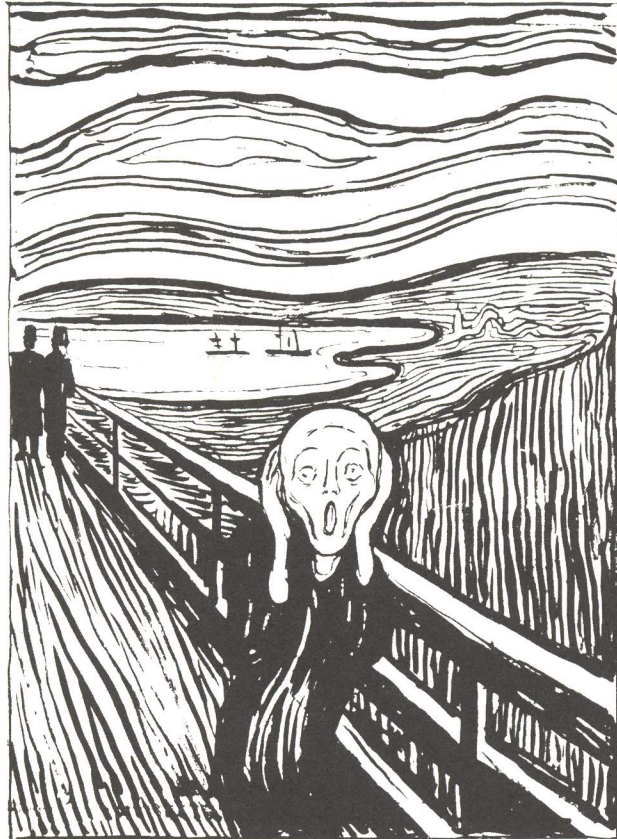


AIDS, uma sigla controversa e uma palavra de uso habitual. Uma palavra relativamente nova, com pouco mais de dez anos de história e sem dúvida alguma com muitas histórias ao seu redor. Histórias de medo, de confusão, de impotência, de ignorância, de incompreensão, de intolerância, de omissão, de descaso, de angústia, de dinheiro, de oportunismo e também de esperança e de solidariedade. É difícil hoje mencionarmos uma palavra como esta, que desconhecíamos até bem pouco tempo, que tenha tantos significados e que provoque as mais variadas emoções e reações nos indivíduos e comunidades. Uma palavra que, lamentavelmente, teremos que seguir pronunciando e escrevendo nos próximos anos ou mesmo décadas.

Ao escrevermos este editorial, no "calor da hora" do Dia Mundial de Luta contra a AIDS, o fazemos com dor, ira, fúria, raiva, indignação e queremos, fundamentalmente, levá-lo à ação, porque a continuidade de nossos esforços (de nossa existência) depende da intensidade de sua (nossa) indignação. Indignação esta que questione o *status quo* e o faça mover-se para uma ação conseqüente e eficaz no engajamento contra as epidemias pelo HIV e AIDS.

Existem hoje, 1 de dezembro, 31.949 casos de AIDS registrados no País. Quando foi criado o Programa Nacional de DST e AIDS do Ministério da Saúde, 1986, pouco mais de 1.000 casos haviam sido diagnosticados. No último mês de novembro, foram registrados mais 483 novos casos de AIDS em todo o Brasil, sendo que destes 406 são homens e 77 mulheres. Segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, entre 1993-1995, um mínimo de 6.400 novos casos serão registrados em todo o Estado, o que significa que nos próximos três anos teremos mais casos de AIDS diagnosticados do que nos últimos 10 anos. Proporcionalmente a incidência acumulada de AIDS no Brasil cresceu de 0,005 casos por 100.000 habitantes em 1982



"O grito", de Edvard Munch

Crônica de um desastre anunciado

para 23,7 por 100.000 em setembro de 1992. Sendo que há municípios como Santos (SP) onde a proporção é de 217 por 100.000 e Itajaí (SC) de 130 pessoas com AIDS para cada 100.000 habitantes. A leitura e o aumento desses números são aterrorizadores. Independente das falas oficiais, a epidemia está se disseminando mais rápido do que o previsto. Um número absolutamente crescente de indivíduos se infecta pelo HIV e outros tantos desenvolvem AIDS. A apatia é o tom das respos-

tas governamentais a este desastre anunciado — o que estes números não nos dizem são quantas pessoas estão sofrendo, adoecendo e morrendo, sob quais condições de assistência.

1992 foi um ano particularmente ilustrativo na história da AIDS no País. No início do ano comemoramos a demissão do então diretor do PN de DST e AIDS, Eduardo Cortes, que coadjuvando o ex-Ministro Alcení Guerra foi o responsável por um verdadeiro desastre à frente do Programa Nacional de DST e AIDS. Este desastre ainda está por ser avaliado. As perdas humanas em consequência da política criminosa e fraudulenta implementada nos dois primeiros anos da "era colorida" só será dimensionada no futuro.

Para surpresa de todos, tive- mos a renomeação de Lair Guerra de Macedo Rodrigues para a direção do PN DST e AIDS, no espaço ocupado pelo ex-Ministro da Saúde Adib Jatene, que, por sua vez, estava em ascensão com o ocaso do ex-Ministro Alcení Guerra. O retorno inesperado de Lair Guerra à ribalta, reassumindo o Programa Nacional, como não poderia de ocorrer, gerou as mais diversas expectativas. Essas expectativas aumentaram com a constituição de sua equipe, quando foram criadas as Unidades Técnicas de Assistência à Saúde, Epidemiologia, Prevenção e sobretudo a de ONGs e Setor Privado. O abandono, aparente, da postura autoritária, tipicamente latino-americana — muitas vezes com um viés populista — que caracterizou a primeira gestão, Governo Sir-Ney, de Lair Guerra à frente do Programa Nacional, pavimentou ainda mais as expectativas dos setores e segmentos organizados que trabalham com AIDS no País.

Com poucas exceções, as que justamente confirmam a regra, todos investiram e colaboraram com o PN DST e AIDS, na medida do possível, tendo uma posição mais do que colaborativa na elaboração e execução de um verdadeiro Programa Nacional de DST e AIDS para o Brasil. Na ABIA, em particular, fizemos

Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS

Utilidade Pública Federal
Rua Sete de Setembro, 48/12º andar
20050-000 — Rio de Janeiro — RJ
Tel.: (021) 224 16 54 / Fax: (021) 221 22 21
de 2ª a 6ª feira, das 14 às 20 horas.

A ABIA é uma organização não-governamental, cuja finalidade é promover a educação e a informação para a prevenção e controle das epidemias de HIV/AIDS. Todas as nossas ações são baseadas nos princípios da solidariedade.

A ABIA organiza-se como instituição profissionalizada. Contamos com o apoio material e financeiro de várias organizações do Brasil e do exterior, tais como:

Misereor/Zentralstelle Entwicklungshilfe e V., CAFOD — The Catholic Fund for Overseas Development, IAF — Inter-american Foundation, The Ford Foundation, ICCO — Organização Intereclesiástica para Cooperação ao Desenvolvimento, AHRTAG — Appropriate Health Resources and Technologies Group, ABF Stockholms Lan, ICRW — International Center for Research on Women, OXFAM — Associação Recife-Oxford para Cooperação ao Desenvolvimento, PWF — Public Welfare Foundation, McArthur Foundation e empresas brasileiras, estatais e privadas, através do programa A Solidariedade é uma grande empresa.

Expediente:

Boletim ABIA nº 18 — janeiro de 1993

Publicação: trimestral

Tiragem: 20.000 exemplares

Distribuição interna

Presidente: Herbert de Souza

Jornalista Responsável: Mônica Teixeira
MT 15309

Editores responsáveis: Jacques Schwarzstein, João Guerra, José Stalin Pedrosa e Richard Parker

Programação visual e produção gráfica: A 4 Mãos Ltda.

Composição eletrônica: Kraft

Revisão: Sheila Gliosci

Fotolitos: Jornal Balcão

Impressão: Gráfica MEC Ltda.

Este boletim foi financiado com recursos liberados por: CAFOD The Catholic Fund for Overseas Development e Caritas/Noruega.

um esforço para contribuir na elaboração de uma nova política capaz de superar, em parte pelo menos, o período Alcenio-Eduardo. Entretanto, ao término dos 9 meses da atual gestão e de sua política de "absolutismo esclarecido", as dissensões começam a emergir. Observamos, mais uma vez, que o caráter da política nacional é personalista, em vez de uma postura institucional transparente e plural, inclusive na divergência.

A atual direção do PN DST e AIDS, mesmo estando à frente do Programa há 9 meses, ainda não apresentou à comunidade nacional um plano global de enfrentamento da epidemia. Há a tendência de associar este suposto plano ao Projeto de Financiamento junto ao Banco Mundial, orçado em US\$ 125,000,000 onde há a expectativa da contrapartida nacional de mais US\$ 125,000,000 — o que certamente não ocorrerá, totalizando, hipoteticamente, um quarto de bilhão de dólares para os próximos 3 anos. O significativo é que o projeto negociado com o Banco Mundial não é consequência de um Plano Nacional, pelo contrário. O Plano Nacional será desenhado em função do Projeto, como um invólucro. Isto é o que podemos chamar o avesso do avesso. O Plano e o Projeto são sinônimos neste raciocínio. O grave não é esta associação, mas justamente o seu não-reconhecimento pelos atores diretamente envolvidos neste roteiro.

O PN DST e AIDS ainda não definiu qual será a sua estratégia com relação às ONGs/AIDS, mesmo tendo uma Unidade Técnica específica para isto. Parece que há entendimentos conflitantes no âmbito do Programa Nacional quanto ao papel das ações comunitárias. Estas não são vistas como instituições da sociedade civil que precisam ser consolidadas e ampliadas, mas, sobretudo, como prestadoras de serviços. Estes serviços são considerados complementares ao Estado nas áreas onde este não pode ou não quer envolver-se. Esta leitura não entende a necessidade de preservar e até incentivar a heterogeneidade e a dinâmica catalisadora das ONGs.

No segundo semestre de 1992 vivenciamos a grande mobilização nacional pelo *impeachment* de Collor e, por extensão, de seus asseclas e ideólogos, ocasionando a

constituição do Governo de Itamar Franco. Na rearticulação do "novelto" governo, temos o terceiro Ministro da Saúde em pouco menos de 10 meses: assume o Ministro Jamil Haddad. O capital simbólico representado pelas ONGs/AIDS aumentou, até o momento. Na carona desse momento político, literalmente, rifado pelos interesses de sobrevivência política da direção do PN DST e AIDS, fomos espectadores da manutenção de Lair Guerra na condução do PN de DST e AIDS.

A fragilidade institucional e a mudança brusca nas políticas (e nos cargos de confiança) cria uma descontinuidade (ou uma ameaça) permanente nos programas governamentais. Em consequência disso e para que evitemos o ardil da burocracia ministerial é imperioso que a Comissão Nacional da AIDS tenha um papel maior no controle e gerenciamento dos recursos que virão via acordo com o Banco Mundial. Além de pressionar para a formulação de um real plano nacional de controle e preservação da AIDS, invertendo a lógica que reduz o plano nacional ao financiamento do Banco Mundial, tão somente.

O nosso investimento na importância política da Comissão Nacional de AIDS não é gratuito. Depois dos últimos 6 anos, a história do PN DST e AIDS mostra claramente que as políticas públicas para AIDS no País raramente refletem as decisões e avaliações da sociedade civil. O Ministério elabora verticalmente ações e depois as informa à sociedade. É absolutamente essencial quebrar essa lógica hierarquizante. A sociedade civil, onde incluímos a comunidade científica e, por fim, as pessoas afetadas pela epidemia precisam ter um papel fundamental na definição dos caminhos adequados para o enfrentamento da epidemia. Só quando existir um fórum adequado para definir as políticas preventivas a serem executadas pelo PN DST e AIDS é que poderemos esperar respostas significativas frente ao avanço crescente da epidemia.

O PN DST e AIDS precisa de aliados políticos autônomos e não de adesões subservientes. A estratégia da servidão voluntária não é a mais eficaz e consequente, inclusive para a sustentação política da direção do PN DST e AIDS. Sejamos claros: não há solidariedade com os omissos federais, estaduais e municipais.

Projetos empresas — ABIA

A Xerox do Brasil, em novembro último, assinou a décima adesão ao Projeto "A solidariedade é uma grande empresa" da ABIA. O Projeto iniciado, em fevereiro de 1991, com a Cia. Vale do Rio Doce, conta hoje com mais 8 empresas integradas, além das duas já citadas: BANERJ, BNDES, Ceras Johnson, CAARJ/OAB, Instituto Nacional de Tecnologia, Jornal Balcão, Mills Equipamentos e Thomas de La Rue.

Transferência de tecnologia em AIDS: conflitos e oportunidades

Mais de dez anos depois da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida — AIDS — ter sido descrita pela primeira vez, inúmeros são os pontos polêmicos e as ambivalências que continuam a circundar as diversas lacunas ainda existentes no conhecimento internacional disponível sob a forma de informação científica e tecnológica.

Atualmente, no Brasil, continuamos a observar a discussão sobre a conveniência ou não da participação do País nos ensaios colaborativos internacionais da vacina anti-HIV, deflagrada com a consulta feita às nossas autoridades de saúde pela Organização Mundial de Saúde, em agosto de 1991.

De fato, tal proposta oferece ingredientes diversos à polêmica da transferência internacional de tecnologia e a dúvida é se esta vai ou não ocorrer dos países industrializados, onde a vacina certamente será fabricada, para o Brasil e outros países em desenvolvimento, onde os testes tenham sido realizados. Os receios — fundamentados — são de que a vacina venha a ter preços inacessíveis no País que aceitou arcar com os riscos, sem que possa, portanto, colher plenamente os benefícios.

Muito pouco, entretanto, se escreve ou se discute sobre a preocupante questão da transferência de tecnologia, seja ela referida ao problema da AIDS ou quando considera novos desenvolvimentos relativos a outros tópicos em medicina.

Na verdade o tema da transferência de tecnologia, apesar da sua atualidade e relevância, não tem sido considerado no ambiente institucionalizado da saúde no Brasil, onde a cooperação científica e tecnológica internacional, quando é debatida, termina apontando para soluções voluntaristas no plano da solidariedade, tomando como referência uma suposta harmonia entre interesses nacionais e internacionais, infelizmente, inexistente. É provável que isto ocorra em nosso País porque o complexo tema das relações entre ciência, tecnologia e saúde ainda carrega muito da ultrapassada noção de assistência técnica que prevaleceu no Sistema das Nações Unidas, no imediato período após a Segunda Guerra Mundial e que era ligada à idéia de "ajuda aos países pobres". Esta concepção traduzia especialmente as posições paternalistas então assumidas pelos Estados Unidos em matéria de cooperação técnica internacional.

Na maior parte das vezes, a transferên-

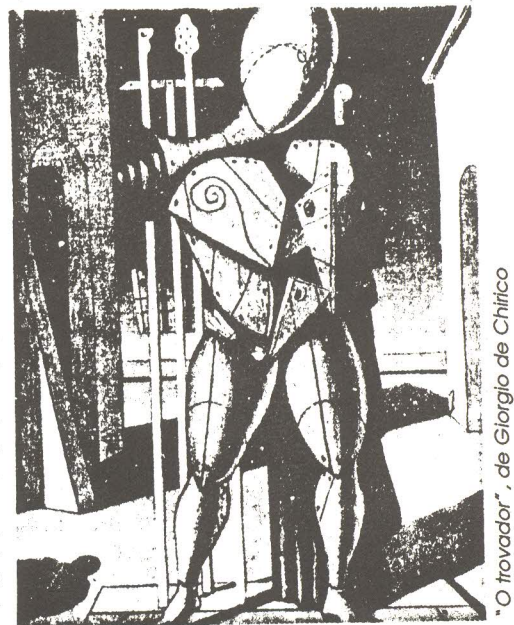
cia de tecnologia em saúde deve ser considerada no âmbito dos programas de comercialização, com todo o cortejo de conflitos e oportunidades que, na atualidade, se apresentam no plano das relações internacionais, especialmente tendo em conta a atual divisória Norte-Sul.

Quando aplicada à área da saúde, a expressão transferência de tecnologia contempla tanto as tecnologias de produto e de processos industriais, quanto as tecnologias de organização e gestão dos serviços de saúde; portanto, tanto a informação científica e tecnológica corporificada em elementos tangíveis como equipamentos laboratoriais, drogas, reativos para diagnósticos, vacinas, etc, quanto em elementos intangíveis como normas, procedimentos, condutas, etc.

A contribuição do Brasil na pesquisa científica em AIDS e mesmo na pesquisa e desenvolvimento da vacina não será iniciada com o envolvimento do País em eventuais ensaios controlados, considerando-se que este envolvimento já se processa desde 1983-1984, quando o vírus HIV foi identificado em estudos sorológicos e epidemiológicos. Tais estudos revelaram que o HIV vinha se disseminando de modo alarmante por todo o mundo, identificando-se cepas científicas de origem geográfica diversa, entre as quais, a proveniente de certas regiões do Brasil.

Um dos problemas potenciais no desenvolvimento de uma vacina contra a AIDS decorre justamente desta variabilidade, pois, como mostram os estudos da variação encontrada no seqüenciamento dos ácidos nucléicos de cepas diversas, a composição dos aminoácidos do envoltório de glico-proteínas e que é o agente imunizante varia em mais de 20%.

Para todos esses avanços no conhecimento sobre a doença muito contribuíram os pesquisadores brasileiros, oferecendo, orgulhosamente, e sem nenhum ônus financeiro, os resultados de suas pesquisas biomédicas e epidemiológicas à comunidade científica mundial, seja publicando em revistas científicas, seja participando de congressos e comitês, graças ao apoio, em geral farto, das agências internacionais. Muito resultou, certamente, deste intercâmbio de informações Norte-Sul e que se processa em dupla mão: o genoma das nossas cepas, afinal de contas, viaja nas informações referentes a antígenos, anticorpos e também nos vírus presentes em soros conta-



"O trovador", de Giorgio de Chirico

minados e que são levados ao exterior através de "livre" cooperação científica entre pesquisadores e instituições.

Quando se indaga sobre quais problemas de saúde estão merecendo tratamento prioritário no financiamento internacional para pesquisas, verifica-se que os fundos investidos em programas para doenças infecciosas e parasitárias, entre os quais a malária e a doença de Chagas, representam minguados vinte dólares por ano e por morte. Para pesquisas sobre a AIDS seguem seiscentos dólares por ano e por morte e esta diferença indica o risco desse já enorme investimento deslocar os recursos financeiros destinados às pesquisas em outros urgentes problemas de saúde, típicos do Terceiro Mundo.

É evidente que a vacina da AIDS será de enorme interesse para o Haiti, de inestimável importância para o Brasil e outros países com epidemias emergentes de AIDS. Esta importância certamente será ainda maior para a África e a Ásia.

Embora reconhecendo o imenso significado da AIDS para a saúde global e os problemas que cercam a discussão sobre benefícios sociais e a atribuição de valores monetários à vida humana, é negável, entretanto, que a força principal que impulsiona os vultuosos recursos financeiros destinados à pesquisa dessa enfermidade traduz a resposta dos países da Organização da Cooperação para o Desenvolvimento Econômico (OCDE), especialmente Estados Unidos e França, a um grave problema que afeta seus próprios interesses nacionais.

Não é, portanto, o caso de supor ingenuamente que uma vacina formulada para os mercados da OCDE seja necessariamente adequada às necessidades dos países do Terceiro Mundo: também os genomas das cepas virais do HIV são diferentes em países ricos e em países pobres. Sugere-se que vacinas multivalentes poderão assegurar altos níveis de efetividade



O Inovador, de Giorgio de Chirico

de, tanto nos países menos desenvolvidos quanto nas ricas economias da OCDE, oferecendo, assim, a solução técnica para o drama da variabilidade nessa doença.

As soluções técnicas a tais aspectos específicos não serão, certamente, o "Deus ex-machina" que permitirá a superação do imenso *apartheid* tecnológico Norte-Sul existente nessa enfermidade e em toda a

carga mundial de doenças que pesa sobre os ombros da humanidade.

A abordagem da transferência de tecnologia em AIDS recomenda, portanto, a avaliação estratégica das vantagens e desvantagens que poderão ser extraídas de um protocolo de pesquisa de cooperação internacional, onde a apreciação dos riscos tecnológicos deverá agregar as preocupações com o agravamento da dependência em grau inconveniente para as instituições acadêmicas e para o País. A opção tecnológica não pode e não deve ser desvinculada do conceito de dependência, em especial quando se trata de transferir tecnologia internacionalmente.

Graças à orfandade comercial e internacional de muitas doenças infecciosas e parasitárias endêmicas e epidêmicas, elas constituem um ótimo campo onde a intervenção do Estado, conjugada à capacidade das universidades e institutos de

pesquisa e às oportunidades empresariais na busca de resultados sociais de longo prazo, poderá traduzir-se também na auto-suficiência do País no setor estratégico da biotecnologia industrial.

Para tanto será fundamental que a Nação fomente ao máximo a capacitação endógena em ciência e tecnologia, direcionando-a para objetivos sociais concretos, em um projeto de desenvolvimento apoiado em bases dignas, em uma nova ética na qual as prioridades em matéria de saúde pública espelhem consensos legítimos. Será somente nesse novo marco que o Brasil poderá, realmente, ajudar a decifrar a AIDS e reduzir as suas imensas repercussões sociais negativas.

*Marília Bernardes Marques
Médica, Professora e Pesquisadora
Coordenadora do Núcleo de Estudos e
Ciência Tecnológica/FIOCRUZ*

À Redação da Revista Veja

Sr. Editor:

A recente entrevista com o médico David Uip, coordenador do Programa de AIDS do Hospital das Clínicas (USP), edição de 17 de novembro, contribuiu para o reforço de alguns dos piores preconceitos relacionados à epidemia de AIDS.

A intenção principal do Dr. Uip foi a de chamar atenção para os elevados riscos, muitas vezes desconhecidos, enfrentados pelas mulheres frente à infecção pelo HIV, o que é absolutamente correto. Infelizmente, o conjunto de suas afirmações resultou altamente perigoso.

É fato que as estatísticas disponíveis têm demonstrado, com clareza, a maior eficácia da transmissão do HIV do homem para a mulher (quando comparada com a eficácia da transmissão da mulher para o homem), mas a entrevista com o Dr. Uip reforça a já propagada e enganosa conclusão de que este fato deixaria os "homens protegidos" nas relações heterossexuais. A declaração baseada exclusivamente na experiência clínica do Dr. Uip, segundo a qual "é quinze vezes mais difícil um homem pegar AIDS numa relação heterossexual do que uma mulher", é apresentada como sendo cientificamente comprovada, quando não passa na

verdade de um dado impressionista, baseado nas observações não-sistemáticas do médico e não em uma investigação científica ou empírica.

Dentro de uma sociedade exageradamente machista, onde o desejo sexual masculino se exerce muitas vezes egocentricamente e onde as relações de poder entre os homens e mulheres garantem, freqüentemente, o domínio total aos homens no desenvolvimento da relação sexual, estas afirmações, colocadas como verdades científicas, servem apenas para reforçar a irresponsabilidade masculina. Julgando-se "protegido", o homem sente-se liberado para ignorar as práticas preventivas, que se impõem atualmente, e que serviriam tanto para sua própria proteção quanto de sua parceira.

Ao apontar o outro setor da sociedade (antigamente, os homossexuais e agora, no discurso do Dr. Uip, os bissexuais e os usuários de drogas injetáveis) como o agente irresponsável da disseminação da epidemia, estamos longe de contribuir para a prevenção da transmissão do HIV. Pelo contrário, tranquilizando um setor (os homens "bem comportados" e "corretamente" heterossexuais) sobre a suposta inexistência dos seus riscos, estaremos

aumentando, em muito, os riscos dos outros setores — principalmente os riscos das mulheres.

O que a experiência mostra é que não apenas os indivíduos, mas a sociedade como um todo está vivendo com o HIV e com a AIDS, e que a derrota da epidemia depende não de cálculos de risco relativos (em que um se sente mais ou menos arriscado que o outro), mas da construção de um senso de responsabilidade coletiva que se chama solidariedade. O controle da epidemia passa por nossa capacidade de superar nossas piores tendências individualistas ou setoriais, assim como de não dar importância aos cálculos neoliberalistas de quem corre mais ou menos risco (como se estivéssemos falando de investimentos na Bolsa de Valores) e de perceber que a prevenção da AIDS é uma responsabilidade de todos. A luta contra a epidemia de AIDS não se baseia simplesmente em fatos médicos, mas também em verdades sociais.

Atenciosamente,

*Dr. Richard G. Parker
Diretor de Planejamento, ABIA.
Rio de Janeiro, 19 de novembro de 1992.*

Tempos sombrios: tempos de AIDS

A análise de epidemia global e das respostas que estão sendo dadas à epidemia demonstram que o perigo da AIDS está aumentando e não diminuindo. Esta é a principal mensagem que gostaria de transmitir a vocês neste momento (*).

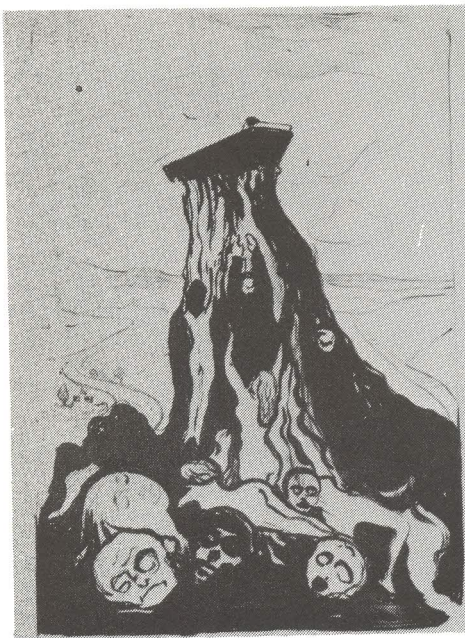
Em outras palavras: ao mesmo tempo em que a epidemia se propaga dramaticamente, as respostas nacionais e globais dadas à AIDS têm se mantido num nível estacionário, ou entraram em declínio. Isto quer dizer que o desnível entre a dinâmica da epidemia e a dinâmica da resposta a este desafio tem aumentado, e isto resulta numa situação emergencial para a saúde mundial. Paradoxalmente, após uma década de luta contra a AIDS, o mundo hoje está mais vulnerável diante da epidemia do que estava há 10 anos. Quero descrever a pandemia e depois as respostas; em seguida, desenvolver algumas idéias sobre o que deveria ser feito para controlar a epidemia.

Alguns de vocês poderão achar uma descrição alarmista ou pessimista, mas eu acho que ela é realista e acho que é perigoso ser complacente ou sonhador diante desta descrição.

Para começar, a pandemia. Nós estimamos que, no princípio da década de 80, aproximadamente 100.000 pessoas em todo o mundo estavam infectadas pelo HIV. No princípio de 1992, estimamos que aproximadamente 13.000.000 de pessoas estavam infectadas, o que representa um aumento de 130 vezes. A epidemia não atingiu seu auge em nenhum país do mundo, e está se estendendo agora a países e regiões que, anteriormente, não estavam afetados. A Coalizão Global de Políticas contra a AIDS estima que, até 1995, aproximadamente 20.000.000 de pessoas em todo o mundo terão sido infectadas pelo HIV. Nós estimamos que, ao longo dos próximos 3 anos, o número de pessoas que irão desenvolver a doença será maior que o número de pessoas que desenvolveram AIDS durante os 10 primeiros anos da epidemia.

Esta é a curva de epidemia e esta é a curva da resposta social. O ponto de interrogação diz respeito ao futuro desta resposta. A curva da resposta vai voltar a subir? A distância entre ambas as curvas vai aumentar ou diminuir? Até o ano 2000 a Coalizão estima que no mínimo 38.000.000 e no máximo 110.000.000 de pessoas em todo o mundo estarão infectadas pelo HIV.

Permitam-me resumir rapidamente o que foi que aconteceu com a epidemia,



falando inicialmente que a epidemia se mantém dinâmica, volátil e instável. A epidemia está mudando, evoluindo. Por exemplo: no princípio da epidemia, provavelmente apenas 20% das pessoas infectadas eram mulheres. Atualmente esta proporção está, com certeza, próxima de 40%. Na Ásia, particularmente no Sudeste asiático, há poucos anos atrás, era muito pequeno o número de pessoas infectadas. Hoje, um número largamente superior a 1.000.000 de pessoas está infectado na Índia, Birmânia e na Tailândia. Um fato é comum a estes 3 países: em todos eles, no princípio, as pessoas acreditavam que eram diferentes e que a epidemia não iria acontecer em suas sociedades.

Agora, vamos falar da resposta global dada à epidemia. Podemos dividir a história da resposta à AIDS em alguns períodos. Como foi demonstrado aqui, a epidemia se desenvolveu, é lógico, antes que qualquer resposta fosse esboçada. Entre 1981 e 1983, primeiro período da resposta, organizações de base comunitária — não governos — começaram a trabalhar contra a epidemia. Por volta de 1985 a AIDS foi reconhecida como um problema global. Foi lançada então uma estratégia global, abrangente, que levou à rápida mobilização de muitos países no mundo, como pode ser visto na curva da resposta, no trecho relativo ao segundo período. Historicamente, podemos falar da mais abrangente e rápida resposta jamais dada a uma doença em nosso planeta. Durante este período, a distância entre a curva da

epidemia e a curva da resposta social começou a diminuir. Desde, aproximadamente, 1990 observamos que a curva da resposta tende a se achatar. Isto pode ser visto com clareza através de um balanço dos recursos globais disponíveis para o combate à epidemia, que diminuíram, pela primeira vez, em 1991. Isto pode ser visto também na diferença cada vez maior entre os recursos disponíveis para o combate à epidemia nos países desenvolvidos e os recursos disponíveis nos países em desenvolvimento.

Quero ilustrar estes fatos com três estatísticas. Primeiro: entre 1985 e 1991 os países ricos gastaram menos com o apoio fornecido aos países em desenvolvimento, do que o Estado de Nova Iorque, nos EUA, gastou, durante o ano de 1990, na luta contra a AIDS.

Em 1991, aproximadamente, 1,5 bilhões de dólares foram gastos na prevenção da AIDS no mundo inteiro. Todavia, 94% deste dinheiro foi gasto nos países já desenvolvidos. Em 1991, na América do Norte foram gastos, em média, um total de US\$ 2,70 por pessoa/ano com a prevenção da AIDS. No mesmo ano, a América Latina gastou 3 centavos de dólares por pessoa, para o mesmo fim. No que diz respeito ao dinheiro gasto com assistência para pessoas com AIDS, 2,5 bilhões de dólares foram aplicados no mundo inteiro. Todavia, 95% deste dinheiro foi gasto com a assistência aos 25% dos casos de AIDS registrados no mundo industrializado. Um levantamento feito em países de todo o mundo demonstrou que aproximadamente 1/3 de todos os líderes nacionais não tinham falado a seus povos sobre a questão da AIDS, até o momento. E eu pergunto: qual é a estratégia global, o plano global que vai permitir um controle desta epidemia?

Eu acho que o importante agora é tentar chegar a um diagnóstico. O que foi que aprendemos após anos de luta contra a epidemia? Eu penso que aprendemos algo extremamente importante para toda a história, todo o futuro da saúde. Nós aprendemos que a questão dos direitos humanos e da dignidade humana é o fato mais importante, não apenas na luta contra a AIDS, mas no enfrentamento de problemas de saúde, deficiência física e morte em todo o mundo.

A questão dos direitos humanos não é apenas uma questão de ideais. Trata-se de uma discussão mais específica. Quero lembrar um caso que vem sendo registra-

do na África, onde mulheres casadas e monogâmicas estão sendo infectadas pelo HIV. Para estas mulheres, o único fator de risco reside na impossibilidade de controlar o comportamento sexual de seus maridos. Em função disso, as organizações de mulheres africanas estão tentando modificar as leis que regulamentam a distribuição dos bens após o divórcio. A modificação destas leis terá um impacto maior sobre a propagação da epidemia do que a distribuição permanente de preservativos e panfletos. Fica estabelecida assim uma relação direta entre direitos humanos e dignidade humana e a capacidade que as pessoas têm de se proteger da infecção. Eu reconheço, pessoalmente, que foi com a AIDS que percebi que uma sociedade dominada pelos homens representa um perigo para a saúde pública. Mas o problema dos direitos humanos e saúde não se limita ao campo da AIDS. Falando de câncer, acidentes de trânsito, mortalidade materno-infantil, doenças sexualmente transmissíveis, estaremos sempre falando de direitos humanos.

Foi por isso que a Coalizão identificou países, como por exemplo Bangladesh, que são países extremamente vulneráveis ao desenvolvimento de uma epidemia muito grave ao longo dos próximos 10 anos. Bangladesh registra hoje um índice baixo de infecções, mas reúne, por outro lado, todo o conjunto de condições sociais que alimentam o processo epidemiológico. Agora, se nosso diagnóstico está correto, se de fato a questão social e a questão da dignidade e dos direitos humanos são centrais para a luta contra a AIDS, o que podemos fazer?

Eu sei que vocês sabem a resposta a esta pergunta, porque Herbert Daniel foi o meu professor para estes assuntos. Nunca conseguiremos controlar a AIDS se limitarmos nossa visão à questão da distribuição de preservativos, panfletos, televisão.

Neste momento, nós temos que nos confrontar com dois mistérios. O primeiro mistério é o seguinte: se a saúde é tão importante para todos, neste mundo, por que razão a saúde é tratada como questão politicamente secundária? Por que as lideranças políticas ignoram, rejeitam e, de certa maneira, fazem chacota do desejo das pessoas por uma saúde melhor para si próprias e para seus filhos? O segundo mistério é o seguinte: por que será que nós mesmos, que trabalhamos no campo da saúde, somos sempre tão tímidos? Não existe nenhuma vontade mais universal e poderosa que a vontade de uma saúde melhor. Nós, que trabalhamos com a saúde, parecemos ter internalizado a idéia de que a preocupação com a saúde é uma preocupação secundária. Nós somos marginalizados, mas nós contribuimos para a nossa marginalização e para o enfraquecimento de nosso poder. Em resumo: a razão pela qual não dispomos hoje de uma estratégia global para o controle da AIDS,

a razão pela qual ainda não somos capazes de explicar às pessoas como e porque iremos controlar a AIDS, é porque continuamos a agir como se a AIDS se resumisse ao problema de um vírus e não a um problema de pessoas, sociedade e saúde.

Precisamos agora de uma estratégia madura que ligue a AIDS à questão de saúde e a questão da saúde à questão dos direitos na sociedade. Não podemos culpar outras pessoas pela nossa incapacidade de desenvolver uma estratégia mais eficiente para a luta contra a AIDS. Devemos olhar para as pessoas e para nós mesmos e eu acredito que este tipo de reunião que temos aqui agora, o II Encontro Nacional de Pessoas Vivendo com o HIV e AIDS, é uma parte do tipo de ação local que irá deflagrar e transformar em movimento permanente a revolução pela saúde social global que nos é necessária hoje.

A título de conclusão, eu diria que uma análise da epidemia e da resposta social dada à epidemia nos ensina que estamos vivendo um momento histórico e que temos a oportunidade histórica de modificar o futuro do mundo. Nada, a não ser isto, vale o nosso trabalho, as nossas vidas e os nossos sonhos. Muito obrigado!

(*) Este artigo é a transcrição da palestra de Jonathan Mann por ocasião do II Encontro Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS. 5-7 de setembro, promovido pela ABIA e o Grupo pela Vida/RJ.

Jonathan Mann
Professor de Epidemiologia e Saúde Pública
Internacional da Escola de Saúde Pública de
Harvard, EUA. Diretor do Instituto de
AIDS da Universidade de Harvard.



Camisinhas brasileiras, aprovadas

10 de fevereiro de 1992 — O Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor, IDEC, divulga pesquisa apontando como ruins as camisinhas Jontex, Meno e Blowtex. A importada Preserv, razoável. Apenas, a Olla, boa. A avaliação baseia-se em testes que mandou fazer na Holanda.

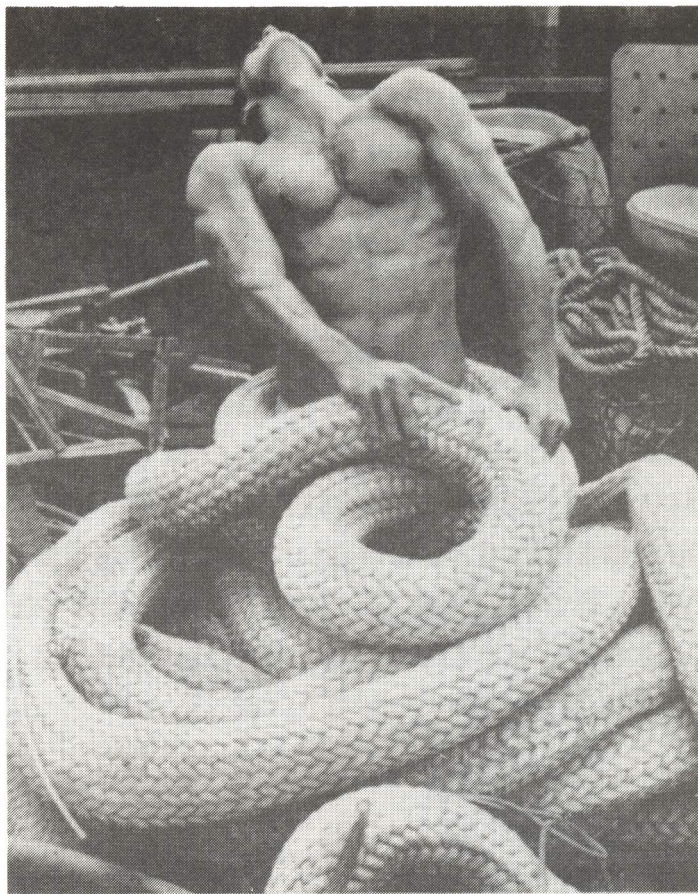
1 de outubro de 1992 — A Secretaria da Justiça e Defesa da Cidadania do Estado de São Paulo revela os resultados de um superteste encomendado ao Instituto de Pesquisas Tecnológicas de São Paulo — o IPT. A motivação foi a pesquisa holandesa. Avaliaram-se nove marcas que correspondem a 95% das camisinhas comercializadas no País. Apenas duas estavam dentro dos padrões de qualidade exigidos. São nacionais: Jontex, da Johnson & Johnson, que obteve o melhor desempenho; e a Olla, da Inal, SP. O mesmo não aconteceu com a brasileira Elite, da Blowtex, e as importadas Preserv, Premium, Supersex, Unidus, Fantasy e Prudence. Conclusão: os resultados do IPT não confirmam os da Holanda.

Polêmica holandesa

Na verdade já havíamos questionado na Revista Saúde!, edição de abril, alguns pontos da pesquisa holandesa, cuja avaliação foi encaminhada ao Brasil no dia 28 de outubro de 1991 e divulgada pelo IDEC em 10 de fevereiro de 1992. São os seguintes:

1. Ausência de metodologia completa. O que se sabe é que para alguns testes usou-se a norma ISO tal como é. Para outros, a norma que serve como padrão internacional para preservativos foi adaptada.

2. Espessura. A pesquisa da Holanda atesta que as camisinhas Jontex, Preserv e Meno tinham de 0,030mm a 0,040mm. A Blowtex, de 0,040mm a 0,050mm. E a Olla, 0,050mm a 0,060mm. Porém, medidas feitas nos Laboratórios de Dosimetria do Instituto de Física da USP, demonstraram que são bem mais espessas. A prova é a espessura média final de cada marca: Blowtex 0,077mm; Meno 0,069mm; Olla 0,083mm; Jontex 0,075mm; e Preserv 0,078mm. As medidas holandesas não coincidem nem se fosse considerada apenas a região próxima à bainha (em geral, tem espessura menor). Importante: a professora Emiko Okuno, responsável pela medição na USP, analisou dez preservativos de cada marca, de lotes diferentes. A identificação das amostras foi apenas por números para a marca não influenciar a leitura da especialista.



3. Largura. Comparando-se as larguras médias obtidas no Instituto de Física da USP com os resultados do IDEC, há também alguma discrepância. Por exemplo, na USP, a da Jontex foi $51,1 \pm 0,3$ mm; na Holanda, 50, 49 e 50mm. Blowtex: aqui $51,0 \pm 0,3$ mm; lá, 50 mm. Já o resultado brasileiro da Olla e Preserv equivale ao holandês. Aqui, as larguras médias foram $51,1 \pm 0,3$ mm e $51,7 \pm 0,3$ mm respectivamente. Na Holanda, de 51 e 52mm.

4. Avaliação incorreta do teste de porosidade. De acordo com o relatório à imprensa no dia 10 de fevereiro, as marcas Jontex, Meno e Blowtex foram consideradas ruins devido ao teste de porosidade. Só que a organização internacional que estabeleceu os critérios para a pesquisa avaliou como boa a Meno (1 furo em 300 unidades) e a Jontex (dois furos). Apenas a Blowtex (quatro furos), como ruim. O dado constava da tabela em inglês, mas foi esquecido na publicada no Brasil pelo IDEC. Tanto que num segundo relatório, que nos chegou às mãos em maio, o IDEC afirma que a única reprovada no exame de porosidade tinha sido mesmo a Blowtex.

Maratona das 13.500

Daí a grande importância da iniciativa da Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania do Estado de São Paulo de testar os preservativos existentes no mercado para acabar com as dúvidas provocadas pelo teste holandês. O gerenciamento global do processo ficou sob a responsabilidade do

Procon-SP, que tomou várias precauções para que os resultados fossem seguros e representativos:

1. Tamanho da amostra: 1465 unidades de cada marca, totalizando 13.500 unidades, já que algumas foram retestadas. Conseqüentemente, um dos maiores testes feitos no mundo com preservativos.

2. A coleta, em farmácias e distribuidores de medicamento, coube ao Instituto de Pesos e Medidas de São Paulo. Os fiscais recolheram apenas produtos fabricados de fevereiro de 1991 a fevereiro de 1992 para que fosse retratada a qualidade das camisinhas antes da divulgação do teste holandês. E para que não houvesse suspeitas, fabricantes e importadores puderam acompanhar o processo de coleta.

3. Etapa posterior: envio das amostras lacradas ao IPT, onde passaram por uma maratona de provas. Com a concordância de todos, utilizaram-se nos testes critérios um pouco mais rígidos que o regulamento brasileiro e a própria ISO, a norma que serve como padrão internacional de qualidade para preservativos.

Ao todo foram sete provas. Em dimensões, massa e embalagem, as nove marcas pesquisadas passaram. Já a importantíssima prova de vazamento, para verificação de porosidade, reprovou apenas uma marca — a Preserv, importada pela Blausiegel-SP da Malásia (até o final de 1991 era da Alemanha). Os técnicos do IPT avaliaram 750 camisinhas de cada marca e não detectaram nenhum furo na Jontex,

Unidus e Supersex. Mas reprovaram cinco unidades da Elite, duas Fantasy, três Olla, uma Premium e sete Preserv. Exceto a Preserv, as demais estão dentro dos níveis de qualidade exigidos pela ISO.

Explica-se. A meta é sempre o zero defeito em qualquer processo industrial. Porém, como isso é impossível na totalidade da produção, admite-se um certo número de falhas que é estabelecido estatisticamente em função da quantidade testada e da tecnologia disponível. É o NQA ou nível de qualidade aceitável que varia conforme a prova. Na de vazamento é 0,4%. Daí por que o IPT considerou as marcas com até seis falhas dentro dos padrões internacionais de qualidade, inclusive da Europa e Estados Unidos.

Outra prova de fogo: a de capacidade volumétrica e pressão de estouro. Verifica a resistência e elasticidade do preservativo em toda a extensão e os pontos fracos. O teste lembra o enchimento de um balão de gás, desses de aniversário. O bom preservativo tem de ficar do tamanho de uma melancia comprida e grande antes de romper.

Os técnicos avaliaram 200 preservativos de cada marca. A única fora dos níveis exigidos pelo ISO foi a Elite, da Blowtex. O IPT realizou provas semelhantes em 200 envelhecidas, já que a borracha tende a estragar-se ao longo do tempo. Para simular a deterioração natural, elas ficaram numa estufa a 70 graus centígrados, durante 168 horas. Apenas três não passaram: a brasileira Elite e as importadas Fantasy e Premium.

Tração, o ponto fraco

Foi, porém, em resistência à tração e alongamento que as brasileiras demonstraram a superioridade. A prova examina a possibilidade de rompimento durante o uso. A avaliação é assim:

■ Desenrola-se o preservativo. A 8cm de bainha, corta-se (com faca especial) uma tira de 2cm de largura.

■ Em seguida, esse "anel" de borracha é colocado num aparelho especial. Depois, esticado até romper. Um bom preservativo precisa suportar, no mínimo, 17MPa (Mega-Pascal). Isso equivale — acredite! — à pressão exercida por um bloco de 17 toneladas de aço sobre uma área de 10cm².

Pois bem, o IPT avaliou 120 de cada marca. Todas as nacionais passaram. As importadas, não. Depois, os técnicos repetiram o teste em 120 preservativos envelhecidos durante 168 horas numa estufa a 70 graus centígrados. De novo, os nacionais atingiram os níveis de qualidade aceitáveis. Os importados, não, sendo que o número de defeituosos foi muito grande.

Os importadores da Premium, Supersex e Preserv contestaram os resultados e não retestar seus produtos. Porém, os técnicos do IPT têm uma hipótese para o mau desempenho dos importados no teste de tração: o formato da embalagem.

As camisinhas brasileiras, assim como

a maioria das norte-americanas e japonesas, vêm em envelopes quadrados que as deixam enroladas no seu formato original. Já as importadas testadas utilizam embalagem menor, retangular, chamada "apertadinha". Este tipo reduz bastante o custo do produto. Em compensação, a borracha tende a ficar sob tensão e fragilizada nas dobras, facilitando o rompimento nesses locais. Segundo os técnicos do IPT, isso talvez não seja detectado em outros testes feitos no Brasil e nos países de origem porque a avaliação é pouco tempo depois da fabricação. No IPT, testaram-se camisinhas produzidas há vários meses. E o passar do tempo acentua a deformação nas dobras, diminuindo a resistência, explicam os engenheiros do IPT.

Outra hipótese é o envio para o Terceiro Mundo, inclusive o Brasil, de produtos de segunda categoria. A brecha: exigências menos rigorosas com os importados, principalmente até 1991. Tanto que se exige apenas o laudo de aprovação no país de origem e o teste em um lote, mas com direito a importar outros durante seis meses. A mercadoria também não ficava à disposição da fiscalização para a coleta, mas apenas uma parte. Dava margem, as-

sim, para que os encaminhados para o teste fossem de boa qualidade e os demais talvez viessem misturados com os ruins, supõem profissionais que atuam na área.

Tal preocupação nós levantamos na reportagem *Brasileiras Passam no Teste*, em outubro de 1991. Foi após testar 23 variedades nacionais e 13 importadas no laboratório L.A. Falcão Bauer, de São Paulo. Na época, as brasileiras dentro do prazo de validade tiveram melhor performance na prova de furos. A Premium e a Unidus foram reprovadas.

Aliás, se um novo teste for realizado com produtos recolhidos agora no mercado é provável que os resultados sejam melhores, pois as empresas aprimoraram o processo tecnológico e o controle de qualidade.

De qualquer forma, uma coisa é certa: os diversos testes estão ajudando a melhorar o regulamento técnico para fabricação e controle de qualidade dos preservativos. Em conseqüência, o Brasil ficará totalmente em consonância com os países do Primeiro Mundo.

Conceição Lemes

Redatora Chefe, Revista Saúde!

Garantir a eficácia

A maioria dos estouros não se deve à pouca resistência das camisinhas, mas à manipulação incorreta. O alerta é da Dr^a Elizabeth Inglesi, coordenadora do Grupo de Educação do Centro Referência de AIDS de São Paulo. A especialista comprovou isso em pesquisa feita no Carnaval de 92, com 20 mil homens e mulheres de diversas faixas etárias nas quadras das escolas de samba e no sambódromo da cidade de São Paulo. A sua equipe entregava o preservativo e pedia para que a pessoa descrevesse o uso. Resultado: a maioria não sabia manuseá-lo direito. "Portanto, para garantir a eficácia do preservativo não basta usar é necessário colocá-lo direito", frisa a especialista. São necessários ainda outros cuidados para garantir a eficácia das camisinhas. Tome nota:

■ Os prazos de validade variam de três a quatro anos, mas dê preferência aos lotes fabricados em 1992. A chance de deterioração nos pontos de venda é menor e o controle de qualidade melhorou. Rejeite as caixinhas amassadas ou com sinal de oleosidade.

■ Procure não comprar as camisinhas em postos de gasolina, bancas de jornal ou em camelô, nem em farmácias com vitrines expostas ao sol. O calor acelera a deterioração.

■ Guarde em local fresco, protegido de calor e umidade.

■ Se necessitar de lubrificação extra, nunca recorra a produtos à base de petróleo, óleo mineral, vaselina, óleo de bebê, po-

madras anti-inflamatórias, manteiga ou margarina. Além de eventuais microorganismos patogênicos, reagem com o látex, diminuindo a resistência e provocando microporosidades. Só use lubrificantes à base de água e glicerina. No mercado, há dois: KY, da Johnson & Johnson e o Preserv gel, da Blausiegel-SP.

■ Prefira camisinhas já lubrificadas. Facilitam a penetração e diminuem o risco de rompimento.

■ Para homens e mulheres que praticam o sexo anal, o melhor são camisinhas ultra-resistentes. São lubrificadas e têm, em média, 0,119mm de espessura; as convencionais variam de 0,060mm a 0,080mm. Por isso as ultra-resistentes aumentam a segurança dessa prática sexual que provoca mais rompimento. Contudo, não oferecem garantia absoluta. Outra alternativa é usar duas tradicionais. Nos dois casos é importante lubrificar bem a região anal e pênis depois de vestido o preservativo.

Independentemente, porém, do tipo escolhido, a caminha tem de ser usada em todas as práticas sexuais: anal, vaginal e até oral. E sempre. A propósito: há pouco mais de três meses toda a Nação foi às ruas defender a ética na política, na vida pública. Inegavelmente uma grande demonstração de cidadania. Só que está na hora de aplicarmos também tais princípios na nossa vida pessoal. Isso inclui a caminha. Uma prova de amor, solidariedade e ética com quem a gente ama.

Sobre a nova definição de caso de AIDS

"A lição de anatomia do Doutor Tulp", Rembrandt, 1632



Na Idade Moderna, o corpo passa a ser objeto de ciência. No quadro, Rembrandt representa a "profanação" pelo olhar iniciada pelos anatomistas que desafiaram a proibição da Igreja de dissecar cadáveres.

A primeira definição de caso de AIDS foi desenvolvida pelo CDC (Center for Diseases Control) em 1982, baseada nos achados clínicos, imunológicos e epidemiológicos dos primeiros casos descritos. Nesta época o teste anti-HIV ainda não existia e nem mesmo se havia comprovado a etiologia viral da doença. O CDC definia então a AIDS como a ocorrência de pelo menos uma dentre 13 doenças que indicavam a existência de imunodeficiência celular subjacente em uma pessoa sem outra razão para o comprometimento imunológico. Com o passar do tempo tornou-se claro que a infecção pelo HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) pode causar um amplo espectro de manifestações clínicas que iniciam com um quadro de infecção aguda, passando por um longo período sem qualquer sintoma, evoluindo para diversas manifestações leves até a imunodeficiência grave com infecções oportunistas e/ou neoplasias que caracterizam o quadro tradicionalmente conhecido como AIDS/SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida).

Em 1984 foi cunhado o termo ARC (AIDS related complex ou complexo relacionado à AIDS) que aglutinava várias manifestações associadas à AIDS, mas que não representavam um comprometimento grave de imunidade ao ponto do indivíduo ser classificado como caso de AIDS, como, por exemplo, podemos citar candidíase oral, linfadenopatia e trombocitopenia, dentre outras. Esse termo, no entanto, tornou-se pouco específico, pois passou a representar uma variedade tão grande de manifestações clínicas que, ao ser usado, não se conseguia localizar o indivíduo dentro do espectro clínico da doença. Em 1985, já com a etiologia da AIDS definida e com o teste anti-HIV disponível, o CDC propôs uma classificação em 4 grupos hierárquicos (quadro 1). Isto é, uma vez se avançando na classificação, mesmo que a infecção seja resolvida, o indivíduo não volta a ser classificado no grupo anterior. Essa classificação foi revista em 1987 com a inclusão de outras doenças comprovadamente relacionadas à infecção pelo HIV, como, por exemplo, a histoplasmose dissemina-

da e a tuberculose extrapulmonar e disseminada.

Apesar destas revisões, a classificação permanece ainda incompleta, sendo particularmente omissa em relação às patologias associadas à infecção pelo HIV nas mulheres e usuários de drogas, tais como doença inflamatória pélvica, displasia/neoplasia de colo de útero, candidíase vaginal e infecções bacterianas. Essa classificação, embora seja a mais conhecida e utilizada, sofreu críticas desde o início, devido ao fato de que os grupos II e III não se diferenciam temporal e imunopatologicamente como sugere a classificação. Isto é, a doença não está mais avançada ou mais grave pela existência de gânglios. Outro aspecto criticado é o fato de que apenas o subgrupo IV C1 se compõe de doenças que na sua totalidade indicam o diagnóstico de AIDS, enquanto os outros subgrupos albergam tanto patologias que podem ocorrer em estágios mais precoces da infecção pelo HIV como doenças indicativas de AIDS.

Nos últimos anos, o CDC tem tentado incluir como critérios para a definição de

caso de AIDS o número de linfócitos CD4, considerando como caso de AIDS todo paciente com CD4 < 200mm³. Os linfócitos CD4 ou T4, como são mais conhecidos, são células do sangue que fazem parte do sistema imune e que atuam no combate às infecções. Uma pessoa saudável tem níveis de CD4 próximos de 1000 células/mm³ de sangue. A infecção pelo vírus da AIDS leva à destruição destes linfócitos e o paciente torna-se progressivamente vulnerável às infecções oportunistas que podem levar à morte. A inclusão destes critérios tem desencadeado polêmicas sobre a sua aplicabilidade e propriedade, pois embora a definição de caso de AIDS tenha fins exclusivamente de vigilância epidemiológica, é indiscutível que ela tem hoje uma abrangência maior, já que é utilizada para distribuição de verbas governamentais, concessão de benefícios previdenciários e até mesmo uso de medicamentos. Esta nova definição pode representar uma maior sensibilidade para a detecção dos casos de AIDS, mas é importante que se questione qual seria o impacto deste diagnóstico sobre um paciente completamente assintomático ou levemente sintomático em plena atividade nos diversos aspectos de sua vida? Sabe-se hoje que cerca de 30% dos indivíduos com CD4 < 200mm³ são completamente assintomáticos. Mais do que isso, de acordo com dados da Johns Hopkins University, aproximadamente 25% dos indivíduos HIV+ com CD4 < 200

mm³ não apresentarão nenhuma doença grave o suficiente para classificá-los como caso de AIDS em até 4 anos após este primeiro dado de CD4 < 200mm³. Este fato está indiscutivelmente relacionado ao uso de terapia anti-retroviral e ao uso de profilaxia primária e secundária para as infecções oportunistas. Apesar disso, esse novo critério poderia colaborar na desvinculação do diagnóstico de AIDS da idéia de morte iminente.

A questão do custo da tipagem dos linfócitos CD4 e CD8 é de fundamental importância, uma vez que os custos podem chegar a 50 dólares por paciente, não contando os custos com mão-de-obra, o que o torna inacessível aos países subdesenvolvidos. Para se ter uma idéia, enquanto no Brasil são raros os serviços que oferecem esse tipo de exame, nos EUA mais de 90% dos serviços que atendem pacientes infectados pelo HIV estão capacitados para realizá-lo. Essa diferença na disponibilidade do exame levaria a uma distorção ao se comparar o número de casos notificados por países desenvolvidos e subdesenvolvidos. Nos EUA o número de pessoas vivas com AIDS aumentaria em 50%. É importante ressaltar que mesmo sem a inclusão deste critério a definição de caso de AIDS do CDC não atende as especificidades locais de muitos países.

No Brasil, por exemplo, o Ministério da Saúde está propondo uma nova definição de caso de AIDS que combina a

definição de caso do CDC com os critérios de pontuação OPAS/CARACAS revisados. Essa definição a princípio se mostra interessante, uma vez que se baseou na experiência nacional, levando, por exemplo, à inclusão da tuberculose pulmonar atípica como critério de diagnóstico de AIDS, o que é de fundamental importância já que esta é bastante comum em nosso meio e não está incluída na definição do CDC.

Certamente muito ainda se discutirá a respeito da proposta de definição de caso de AIDS feita pelo CDC, mas o importante é que se tenha em mente que, se adotada, não deve resultar em interrupção dos estudos que buscam relacionar outras doenças à infecção pelo HIV e que critérios mais específicos sejam estabelecidos para a regulamentação de concessão de aposentadoria, auxílio-doença, liberação de prêmios de seguro de vida e principalmente para a indicação de terapia anti-retroviral e profilaxia de infecções oportunistas, evitando a situação que se vive hoje no Brasil onde só os pacientes com diagnóstico de AIDS pelos critérios do CDC têm acesso ao AZT.

*Beatriz Grinsztejn
Médica Infectologista do Hospital Evandro Chagas/FIOCRUZ
Valdiléa Gonçalves Veloso
Médica Infectologista do Hospital Evandro Chagas/FIOCRUZ e do Serviço do DIP/AIDS do HUCFF/UFRJ*

Sistema de classificação do CDC (Center for Diseases Control) para infecções por HIV em adultos

Grupo I: Infecção aguda (síndrome semelhante à mononucleose com ou sem meningite asséptica associada a soroconversão de anticorpos de HIV)

Grupo II: Infecção assintomática

Grupo III: Linfadenopatia generalizada persistente (crescimento palpável de nódulo linfático com 1 ou mais cm em duas ou mais cadeias extra-inguinais, persistindo por mais de três meses, na ausência de outra doença que não o HIV)

Grupo IV: Outras doenças (linfadenopatia não é pré-requisito para inclusão).

Subgrupo A: Doença constitucional (febre persistindo por mais de um mês, perda de peso involuntária superior a 10%, diarreia persistindo por mais de um mês)

Subgrupo B: Doença neurológica (demência, mielopatia, neuropatia periférica)

Subgrupo C: Doenças infecciosas secundárias

Categoria C-1: Doenças infecciosas específicas listadas na definição de AIDS do CDC (incluindo pneumonia por *Pneumocystis carinii*; toxoplasmose; candidíase esofágica, brônquica ou pulmonar; criptococose: infecção micobacteriana por *Mycobacterium avium-intracellulare* ou *M. Kansselli*; infecção por citomegalovírus)

Categoria C-2: Outras doenças infecciosas especificadas (incluindo leucoplasia pilosa oral, zoster multidermal, candidíase oral)

Subgrupo D: Cânceres secundários (incluindo sarcoma de Kaposi, linfoma não-Hodgkin, linfoma cerebral primário)

Subgrupo E: Outras enfermidades: (incluindo pneumonite linfóide intersticial crônica)

Critério de pontuação OPAS/CARACAS

Sinais/sintomas/doença	Pontos
Sarcoma de Kaposi	10
Tuberculose disseminada/ extrapulmonar/pulmonar não cavitária	10
Candidíase oral ou leucoplasia pilosa	5
Tuberculose pulmonar cavitária ou não-especificada	5
Herpes Zoster em indivíduo <= 60 anos	5
Disfunção do sistema nervoso central	5
Diarreia >= 1 mês	2
Febre >= 38°C >= 1 mês	2
Caquexia ou perda de peso > 10	2
Astenia >= 1 mês	2
Dermatite persistente	2
Anemia e/ou linfopenia e/ou trombocitopenia	2
Tosse persistente ou qualquer pneumonia (exceto tuberculose)	2
Linfadenopatia >= 1cm >= 2 sítios extra-inguinais >= 1 mês	2



Cena do filme "Os cafagestes" de Rui Guerra. A personagem interpretada por Norma Bengel (foto) é currada por vários rapazes, entre eles Jece Valadão (foto)

Considerações sobre a prevenção da AIDS entre as mulheres

Dentre o que se conhece sobre a epidemia da AIDS, parece incontestável que os três níveis de intervenção em saúde (prevenção de novos casos de infecção, prevenção do aparecimento da doença nos casos de infectados, prevenção e tratamento de infecções oportunistas e prolongamento da vida em condições dignas dos doentes) requerem abordagens distintas. Ao mesmo tempo é fato que alguns fatores, ou propostas de ação, se apresentam com igual importância em todos os níveis. Estes se referem à capacidade de negociação na esfera sexual em busca de um prazer sem riscos para si próprio(a) e para o(a) parceiro(a), ao suporte social (afeto, aprovação do grupo, não discriminação, informação e acesso a bens e serviços) e à relação polêmica entre *stress*, depressão e alterações imunológicas.

No que se refere às mulheres, a questão da AIDS ganha alguns contornos específicos: mais tardiamente identificadas como uma população também exposta ao risco, esta identificação explícita algumas conseqüências nefastas dos padrões diferenciais que regem o exercício da sexualidade dos homens e das mulheres. No entanto, na medida em que o reconhecimento do risco da AIDS entre a população feminina se dá em concomitância com as dramáticas vertentes da transmissão vertical e da orfandade, a problemática da mulher no relacionamento da

mulher com seus parceiros fica deslocada, ou sobreposta à das crianças. Assim, as mulheres encontram na sua relação com a AIDS as marcas da sua pertinência a um gênero construído como passivo e moldado basicamente para a reprodução. Marcas que têm conformado historicamente as relações da medicina e da saúde pública com o corpo feminino, e da mulher consigo mesma.

A medicina, como prática social institucionalizada, expande sua área de atuação a partir da necessidade de aumentar a população e a sua capacidade de trabalho. Isto, para as mulheres, vai se refletir no desenvolvimento de saberes e técnicas na área da ginecologia, obstetrícia e puericultura, que buscam fundamentalmente garantir a possibilidade de procriação e o desenvolvimento de uma prole sadia e potencialmente produtiva. Desta forma, a saúde da mulher aparece como equivalente à sua capacidade de procriar e reproduzir eficazmente (1), (2). Mesmo o desenvolvimento de saberes em outras áreas de intervenção sobre a saúde, como a psicologia e a psiquiatria, estarão subordinados a uma concepção de mulher como "aquela que reproduz".

Práticas sociais conformam ideologias, e vice-versa. Assim, a mulher se identifica como tal a partir da sua possibilidade de corresponder a um modelo materno. No entanto, este é um modelo complexo, pois exige das mulheres a capacidade de sedu-

ção e acolhimento das demandas de seu parceiro e a abnegação frente às necessidades deste e da prole (3), o que, em última instância, implica na negação de si como sujeito. É dentro deste quadro que nos propomos a pensar em algumas especificidades da mulher frente à AIDS (4).

Em primeiro lugar, temos que considerar que a possibilidade da mulher se prevenir da infecção envolve de imediato um nível básico de informação sobre a doença e suas formas de transmissão, e um equacionamento realista da sua possibilidade de exposição ao risco, o que já é problemático, dada a falta, até o momento, de iniciativas sérias e massivas a este respeito. Em segundo lugar, sabemos que a prevenção da transmissão sexual do vírus está diretamente relacionada à possibilidade da mulher "convencer" a si própria e ao parceiro da importância do uso de preservativos. As dificuldades de convencimento do parceiro já têm sido amplamente discutidas, e envolvem os preconceitos masculinos relacionados ao condom, relacionados à sua suposta redução de prazer sexual, à eventual não-existência de intimidade suficiente entre os parceiros para a abordagem da questão, à possibilidade do surgimento de desconfiança ou insegurança e outros (5).

Menos exploradas têm sido as barreiras que a mulher teria que enfrentar em relação a si mesma para entrar em uma nego-

negociação visando o uso do condom. Barreiras que, independente de sabermos terem sido socialmente impostas, muitas vezes se apresentam como aspectos constitutivos da identidade de cada uma, traduzindo-se em estruturas psicológicas profundamente arraigadas, de difícil reconhecimento ou manejo por parte da mulher, e que dizem respeito, por exemplo, ao próprio significado do sexo e do prazer sexual para cada mulher, à capacidade desta reconhecer-se como sexualmente desejante ou não, como dona de seu corpo, e com direito e dever de exigir sua segurança e saúde.

Se o desejo e o prazer estão fortemente ligados à idéia de sentir-se desejada, possuída ou de dar satisfação ao outro, como frequentemente ocorre, será difícil para a mulher fazer qualquer exigência que esta sinta como passível de reduzir o desejo ou o prazer do outro. O mesmo pode-se dizer daquelas que vivem sua feminilidade relacionada à abnegação, renúncia ou adiamento das suas exigências, prazeres e necessidades em função de exigências, prazeres e necessidades do outro — e o fazem com prazer. Além disso, frequentemente a mulher já sofreu conseqüências menos ou mais graves de sua prática sexual, seja através de gestações indesejadas, abortos clandestinos, mau atendimento nos serviços de saúde, corrimentos e infecções ginecológicas, abandono, maltratos ou humilhações por parte do parceiro. Assim, ela já sabe que o exercício da sexualidade sempre a expõe a algum risco. O da infecção pelo HIV passa a ser apenas mais um.

Ao mesmo tempo a mulher aprendeu que um dos traços distintivos de seu gênero é a capacidade de amar apaixonadamente e que a paixão, para ser “verdadeira”, deve ser vivida sob forma de abandono ao outro, como entrega irracional, onde a espontaneidade é assemelhada à impulsividade, e onde não há lugar para uma atitude objetiva de preservação de si (6). “Irracionalidades” muitas

vezes assumidas a partir de uma escolha “racional”.

Em último lugar, teríamos que lembrar que em nossa sociedade, a sexualidade feminina é tratada de forma muito ambígua, e seu exercício frequentemente envolve dúvidas, culpas, medos e inseguranças, fazendo com que muitas vezes a única solução para a mulher seja efetivamente delegar seu desejo ao outro, sem assumir ativamente uma busca mais prazerosa e saudável de si.

Para as mulheres já contaminadas, ao lado dessas dificuldades na relação com os parceiros, somam-se outras, como as relacionadas à maternidade (dúvidas sobre ter ou não filhos, amamentar ou não) e aos cuidados com os seus dependentes. Sabe-se que para o prolongamento do período assintomático é fundamental o cuidado com a saúde física e a redução da tensão emocional, e que existe uma correlação entre *stress*, depressão psicológica e imunodepressão. Ao mesmo tempo sabe-se que, independente de qualquer outro fator agravante de tensão, as mulheres tendem a ser mais deprimidas e ansiosas do que os homens, em proporções variáveis segundo os diferentes autores, como conseqüência direta das tensões e ambigüidades decorrentes da sua condição de gênero. Além disso, as mulheres tenderiam a negligenciar os cuidados com sua saúde, só procurando os serviços quando seus problemas passarem a interferir no desempenho de seus afazeres. Desta forma, novamente as particularidades do gênero feminino se apresentam como obstáculos para a prevenção da AIDS entre as mulheres.

Diante deste quadro, lembrando que nas classes sociais mais baixas estes traços de gênero muitas vezes se apresentam mais acentuados, e geralmente agravados pela falta de opção em todos os níveis, sugerimos, à guisa de conclusão, que qualquer ação visando a prevenção da AIDS entre as mulheres, ao lado da informação e discussão dos diferentes aspectos envol-

vidos, tenha um espaço aberto para a reflexão sobre a forma subjetiva com que cada mulher vive a sua condição de gênero e sobre as maneiras pelas quais esta condição pode ser vivida, ou transformada por cada uma, de modo a preservar sua saúde, física e mental, e sua vida.

Notas:

(1) Uma das conseqüências desta concepção médica sobre a mulher, por exemplo, é a lentidão com que têm sido pesquisadas formas de contracepção eficazes e inócuas para a saúde da mulher, ou contraceptivos masculinos, em contraposição com as avançadas técnicas de fabricação de bebês de proveta. Ou, no que nos interessa mais de perto, a precariedade de pesquisa enfocando as especificidades da infecção pelo HIV no organismo feminino.

(2) Reprodução considerada num sentido mais amplo que o de procriação, pois compreende também o repasse de valores sociais e culturais.

(3) É evidente que a construção do modelo de mulher-mãe, tal como o temos hoje, e suas relações com a medicina moderna, é extremamente mais complexo. No entanto, a nosso ver, tal detalhamento ou aprofundamento de discussão fugiria inteiramente ao escopo deste trabalho.

(4) Estaremos considerando basicamente aspectos que envolvem a transmissão sexual da doença, dada nossa pouca familiaridade com drogaditos. No entanto, acreditamos que várias das idéias apresentadas se aplicam a ambos os casos.

(5) Preconceitos que nos levam a pensar em que contexto escolhemos nossos parceiros ou estabelecemos relações de amor ou de desejo.

(6) Impulsividade e irracionalidade também são considerados traços “femininos”, embora os homens tenham rigorosamente as mesmas capacidades e possibilidades que as mulheres.

Wilza Vieira Villela.

Médica psiquiatra, doutora em medicina preventiva, pesquisadora do Núcleo de Investigação em Saúde da Mulher do Instituto de Saúde — SES/SP

Texto preparado para o II Encontro de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS, 5-7 de setembro, promovido pela ABIA e o grupo pela VIDDA/RJ.

**OS MÉDICOS DO RIO ADVERTEM:
SEU PLANO DE SAÚDE NÃO ATENDE A VOCÊ
NEM À SUA FAMÍLIA EM CASOS DE AIDS, CÂNCER,
MENINGITE... MAS TEM QUE ATENDER!
DENUNCIE: 532-4400**

CREMERJ

GRUPO PELA VIDDA

ABIA

Cartaz do CREMERJ com apoio da ABIA e do Grupo pela VIDDA/RJ denunciando as empresas e seguradoras de saúde que discriminam as pessoas com HIV e AIDS em seus contratos