. Disponível em: http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=298.
27. Masgrau R. *Campanha de Prevenção à Aids foca mulheres acima de 50 anos*. JusBrasil Política 2009. [acesso em 11 Jul 2009]. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/politica/1611449/campanha-de-prevencao-a-aids-foca-mulheres-acima-de-50-anos>.
28. Barreira M. *A Imunodeficiência causada pelo HIV, avanços do tratamento e prevalência do vírus entre idosos foram tema da primeira plenária realizada na IAS 2007*. Agência de Notícias da Aids 2005 [Acesso em 12 Mai 2009]. Disponível em: <http://www.agenciaaids.com.br/noticias-resultado.asp?Codigo=7989>.
29. Veloso V. *Avanços e dificuldades de uma questão de mobilização social, profissional e governamental*. In: Guimarães JCR, Parker MR, Lima DB, Pimenta C, Terto Jr V, orgs. *Reflexões sobre assistência à AIDS: relação médico-paciente, interdisciplinaridade e integralidade*. Rio de Janeiro: ABIA; 2003 [Acesso 11 Maio 2003]. Disponível em: http://www.abiaids.org.br/_img/media/anais%20assistencia01.pdf
30. Abdalla FTM, Nichiata LYI. *A abertura da privacidade e o sigilo das informações sobre o HIV/AIDS das Mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família no Município de São Paulo*. Saúde Soc 2008; 17(2): 140-52.
31. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa 2006*. [Acesso em 10 Maio 2009]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd19.pdf.

(Fonte: Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia versão impressa ISSN 1809-9823 Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. v.14 n.1 Rio de Janeiro 2011, Fonte: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000100015&lng=pt, data de acesso 13/06/2013)

8 - Doenças Sexualmente Transmissíveis - AIDS

A crescente preocupação com a AIDS fez crescer também os cuidados com outras doenças sexualmente transmissíveis. Sífilis, gonorréia e doenças menos graves podem ser facilmente curadas com tratamento médico.

A organização Mundial da Saúde considera as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) como males comuns, que ocorrem no mundo todo. Ao mesmo tempo em que os casos de doenças venéreas aumentam, também cresce o registro de outras infecções transmissíveis sexualmente. Já se constata uma modificação na frequência com que as doenças são diagnosticadas em homens e mulheres.

Enquanto a DST mais comum nos homens é a uretrite não-especificada (UNE), nas mulheres é a candidíase ou afta. Outras DSTs, como as verrugas genitais ou condilomas, as infecções por clamídias (*Chlamydia trachomatis*), o herpes genital e a gonorréia, são mais comuns do que a sífilis.

Diagnóstico e tratamento imediatos podem ajudar a prevenir a transmissão dessas doenças. Por isso, é aconselhável procurar um médico sempre que se perceber qualquer anormalidade, mesmo que o contágio de uma DST seja improvável.

Existem as clínicas de DST ou clínicas de tratamento gênito-urinário, especializadas nesse tipo de doença, mas qualquer ginecologista, urologista ou clínico geral pode diagnosticar e pedir testes que comprovem a existência de uma DST.

Há tratamentos eficientes para a maior parte das infecções sexuais e, caso se trate de um mal sem cura, existem remédios capazes de diminuir o desconforto.

Doença do homem: A infecção mais comum nos homens é a uretrite não - especificada (UNE), também denominada uretrite não-gonocócica. Trata-se de uma inflamação da uretra, o canal por onde passam o sêmen e a urina. Considera-se a doença não-especificada porque vários germes podem ser responsáveis pela UNE, porém em mais de 50% dos casos encontra-se presente um organismo denominado clamídia. A infecção manifesta-se uma ou duas semanas depois do contato sexual. Os sintomas são dor na uretra, necessidade constante de urinar e secreção através do pênis.

Antibióticos: Pode-se utilizar um grande número de antibióticos para o tratamento da UNE. O mais comum é a tetraciclina. Os comprimidos são tomados por uma semana e durante esse período devem-se evitar bebidas alcoólicas. Também é importante que não haja contatos sexuais e que as últimas parceiras sejam imediatamente avisadas, para que também façam um check-up.

Depois de uma semana de tratamento, em geral, é feito um exame para verificar se a doença venérea não está mais presente. Esses testes se repetem de tempos em tempos para o paciente ter certeza de que a infecção está curada. No entanto, se a doença não for tratada, o vírus ou a bactéria poderá invadir outros órgãos, como bexiga, próstata e testículos.

Nas mulheres são comuns as infecções genitais que atacam o colo do útero. Oito em cada dez mulheres que têm relações sexuais com parceiro contaminado por UNE desenvolvem infecções na cérvix, sem apresentar sintomas. Ocasionalmente leves sinais, como um tênue corrimento vaginal, levam a mulher a fazer um exame e constatar que tem uma doença venérea. Neste estágio, também é importante avisar os últimos parceiros sexuais da ocorrência da doença.

Se não for diagnosticada num exame ginecológico, a infecção acabará se revelando sozinha. No entanto, às vezes, pode permanecer ignorada durante anos, transformando-se numa doença pélvica inflamatória (DPI), podendo atingir a cérvix.

Doença pélvica inflamatória: Um caso de DPI costuma ser diagnosticada pela ocorrência de dores intensas na região inferior do abdome e, às vezes, de febre. O tratamento é feito com antibióticos de amplo espectro e com outros medicamentos capazes de matar as bactérias anaeróbicas que costumam estar presentes.

Apenas um décimo das mulheres têm as trompas afetadas por uma infecção por clamídia. Porém, depois de três infecções, cerca de 75% das pacientes ficam com as trompas alteradas. Muitas mulheres só descobrem que estão com uma infecção quando não conseguem engravidar e fazem exames e testes de fertilidade. As trompas poderão estar tão danificadas que só será possível uma gravidez in vitro, isto é, a geração de um bebê de proveta.

Herpes genital: O herpes pode passar da boca para a região genital, através do sexo oral. Quando um adulto está infectado pelo herpes tipo 1, ou simples, há boas

chances dos sintomas permanecerem ocultos. O primeiro sinal de infecção genital por herpes se manifesta no decorrer de sete dias depois da transmissão. O homem apresenta coceira ao longo do pênis ou do ânus. O mesmo acontece ao redor da vulva da mulher.

Também se apresenta sintomas parecidos com os da gripe, como dores de cabeça, dores nas costas ou febre. Rapidamente, pequenas e dolorosas bolinhas vermelhas aparecem nos locais em que a coceira se manifestou. No dia seguinte as bolinhas estarão transformadas em pequenas vesículas; no outro, as vesículas se rompem e formam pequenas úlceras vermelhas que, em geral, criam uma crosta e cicatrizam em sete dias ou pouco mais. A área permanece infeccionada até uma semana depois das úlceras terem desaparecido. Durante esse tempo, o vírus pode ser transmitido na relação sexual ou pelo contato da pele com a região afetada.

Um médico, ou uma clínica especializada, deve ser procurado à primeira suspeita de infecção por herpes. O diagnóstico é feito através de um exame simples e o resultado sai em 24 horas.

O herpes não tem cura, mas há medicamentos que diminuem a dor das úlceras e remédios que tratam com eficiência os primeiros sinais. É muito importante verificar se existe herpes ou não, porque assim os parceiros poderão desfrutar do sexo oral sem uso de camisinha e sem riscos.

É também importante uma gestante saber, no caso do aparecimento de algum prurido, se está com herpes ou não. se estiver, isso não afetará a gravidez, mas sim a escolha do tipo do parto. Mesmo que a futura mamãe tenha um ataque de herpes, esse vírus não ameaça a saúde do feto. Mas, se as pequenas úlceras estiverem presentes no momento do parto, poderão prejudicar muito o bebê.

Um outro problema para as mulheres é que o herpes genital pode conduzir ao câncer de útero. Essa preocupação pode ser afastada se a mulher fizer o teste de Papanicolaou regularmente. Nele, um pedacinho do tecido uterino é coletado e examinado, possibilitando detectar o estágio pré-cancerígeno e dar início ao tratamento adequado. É recomendável que as mulheres com herpes não deixem de fazer.

Embora o herpes possa ser muito doloroso, é possível ignorar o problema e manter relações sexuais. No entanto, essa é uma atitude de desrespeito aos parceiros sexuais que sempre devem ser avisados do risco de contrair uma infecção.

Verrugas genitais: As verrugas genitais, ou condilomas, são como as de qualquer outra parte do corpo, porém são transmitidas sexualmente, manifestando-se na região genital ou no redor do ânus. As lesões cervicais são mais comuns do que as verrugas, mas não podem ser vistas a olho nu e não apresentam sintomas.

Depois do contágio, as verrugas genitais leva, de três semanas a oito meses para se manifestar. Nas mulheres, as verrugas vaginais são tratadas com cauterização elétrica com anestesia, crioterapia (aplicações de gelo-seco) ou por raios laser. Mesmo depois de um tratamento completo, é preciso continuar observando, pois a verruga pode reaparecer.

Resumo

É possível contrair uma doença venérea em contato com assentos de vasos sanitários ou toalhas? Como os organismos que causam as DSTs vivem nas áreas quentes e úmidas do corpo, não costumam sobreviver em assentos de vasos sanitários e toalhas. Mas o piolho do púbis (conhecido com chato) morre 24 horas após separar-se

do corpo hospedeiro e seus ovos vivem por cerca de seis dias, podendo contaminar os banheiros.

O que são verrugas genitais e como se deve tratá-las?: São verrugas comuns que nascem nos genitais do homem e da mulher - pênis, ânus, vagina e cérvix. São causados por um vírus e pode-se pegá-lo durante a relação sexual. É importante tratar das verrugas genitais porque supõe-se que o vírus que as provoca tem relação com o desenvolvimento do câncer da cérvix. Cauterização elétrica com anestesia, crioterapia (aplicação de gelo-seco) ou raio laser são tratamentos empregados para eliminar as verrugas genitais.

Como uma mulher descobre que tem clamídia e por que a doença pode se tornar séria se não for tratada rapidamente?: Pode acontecer de uma mulher ter uma infecção causada por clamídia, mas não saber disso porque os sintomas não se apresentam. Às vezes ocorre um leve corrimento que é um sinal da infecção na cérvix. Quando a doença já atingiu a região pélvica, a mulher sente fortes dores na área uterina.

Se há qualquer suspeita de uma infecção por clamídia, vinda de um parceiro com uretrite não-especificada, por exemplo, é aconselhável consultar o médico ou ir a uma clínica especializada.

A clamídia pode ser diagnosticada em exames ginecológicos e tratada, caso contrário pode causar esterilidade. As infecções genitais que atacam a região pélvica da mulher podem permanecer ignoradas durante anos e só serem detectadas depois de ter atingido outros órgãos de seu aparelho reprodutor. Apesar de poucas mulheres sofrerem de infecção nas trompas, causada pela clamídia, 75% delas podem ter as trompas alteradas ou danificadas, depois de três reincidência da doença.

AIDS

A cada dia a AIDS faz mais vítimas no mundo inteiro e seus terríveis efeitos atingem a todos nós. Estudos recentes revelam como a síndrome se instala e quais as formas de fazer amor com segurança.

Casos de AIDS se multiplicam a cada dia e a doença já não se limita aos grupos de riscos, isto é, homossexuais, prostitutas e dependentes de drogas injetáveis.

Segundo estatísticas mundiais concluídas em 1995, existem 5 milhões de mulheres, 8 milhões de homens e 1,1 milhão de crianças infectadas pelo vírus HIV. Destes, cerca da metade desenvolveram a doença, dos quais 2,5 milhões morreram.

O aumento de casos ocorre mais nos países subdesenvolvidos, onde os governos não adotam políticas sociais de controle da AIDS, não incentivam o uso de preservativos e restringem investimentos para pesquisas. Assim, qualquer perspectiva sobre o controle do número de casos de AIDS tende a ser pessimista.

A sigla AIDS vem do inglês e quer dizer Acquired Immuno-deficiency Syndrome. Em português, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. O vírus considerado agente da AIDS é o HTLV-III - conhecido como HIV -, isolado em meados da década de 80. Ele penetra no corpo através do contato com o sangue infectado ou com outros fluídos corporais, especialmente o sêmen. Logo depois de contrair o vírus, algumas pessoas apresentam sintomas semelhantes aos de uma gripe forte. Já em outras,

os sinais não são tão suaves ou imediatos e só aparecem vários anos depois da contaminação.

Diminuição dos anticorpos: O vírus ataca as células T-4, ou seja, os microorganismos encarregados da defesa do corpo. Estas células "alertam" outras para que enviem anticorpos, mas essa defesa não é capaz de "matar" o vírus, que invade as células T-4, causando queda brutal de resistência física e tornando o corpo vulnerável a várias doenças infecciosas graves. Além disso, o vírus engana as células de defesa e consegue se incorporar ao núcleo dessas células.

O vírus HIV pode permanecer "adormecido" durante vários anos antes de "dar a ordem" para que as células T produzam mais vírus, os quais se espalham rapidamente por todos os sistemas do organismo. Com a destruição das células T, poucos glóbulos brancos, os leucócitos, tem condições de produzir anticorpos. Isso torna a pessoa infectada vulnerável a doenças terríveis, tais como infecção pulmonar, tuberculose e vários tipos de câncer.

Como a AIDS se espalha?: O vírus HIV é frágil e não pode ser transmitido facilmente. Embora a doença tenha mudado os padrões de comportamento sexual, tornando a escolha dos parceiros mais criteriosa, a AIDS não impede que os casais hetero ou homossexuais tenham uma vida sexual regular e prazerosa. Além do uso da camisinha - que tem sido a forma mais popular de combater o vírus, há vários jeitos de fazer amor que não incluem a penetração vaginal ou anal. Por exemplo, a masturbação a dois, sem o contato com o sêmen. Além disso, as carícias, tão importantes para selar a intimidade do casal, podem ser praticadas sem qualquer risco.

O beijo também não oferece nenhum perigo. Alguns cientistas já detectaram o vírus na saliva, mas em quantidade muito pequena, incapaz de contaminar, a até hoje não foi registrado nenhum caso de AIDS contraída através do beijo. O HIV não sobrevive por muito tempo fora do corpo e uma gota de qualquer detergente comum pode matá-lo. Mas, depois de contaminar uma pessoa, é impossível destruí-lo. O modo mais comum de contraí-lo é através do contato direto do sêmen infectado com o sangue.

A princípio, a AIDS foi considerada uma doença tipicamente homossexual, porque o vírus tem mais chances de ser transmitido durante o sexo anal, sem o uso de preservativos. Isso ocorre porque a pele que reveste o canal do ânus é muito delicada e pode sofrer pequenas rupturas e sangramentos, fazendo com que o sêmen atinja a corrente sanguínea. O vírus também é transmitido por outros fluídos corporais e secreções vaginais.

Hoje, os homossexuais são o grupo mais consciente dos riscos e formas de proteção. Porém, muitos heterossexuais são contaminados por manterem relações com dependentes de drogas injetáveis. A mesma seringa serve para aplicar a droga em várias pessoas.

Drogas Injetáveis: A mínima gota de sangue infectado, que não possa ser vista a olho nu, deixada em uma agulha usada para injetar cocaína ou heroína, é suficiente para transmitir a AIDS. Para impedir que a doença se alastre dessa maneira, alguns países incentivam a troca constante de seringas e agulhas usadas pelos viciados.

No começo da década de 80, antes que o mundo tivesse conhecimento da existência deste novo e letal vírus, algumas pessoas foram acidentalmente contaminadas pelo HIV em hospitais, durante transfusões de sangue infectado. Os hemofílicos foram os mais prejudicados. Atualmente, este risco já é bastante reduzido. Antes da transfusão é feito o exame nos doadores.

Até agora, no Ocidente, a AIDS epidêmica tem afetado mais os homens homossexuais. No entanto, os heterossexuais são agora considerados mais expostos à contaminação, já que muitos não têm controle da vida sexual dos parceiros e as mulheres, por razões culturais, ainda ficam constrangidas em exigir o uso de preservativos. Muitas vezes, os parceiros omitem o uso de drogas injetáveis e escondem que tiveram relações com prostitutas e homossexuais, sem tomar os devidos cuidados.

Para se ter uma idéia, em 1980, a proporção era de apenas 1 mulher aidética para cada 11 homens contaminados. Hoje, a relação é de 3 homens para 1 soropositiva e, em algumas regiões, a estimativa é de 1 para 1.

Há casos em que um dos parceiros já sabe que é portador do vírus e não revela isso ao outro, que é involuntariamente contaminado. Em alguns países vigoram leis que defendem as pessoas, principalmente mulheres, que contraíram AIDS nessas condições.

Muitas pessoas são soropositivas há anos e não apresentam qualquer sintoma, mas cientistas acreditam que eventualmente todos que têm o vírus no sangue acabarão por desenvolver a AIDS. Porém, é possível que foram contaminadas há mais de dez anos, e que não manifestam os sintomas, podem até vir a morrer de doenças que nada tem a ver com AIDS, e sem sequer saber que são soropositivas.

Aquelas em que a doença se desenvolve, em geral, apresentam inchaços no pescoço, axilas e virilhas. Outros passam pelo Conselho Relacionado com AIDS (CRA), que inclui os seguintes sintomas: exaustão, diarreia, perda de peso, febre, manchas na pele. E, a seguir, se instalam doenças infecciosas graves, como a pneumonia.

Vínculo afetivo: Estudos comprovam que os aidéticos que têm apoio da família ou uma relação verdadeiramente estável e amorosa demoram mais a desenvolver os sintomas da doença, são capazes de trabalhar e viver normalmente. A solidão, a falta de vínculos afetivos e a sensação de ser discriminado pela sociedade, ao contrário, abreviam a vida do soropositivo.

Prazer garantido: Por enquanto, não existe cura para a AIDS. A natureza instável do vírus, torna muito difícil a produção de uma vacina anti-HIV. Medicamentos como o AZT e coquetéis de vários remédios têm apresentado sucesso no controle dos estágios finais da doença.

A forma mais eficiente de controlar o aparecimento de novos casos da doença é o investimento em pesquisas e a manutenção de constantes campanhas governamentais de orientação e prevenção da AIDS, que tende a continuar se alastrando, principalmente entre os homossexuais que vivem nos países subdesenvolvidos.

Porém, a intimidade e o erotismo entre os casais não diminui por causa da AIDS. Usar camisinha e adotar formas de fazer amor com segurança são suficientes para espantar o medo do vírus e para garantir relações sexuais muito prazerosas, como orgasmo intensos.

Resumo

Quando os anticorpos iniciam o ataque, o vírus livra-se da camada externa e instala seu núcleo no interior da célula.

O núcleo contém ARN e não ADN, mas a célula "ignora" o perigo.

Uma vez dentro da célula o vírus continua a "enganar" o hospedeiro usando uma enzima para transformar seu ARN em ADN. Então, o "inimigo" é aceito pela célula e incorpora ao código genético, como se realmente fizesse parte dele.

O ADN da AIDS pode permanecer escondido durante mais de cinco anos no interior dos cromossomas T-4. Quando ativada, a célula começa a fazer cópias do vírus, o que provoca sua própria morte.

Usar camisinha é o meio mais eficiente de se proteger contra a AIDS, uma vez que o vírus pode ser transmitido também pelo sêmen e secreções vaginais, produzidos durante a relação sexual.

Teste simples: Um simples exame de sangue pode mostrar se uma pessoa está infectada pelo vírus HIV. O teste revela a presença de anticorpos contra o vírus: eles não estariam ali se o agente maligno não estivesse presente. Quem obtém resultado positivo é classificado como um HIV positivo ou soropositivo. O teste deve ser feito imediatamente depois da dúvida sobre a contaminação e repetido depois de seis meses, para garantir.

Nos serviços de atendimento específicos a doença sexualmente transmissíveis e AIDS (DST), os pacientes que decidem fazer o teste respondem um questionário informativo e têm uma entrevista com um assistente social. São feitas perguntas sobre as práticas sexuais e sobre a saúde. Se a pessoa já teve alguma doença sexual, isso aumenta os riscos de contágio. Por exemplo, quem já teve sífilis tem 18 vezes mais chances de contrair a AIDS do que uma pessoa que não teve esse mal, também transmitido pelo contato sexual. O resultado é sempre dado pessoalmente pelo médico. Em algumas clínicas ele sai no mesmo dia ou no prazo máximo de três semanas. Se o resultado for positivo, nos centros de DST oferece-se apoio e informações a fim de fazer com que a pessoa infectada consiga elaborar e aceitar a situação.

Sexo seguro: O vírus que causa a AIDS pode se encontrar nos líquidos produzidos durante a relação sexual. Por isso, lembre-se sempre dessas regras:

Evite a troca de parceiros. Quanto mais pessoas fizerem parte da sua vida sexual, maior o risco de contaminação pelo HIV.

Sempre use camisinha, isso evita o contato do sêmen com o sangue. Impede a troca dos líquidos produzidos durante a relação e, portanto, a transmissão do vírus HIV e de outras doenças sexuais. Depois da ejaculação, a camisinha deve ser retirada com cuidado, para evitar contato com o sêmen.

Algumas atividades sexuais são de maior risco, até mesmo com o uso da camisinha, que pode romper-se. Sexo oral e penetração anal são práticas perigosas.

Converse com o parceiro. Se houver qualquer suspeita de promiscuidade ou relações com grupos de risco, ambos devem fazer um exame de sangue e não dispensar a camisinha.

(Fonte <http://www.cic.unb.br/~fatima/imi/imi200/r/Inicio/DST/aids.htm>, data de acesso 13/06/2013)

9 - 10 perguntas respondidas sobre sexo anal

Pesquisa aponta que 57% das mulheres praticam; ainda assim, o tema é cercado por dúvidas

Thaís Manarini, especial para o iG São Paulo | 02/03/2010 10:19:34

Sexo anal: técnica e delicadeza são fundamentais

Uma pesquisa realizada pelo Datafolha e publicada recentemente no jornal Folha de S. Paulo apontou que 57% das mulheres brasileiras fazem sexo anal; 43% delas não praticam ou omitiram a resposta.

Mas apesar de a maioria praticar, diversas dúvidas sobre o tema ainda persistem. A redação do Delas, que recebe diariamente e-mails com perguntas sobre sexo anal, responde a dez perguntas frequentes.

Colaboraram os médicos: Otto Henrique Tôrres Chaves, chefe do Departamento de Andrologia da Sociedade Brasileira de Urologia e professor da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, e Celso Marzano, urologista e diretor do Centro de Orientação e Desenvolvimento da Sexualidade, de São Paulo.

1. É mais fácil pegar AIDS por sexo anal? Sim, pois a prática gera microtraumatismos na mucosa retal (revestimento interno) que servem como porta de entrada para o vírus.
2. Praticantes de sexo anal têm mais chances de desenvolver fissuras ou hemorroidas? Não. Esses quadros são consequências de mau funcionamento intestinal. Mas atenção: quem já apresenta fissuras ou está no período de inflamação da hemorróida pode sentir bastante dor durante o sexo anal. É melhor evitar.
3. Mulheres que praticam sexo anal têm mais infecção vaginal? Nada disso. Se tomar cuidado, não há perigo de desenvolver o problema. A principal recomendação é nunca realizar o sexo vaginal após a penetração anal e nem usar os dedos e acessórios para manipular a vagina depois de ter estimulado o ânus. Ao entrar em contato com a região anal, tanto o pênis como os dedos e brinquedinhos são contaminados com fezes ou secreções fecais. Essas secreções apresentam bactérias que podem causar “estragos” em contato com a vagina ou boca. Além da infecção vaginal, mais problemas podem ocorrer, como infertilidade, infecção da região da bacia e do abdome e até aborto em caso de gravidez.
4. Sexo anal normalmente estoura a camisinha? Mito. Isso só acontece se houver algum erro na forma de usá-lo. Para evitar problemas, o preservativo deve ser de boa qualidade e proporcional ao calibre do pênis.
5. O sexo anal pode desencadear câncer no reto ou de intestino? Boato dos grandes. Nenhum estudo mostrou a existência dessa possibilidade.
6. Sexo anal dói muito? Quando se insinua uma penetração anal os músculos locais se contraem como uma forma de defesa. Haverá dor se o casal não esperar que esses relaxem. Para o relaxamento ocorrer é preciso paciência, cumplicidade, confiança e carinho. Se o desconforto for muito intenso durante a relação o ideal é procurar um especialista.
7. É muito difícil a mulher ter um orgasmo com sexo anal? Não, mas é preciso que o casal tenha um maior aprendizado em relação a essa prática sexual. Para isso, nada melhor do que conversar com o parceiro e informar, por exemplo, suas preferências em relação à posição e velocidade de penetração.
8. Fazer sexo anal com frequência é prejudicial à saúde? Se for praticado com delicadeza - e respeitando as normas de higiene e utilização de preservativo - não é prejudicial à saúde. O uso da camisinha é indispensável.

9. É preciso fazer uma lavagem no reto antes de praticar sexo anal? A higiene externa com água e sabonete é importante. Já a interna - chamada "enema" - é opcional.
10. Sexo anal muda a atividade intestinal? Esse ato sexual não interfere no hábito intestinal nem nos movimentos peristálticos (que ocorrem dentro do intestino).
O urologista Celso Marzano é autor do livro sobre sexo anal "O Prazer Secreto", Editora Éden

(Fonte: <http://delas.ig.com.br/amoresexo/10-perguntas-respondidas-sobre-sexo-anal/n1237550767772.html>, data de acesso 13/06/2013)

10 - HIV passa de mulher para homem, sim, Dourado!

por Conceição Lemes

Não acompanho o BBB10, tampouco conheço os candidatos. Mas, felizmente, o Ministério Público Federal em São Paulo está de olho e flagrou o participante Marcelo Dourado, falando um absurdo total sobre como “se pega” aids. A conversa com outros moradores da casa ocorreu em 2 de fevereiro. No dia 9, editada, foi ao ar para o grande público. A Globo limitou-se a sugerir que o público consultasse o site do Ministério da Saúde para se informar melhor.

Dourado declarou: um homem portador do vírus da aids em algum momento teve relação com outro homem. Disse ainda que hétero não pega aids, que obteve a informação com médicos. E concluiu: Um homem transmite para outro homem, mas uma mulher não passa para o homem.

“A Globo não alertou que a fala do Dourado era completamente equivocada”, lamenta Jefferson Aparecido Dias, Procurador Regional dos Direitos do Cidadão do MPF em São Paulo. “Ao permitir a veiculação dessa informação num programa com tanta audiência, a TV Globo prestou um grande desserviço à prevenção da aids no país.”

Dias questionou a Globo sobre o episódio e a emissora respondeu que o BBB não conta com um roteiro, sendo espontâneas as manifestações de seus participantes e que, “qualquer manifestação preconceituosa ou equivocada (...) não reflete o posicionamento da TV Globo sobre o tema”. Na resposta, a emissora disse ainda que “o esclarecimento feito pelo apresentador do programa foi a providência tomada pela TV Globo, por liberalidade”.

O procurador julgou insuficiente a resposta. Ontem, instaurou uma ação contra a emissora, exigindo que explique no BBB 10 como se contrai o HIV, o vírus causador da aids, segundo critérios definidos pelo Ministério da Saúde.

“A lesão social causada pela declaração de Dourado no programa é evidente, ante o poder de persuasão e de formação de opinião da TV no Brasil”, justifica Dias. “Num país em que a aids cresce entre mulheres casadas e idosos, a declaração de Dourado, exibida pela Globo, é ainda mais perigosa e é preciso a intervenção do MPF.”

A transmissão do HIV é bidirecional

O procurador Jefferson Aparecido Dias está coberto de razão.

No Brasil, 70% das mulheres portadoras do HIV foram infectadas pelo esposo ou namorado; 26% tiveram um ou dois parceiros em toda a vida.

A cada ano, mais de 35 mil brasileiros recebem o diagnóstico de aids. De 1980 a junho de 2007, foram identificados 474.273; em 1985, havia 15 casos em homens para 1 em mulher. Atualmente, a relação é de 1,5 para 1. Em ambos os sexos, a maior parte se concentra na faixa etária de 25 a 49 anos. Porém, tem-se verificado aumento da doença na população acima dos 50, tanto em homens quanto em mulheres.

A principal forma de transmissão é a sexual, ou seja, sexo sem camisinha. Infelizmente, como Dourado, há brasileiros que ainda acreditam que o HIV não passa de mulher para homem e estão se infectando.

“Está cientificamente comprovado que não é verdade que o HIV não passa de mulher para o homem”, alerta o médico infectologista Marco Antônio de Ávila Vitória, do corpo técnico do Departamento de HIV da Organização Mundial da Saúde (OMS), em Genebra, Suíça.

Teoricamente a mulher tem um risco maior de infectar-se devido a fatores anatômicos e maior vulnerabilidade social em muitas culturas. Porém, o homem também tem risco importante de se contaminar se tiver relações sexuais sem uso de preservativo com mulher infectada pelo HIV. O vírus da aids pode passar de homem para mulher e de mulher para homem, desde que um dos parceiros seja portador do HIV.

Marco Vitória insiste: “A transmissão do HIV é bidirecional”.

Ou seja, sempre que houver contato sexual com troca de fluidos contaminados – leia-se esperma, secreção vaginal e sangue – existe risco tanto para homens quanto para mulheres. Alguns fatores podem aumentar esse risco. Por exemplo, lesões na pele ou na mucosa dos genitais causadas por machucados ou doenças sexualmente transmissíveis. Mas atenção. Mesmo na ausência de ferimentos genitais, a transmissão do HIV pode ocorrer.

“As DST [doenças sexualmente transmissíveis] são o principal facilitador da transmissão sexual do vírus da aids”, afirma o sociólogo Ivo Brito, coordenador da Unidade de Prevenção do programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde. “Feridas nos órgãos genitais favorecem a entrada do HIV.” Gonorréia, sífilis, herpes, HPV (papilomavírus humano), corrimento vaginal e doença inflamatória pélvica são algumas das DST. A infecção pelo HIV também é uma DST.

“Portanto, se pode pegar o HIV, fazendo sexo vaginal, anal e oral – sem camisinha”, previne Ivo Brito. “Mas não se pega nem se transmite HIV, praticando masturbação a dois.”

“Ah, mas o Dourado disse que foram médicos que lhe disseram que o vírus da aids não passa de mulher para homem...”, talvez alguém retruque.

Se realmente disseram, são desinformados. O fato de ser médico não significa obrigatoriamente que disponha de informação qualificada na área de saúde. Ponham isso na cabeça.

A propósito, a camisinha é uma “vacina” tripla. Protege contra o HIV, demais DST e gravidez indesejada. É o verdadeiro método três em um. Inserida no jogo erótico, é excitante, bom demais.

Homens, não joguem toda a responsabilidade pela segurança das relações sexuais nas costas de suas parceiras. É responsabilidade de vocês também.

O amor, mulheres, não protege ninguém do HIV.

Lembrem-se de que ao transar sem camisinha, você faz sexo não só com o (a)parceiro (a) atual. Você “transa” também com os ex de ambos. Use camisinha e proteja vocês dois.

(Fonte: <http://www.viomundo.com.br/blog-da-saude/saude/o-hiv-passa-de-mulher-para-homem-sim-dourado.html>, data de acesso 13/06/2013)

11 - Lésbicas e AIDS

Lésbicas também têm DST. DRI explica e ensina a se cuidar

A coluna “Sex in the Cio”, do site *Mix Brasil*, abordou esta semana as DST/Aids entre as lésbicas. O texto diz que as meninas se cuidam mais nas relações heterossexuais, principalmente para evitar gravidez, e se descuidam nas relações homossexuais. O texto fala sobre os riscos de contrair DST, Aids e outras doenças por meio do sexo lésbico. Leia na íntegra a coluna assinada por Dri Quedas.

Lésbicas também têm DST. DRI explica e ensina a se cuidar

Após um período de ausência, volto a escrever no *Sex in the Cio* com um tema pouco abordado, e exatamente por isso, muito solicitado: Lésbicas, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e Aids.

Quando se fala em homossexuais, DSTs e Aids, novamente as lésbicas são “esquecidas”: a grande maioria dos artigos, campanhas e estudos estão relacionados ao universo homossexual masculino, sendo raríssimo encontrar algo sobre este assunto relacionado às lésbicas.

Talvez por isso, ainda são poucas as garotas que se preocupam com prevenção de DSTs quando se relacionam sexualmente com outras mulheres. Percebo que a maioria se cuida muito mais no sexo heterossexual, principalmente para evitar gravidez e não para evitar doenças. Assim, quando se encontram numa relação homossexual, surge a impressão de que não é preciso cuidado, o que é um mito.

Existe sim o risco de contrair DSTs e outras doenças através do sexo lésbico. Felizmente, o governo e alguns grupos já realizam estudos, debates, oficinas e distribuem materiais sobre Saúde Lésbica. Estes materiais e serviços ainda são pouco conhecidos pela comunidade lésbica, tanto pela pouca divulgação como pelo desinteresse (ou vergonha, quem sabe) por parte das homossexuais em buscar informação sobre o assunto.

Há também um outro problema: como as práticas sexuais lésbicas não são muito conhecidas e existem pouquíssimos estudos sobre lésbicas e prevenção de DSTs, as sugestões de práticas preventivas são poucas - quando não inexistentes. A solução seria pressionar o poder público ou a iniciativa privada para que financiem mais estudos na área – o que só irá acontecer a longo prazo e exige mobilização por parte da comunidade homossexual feminina – ou seja, teremos que deixar de ser invisíveis.

Abaixo, vamos a falar das DSTs mais comuns e depois, de como se prevenir.

Candidíase

Provocada por um fungo, a candidíase é uma infecção bem chatinha, que promove ardor e coceira na região vaginal, secreção espessa de cor branca e às vezes

dor e irritação ao urinar. É transmitida pelo contato sexual direto, pelo uso de acessórios e até mesmo pelo compartilhamento de toalhas e calcinhas. Muitas vezes, a candidíase só se manifesta quando estamos com o sistema imunológico enfraquecido, seja por stress, uso prolongado de antibióticos, depressão, etc, ou seja, muitas vezes temos o fungo no organismo e não sabemos. Apesar de incômoda, é facilmente tratável com pomadas e medicação oral, sendo que esta medicação também deve ser tomada pela parceira, para evitar ocorra novamente o contágio. Você adquiriu num sexo casual? O conselho: ligue para a garota e avise. É chato, mas como não dá pra saber na verdade quem passou pra quem, não adianta, tem que avisar pra evitar que ela passe para outras.

Tricomoníase

Com sintomas e formas de transmissão parecidos com a candidíase, provoca também muita dor durante a masturbação ou penetração. O parasita – trichomona vaginalis – pode ficar anos quietinho, sem se manifestar, e o tratamento também é a base de medicação oral e pomadas vaginais.

Vaginoses

Muito comum entre lésbicas – dados de um estudo da Universidade de Washington mostram que 25% das lésbicas pesquisadas apresentaram vaginose – ela é normalmente mal tratada, pois é confundida com candidíase pelas garotas, que se auto-medica. Os sintomas são corrimento, coceira na área genital e odor desagradável (cheiro de peixe), principalmente após a relação sexual. As vaginoses são infecções na vagina, e na presença de qualquer um destes sintomas, vá ao ginecologista e nada de se auto-medicar – as vaginoses são facilmente tratáveis desde que usados os medicamentos corretos.

Infecções Urinárias

Normalmente ocorrem depois de uma longa noite de sexo. A principal causa do contágio são bactérias encontradas no ânus que contaminam o canal da uretra, o que provoca vontade de urinar constante, com dor e ardor. Ou seja: sexo anal feito sem o devido cuidado, tanto com acessórios quanto com os dedos. Existem outras formas de contrair a doença, mas esta é a principal. O tratamento é feito pela administração de antibióticos por via oral.

Hepatites B e C

Consideradas hoje um dos mais graves problemas de saúde pública do mundo, as hepatites são inflamações do fígado causadas por intoxicações ou por vírus. Dentre as mais comuns e perigosas, estão as hepatites virais B e C, que quando contraídas podem tomar dois caminhos: virar uma doença crônica ou levar à cirrose e ao câncer do fígado.

A hepatite B tem como principal forma de transmissão as relações sexuais, e a hepatite C se transmite principalmente pelo sangue, inclusive o menstrual. Os principais sintomas da hepatite B são perda de apetite, náusea, vômito, urina de cor marrom escuro, pele e olhos amarelados, dor logo abaixo das costelas do lado direito (principalmente quando pressionadas), fezes de cor pálida, intestino mais solto do que o normal, febre e mal-estar geral, podendo ocorrer também urticária e dores nas juntas. Já

a hepatite C é muitas vezes assintomática ou apresenta sintomas muito inespecíficos, como letargia e dores no corpo, o que pode retardar o diagnóstico.

Existe vacina para a Hepatite B, que pode ser tomada em qualquer posto de saúde. Com somente 3 doses você fica tranqüila com relação a esta variedade de hepatite – mas não pode descuidar das outras...

Sífilis e Gonorréia

Sim, lésbicas também podem contrair estas doenças através das relações sexuais. São doenças bem sérias se não tratadas a tempo, podendo levar a outros problemas sérios de saúde.

A sífilis apresenta dois sintomas principais: o aparecimento de gânglios (ínguas), principalmente na virilha, e logo após, o surgimento de feridas arredondadas vermelhas que não ardem nem coçam – cancro duro – e que desaparecem do nada. Pode surgir também febre, corrimento amarelado, mal-estar e manchas vermelhas pelo corpo. Os sintomas da doença podem demorar meses para aparecer. O tratamento é feito com penicilina e os sintomas demoram aproximadamente 1 semana para desaparecer, mas as bactérias demoram uns 6 meses para serem eliminadas do organismo...

A gonorréia é uma doença complicada de ser percebida pela paciente, já que aproximadamente 50% das mulheres não apresentam os sintomas, que são corrimento vaginal, alterações intestinais e dor no canal vaginal. O tratamento é rápido e eficaz, com antibióticos.

A transmissão, tanto da sífilis como da gonorreia, ocorre via secreções e sangue, inclusive menstrual.

HPV ou Condiloma

Provocada pelo vírus Papiloma, o HPV está associado ao aparecimento de alguns tipos de colo de útero. Infelizmente, ainda não tem cura – o tratamento é sintomático, para eliminação das verrugas (cristas de galo) que aparecem na região do ânus e da vagina e que são características da doença – o que também evita a transmissão do vírus. A principal forma de transmissão é pela penetração, seja com os dedos ou com acessórios.

Herpes Genital

A herpes é provocada por um vírus e sua... (LEIA MAIS EM <http://www.minhavidacom.br/saude/temas/herpes-genital>)

(Fonte:

http://www.brasilmedicina.com.br/noticias/pgnoticias_det.asp?Codigo=1402&AreaSelect=4, data de acesso 13/06/2013)

12 - Você sabe melhor do que ninguém: quem vive com AIDS pode ter uma vida saudável.

Algumas pessoas deste folheto vivem com HIV/aids e tiveram coragem de se expor aqui.

Isso é para mostrar que, apesar de conviverem com o vírus, não são diferentes de você.

Faça como elas: entre na luta contra o preconceito.

Lembre-se: viver com aids é possível, com o preconceito não.

Entre nesta luta, acesse <http://www.todoscontraopreconceito.com.br>

Oito bons motivos para eliminar o preconceito.

Multiplique essa informação.

1. A AIDS PODE AFETAR QUALQUER UM

Existem homens e mulheres de todas as idades, de todas as orientações sexuais e de todas as classes sociais vivendo com HIV/aids. Todos estamos vulneráveis. Por isso, o teste para o HIV deve ser oferecido a todos, sem preconceito.

2. A AIDS TEM TRATAMENTO

Sabendo que tem o vírus e fazendo o acompanhamento no serviço de saúde, a pessoa pode ter uma vida normal, com saúde e qualidade.

3. A SOLIDARIEDADE APROXIMA AS PESSOAS

Lidar com o preconceito é muito difícil. As pessoas que vivem com HIV/aids podem até perder a vontade de se cuidar por conta do julgamento dos outros, inclusive do profissional de saúde.

4. O AMOR NÃO TRANSMITE AIDS

Carinho, afeto e beijo na boca não transmitem aids. E, com o uso correto da camisinha durante todas as relações sexuais, o vírus não é transmitido.

5. QUEM VIVE COM HIV/AIDS PODE CONTINUAR TRABALHANDO

Quem vive com HIV/aids pode ser tão produtivo quanto qualquer outra pessoa.

6. O APOIO DA FAMÍLIA, DOS AMIGOS E DO PROFISSIONAL DE SAÚDE É ESSENCIAL

Como qualquer outra pessoa, quem vive com HIV/aids se sente mais estimulado a se cuidar quando é amado e acolhido.

7. COM CAMISINHA, VOCÊ SE PROTEGE

Todos devem usar camisinha, tendo HIV ou não. A proteção não é só para quem tem o vírus. A responsabilidade de evitar a aids e outras doenças sexualmente transmissíveis é de todos.

8. SEM PRECONCEITO, MAIS PESSOAS SE PREVINEM

Ao falar abertamente sobre HIV/aids, mais gente busca informação, mais gente faz o exame e mais gente se protege usando camisinha.

Quem tem HIV/aids pode levar uma vida normal. É claro que exige uma série de cuidados, mas você, profissional de saúde, sabe que o tratamento funciona. Quem vive com HIV pode beijar na boca, ir pra balada, namorar, trabalhar e fazer exercícios como qualquer pessoa.

Viver com o preconceito pode ser mais difícil do que viver com o vírus. O preconceito isola, dificulta o tratamento e faz muitas pessoas evitarem o exame, com medo de descobrir se têm ou não o HIV.

Por isso, o seu apoio e a sua participação são fundamentais para sensibilizar a sociedade. Porque viver com aids é possível, com preconceito não.

(Fonte: <http://portal.saude.gov.br/saude/campanha/folderprof aids301110.pdf>, data de acesso 13/06/2013)

13 - Camisinha feminina

O preservativo feminino também serve para se prevenir contra a aids, hepatites virais e outras doenças sexualmente transmissíveis. Assim como a opção masculina, também evita uma gravidez não desejada. Por ficar dentro do canal vaginal, a camisinha feminina não pode ser usada ao mesmo tempo em que a masculina. É feita de poliuretano, um material mais fino que o látex da camisinha que envolve o pênis. É, também, mais lubrificada.

A camisinha feminina é como se fosse uma “bolsa” de 15 centímetros de comprimento e oito de diâmetro e possui dois anéis flexíveis. Um é móvel e fica na extremidade fechada, servindo de guia para a colocação da camisinha no fundo da vagina. O segundo, na outra ponta, é aberto e cobre a vulva (parte externa da vagina).

Cuidados com o preservativo

Para não estourar, a camisinha merece cuidados especiais:

- armazenar afastado do calor, observando-se a integridade da embalagem e prazo de validade; não usar com o preservativo masculino;
- ao contrário do preservativo masculino, o feminino pode ser colocado até oito horas antes da relação e retirado com tranquilidade após a relação, de preferência antes de a mulher levantar-se, para evitar que o esperma escorra do interior do preservativo;
- já vem lubrificado; no entanto, se for preciso, devem ser usados lubrificantes de base oleosa fina na parte interna;
- para colocá-lo corretamente, a mulher deve encontrar uma posição confortável (em pé com um dos pés em cima de uma cadeira, sentada com os joelhos afastados, agachada ou deitada).

Uso correto

O anel móvel deve ser apertado e introduzido na vagina. Com o dedo indicador ele deve ser empurrado o mais profundamente possível para alcançar o colo do útero; a argola fixa (externa) deve ficar aproximadamente 3 cm para fora da vagina; durante a penetração o pênis deve ser guiado para o centro do anel externo.

Com o vaivém do pênis, é normal que a camisinha se movimente. Se o anel externo estiver sendo puxado para dentro, é necessário segurá-lo ou colocar mais lubrificante.

Uma vez terminada a relação sexual, a camisinha deve ser retirada apertando o anel externo. É preciso torcer a extremidade externa da bolsa para garantir a manutenção do esperma no interior da camisinha. Depois, basta puxar o preservativo para fora delicadamente. E a cada nova relação deve-se usar um novo preservativo.

(Fonte: <http://www.aids.gov.br/pagina/camisinha-feminina>, data de acesso 13/06/2013)

14 - SUS começou a distribuir camisinhas femininas, gratuitamente, desde 2012

<http://www.blog.saude.gov.br/sus-comeca-a-distribuir-camisinhas-femininas/>

saiba como usar, veja as gravuras passo a passo em:

<http://www.blog.saude.gov.br/sus-comeca-a-distribuir-camisinhas-femininas/>

15 - Camisinha feminina

Saiba todas as instruções no site da Prefeitura de São Paulo

(Fonte:

http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/mulher/Camisinha_feminina.pdf)

16 - Conheça os serviços municipais de DST/AIDS

Eles fazem bem para a sua saúde!

Os serviços municipais de saúde especializados em DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis, HIV e AIDS da cidade de São Paulo, são oferecidos gratuitamente a todos os cidadãos paulistanos. Integrados ao SUS - Sistema Único de Saúde, eles estão disponíveis de segunda a sexta, das 07 às 19 horas, para testes, consultas, orientações de prevenção e tratamento às DST como, por exemplo, sífilis, cândida, gonorréia, HPV, HIV/AIDS e hepatites. Todos os serviços municipais de DST/AIDS oferecem, gratuitamente, camisinhas masculinas e femininas e kits de redução de danos para usuários de drogas injetáveis.

Os serviços de DST/AIDS nas unidades de saúde do município de São Paulo

CTA - Centros de Testagem e Aconselhamento Serviço estruturado para atividades de prevenção, aconselhamento e testes para DST, HIV/Aids e Hepatites B e C. O Atendimento pode ser anônimo. A equipe é composta por técnicos de diversas categorias profissionais.

SAE - Serviços de Assistência Especializada Serviço de saúde capacitado para atividades de prevenção, diagnóstico e tratamento para pessoas com DST/HIV/Aids, em nível ambulatorial e Hospital-Dia. Conta com equipe multiprofissional, incluindo médicos em mais de uma especialidade.

CR - Centros de Referência em DST/Aids Serviço de maior resolutividade, estruturado como referência aos serviços de menor complexidade. Realiza os mesmos níveis de atenção de um SAE mas tem capacidade para procedimentos diagnósticos mais complexos como endoscopia, ultra-sonografia e radiologia.

AE - Ambulatório de Especialidades Serviços ambulatoriais no qual são atendidas diversas especialidades, incluindo equipe exclusiva para a prevenção e atendimento às DST/HIV/Aids.

Clique [aqui](#) e descubra uma unidade de DST/AIDS em sua região.

(Fonte: http://www10.prefeitura.sp.gov.br/dstaid/novo_site/unidades/index.php, data de acesso 13/06/2013)

17 - Social Representations of AIDS by Female Sex Workers - SCIELO

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2004000200013&script=sci_arttext
de LC Oltramari - 2004

Representações sociais de *mulheres* profissionais do sexo sobre a *AIDS*... estabelece ligação da *AIDS* com uso de *drogas* e pessoas "suspeitas" (25,0% das UCEs)... parceiro fixo não-cliente e com clientes *são mais vulneráveis* que as outras,... É irresponsabilidade, delinquência – o doente é *viciado em substâncias*...

18 - Relações de gênero, sexualidade e AIDS...

<http://www.periodicos.udesc.br/index.php/linhas/article/view/1325/1134>
de VM Carradore - 2007

Resumo: Vivemos atualmente uma epidemia de Aids, que vem crescendo ao longo... homem ou ser mulher modifica a postura diante do uso do preservativo?..... a qual a sexualidade está ligada à reprodução e aos ideais de amor a..... constatação de que os determinantes de gênero afetam homens e mulheres e que a....

19 - Por dia, 21 jovens são internados por uso de álcool e droga

<http://saude.ig.com.br/minhasaude/por+dia+21+jovens+sao+internados+por+uso+de+alcool+e+droga/n1597111606737.html>

01/08/2011 – Os meninos *são* maioria com 75,6%, e a faixa etária *mais vulnerável* é a... Sim, é a única forma de recuperar *viciados em drogas*... “Não há dúvidas de que as *bebidas* alcoólicas *são* o principal... Álcool e *mulheres*, uma combinação devastadora · Álcool mata *mais* do que *aids*, tuberculose e violência.

20 - Prevenindo a propagação do HIV

http://tilz.tearfund.org/webdocs/Tilz/Roots/Portuguese/HIV%20and%20AIDS/R8_PSection%204.pdf

Isto também pode consistir em colocar as pessoas *viciadas em drogas* num programa de.... As pessoas com HIV e *AIDS* podem compartilhar as suas próprias... Como as *mulheres são mais vulneráveis* à infecção do que os homens e geralmente assumem o... nenhum outro alimento ou *bebida* – nem mesmo água.