

QUESTÕES DE  
**SAÚDE**  
*reprodutiva*

ano 1   número 1   agosto de 2006

**Sexualidade e  
reprodução: ações e  
serviços de saúde**

---

# QUESTÕES DE SAÚDE *reprodutiva*

ano 1 número 1 agosto de 2006

## Os artigos desta edição foram retirados de:

Reproductive Health Matters (RHM)  
Volume 11, Number 22, November 2003  
Volume 12, Number 23, May 2004  
Volume 13, Number 25, May 2005  
Volume 13, Number 26, November 2005  
Volume 14, Number 27, May 2006

**Edição:** Simone G. Diniz, Wilza V. Villela e Regina M. Barbosa

**Tradução:** Maria Antonia Van Acker

**Preparação e revisão:** Adriana de Oliveira e Renata Guerra

**Revisão técnica:** Elisabeth M. Vieira, Maria José Osis,  
Regina Maria Barbosa, Simone G. Diniz, Simone Monteiro,  
Sonia Correa e Wilza V. Villela

**Diagramação e capa:** SGuerra Design

**Foto de capa:** Philip Wolmuth/Panos Pictures. A consulta de  
jovens, Planned Parenthood Association, Dominica, 2002.

Esta edição foi financiada pela Reproductive Health Matters

## A edição em português foi publicada por:

**Abrasco - Associação Brasileira de Pós Graduação em  
Saúde Coletiva /GT Gênero e Saúde**

Rua Hespéria, 16, Mangueiros.

Rio de Janeiro – RJ – 21050-040

tel/fax: (21) 2560-8699, 2560-8403 e 2598-2527

[www.abrasco.org.br](http://www.abrasco.org.br)

## Diretoria 2003-2006

Presidente: Paulo Ernani Gadelha Vieira – Fiocruz

Vice-presidentes: Júlio S. Muller Neto – ISC/UFMT;

Madel Therezinha Luz – IMS/UERJ; Rômulo Maciel Filho

– CPqAM/Fiocruz; Soraya Maria Vargas Côrtes – DS/UFRGS

Secretaria executiva: Álvaro H. Matida e Mônia Mariani

## GT Gênero e Saúde (núcleo executivo):

Wilza V. Villela – EPM/UNIFESP (coord.); Estela Maria

L. Aquino – ISC/BA (vice-coord.); Ana Maria Costa

– MS; Lília B. Schraiber – FM/USP; Maria Luíza Heilborn

– IMS/UERJ; Regina Maria Barbosa – NEPO/UNICAMP e

IS/CCTIES/SES-SP

## Administração do projeto de edição em português:

Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde

© Reproductive Health Matters 2006

© Questões de Saúde Reprodutiva 2006

## RHM EDITORIAL OFFICE:

Reproductive Health Matters

444 Highgate Studios

53-79 Highgate Road

London NW5 1TL, UK

Tel: (44-20) 7267 6567

Fax: (44-20) 7267 2551

RHM is a Registered Charity in  
England and Wales, No. 1040450

Limited Company Registered

No. 2959883 (England)

ISSN 0968-8080

## RHM IS INDEXED IN:

Medline

PubMed

Current Contents

Popline

EMBASE

Social Sciences Citation Index

## SUBMISSION OF PAPERS:

Marge Berer, Editor

E-mail: [RHMjournal@compuserve.com](mailto:RHMjournal@compuserve.com)

Guidelines available at:

[www.rhmjournal.org.uk](http://www.rhmjournal.org.uk)

## ALL OTHER CORRESPONDENCE:

Rosa Tunberg

E-mail: [rtunberg@rhmjournal.org.uk](mailto:rtunberg@rhmjournal.org.uk)

RHM is part of the Elsevier Reproductive and Women's  
Health Resource Online:

[www.rhm-elsevier.com](http://www.rhm-elsevier.com)

To be included on the mailing list or  
to get additional copies of this issue,  
contact: [abrlivro@ensp.fiocruz.br](mailto:abrlivro@ensp.fiocruz.br)

# Sumário

## Colaboradores e agradecimentos

### Apresentação

- 7** *Wilza V. Villela, Regina Maria Barbosa, Simone G. Diniz* Integrando gênero, sexualidade, reprodução e saúde: contribuições para o debate no Brasil

### Artigos

- 11** *Ian Askew, Marge Berer* A contribuição dos serviços de saúde reprodutiva e sexual à luta contra o HIV/AIDS: uma revisão
- 39** *Gary W. Dowsett* Algumas considerações sobre sexualidade e gênero no contexto da AIDS
- 50** *Martha Brady* Evitar infecções sexualmente transmissíveis, a gravidez indesejada e proteger a fertilidade: a necessidade de tripla proteção das mulheres jovens
- 59** *Nuriye Ortayli, Ayşen Bulut, Metin Ozugurlu, Muhtar Çokar* Por que coito interrompido? Por que não? Perspectivas masculinas
- 71** *Mini Elizabeth Jacob, Sulochana Abraham, Susila Surya, Shantidani Minz, Daisy Singh, Vinod Joseph Abraham, Jasmin Prasad, Kuryan George, Anju Kuruvilla, K.S. Jacob* Um programa comunitário de saúde na área rural de Tamil Nadu, na Índia: a necessidade de justiça de gênero para mulheres
- 80** *Simone G. Diniz, Alessandra S. Chacham* O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo
- 92** *Lúcia de Lourdes Ferreira da Costa, Ellen Hardy, Maria José Duarte Osis, Aníbal Faúndes* Interrupção da gravidez por anormalidade fetal incompatível com a vida: a vivência de mulheres brasileiras
- 101** *Mônica Petracci, Silvina Ramos, Dalia Szulik* Avaliação estratégica do programa de saúde reprodutiva e reprodução responsável de Buenos Aires

### Questões relativas à prestação de serviços

- 114** *Leila Adesse* Utilizando princípios de direitos humanos para promover qualidade nos serviços de aborto no Brasil
-

- 118** *Comitê FIGO para os Aspectos Éticos da Reprodução Humana e Saúde da Mulher* Diretrizes Éticas sobre Objeção de Consciência

## Mesa redonda

- 120** *Sonia Corrêa, Adrienne Germain, Rosalind Petchesky* ICPD + 10 e além: para onde deve caminhar nosso movimento?

## Notas de pesquisa

### **134 Recursos humanos**

Pesquisas são necessárias para identificar estratégias eficazes de aprimoramento do desempenho de profissionais da saúde // Desenvolvendo o papel da enfermeira de saúde sexual no Reino Unido // Os recursos humanos não são o único fator que afeta a saúde materna // Recursos Humanos e exigências técnicas para alcançar as Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDM) // Médicos e enfermeiras migrantes // A crise não gerenciada de migração de profissionais de saúde // Brasil e Peru consultam o povo para definir agenda de saúde // Salvador Allende e o nascimento da medicina social latino-americana

### **140 HIV/AIDS**

A gravidez aumenta o risco de contrair o HIV, independentemente de outros fatores: um estudo de caso na Uganda // Terapia anti-retroviral para mães reduz a transmissão do HIV pelo leite materno // Terapias anti-retrovirais para prevenção de infecção por HIV dos bebês: estudo de caso na África do Sul // A concepção assistida para casais discordantes para o HIV é eticamente aceitável: estudo de caso na Europa // HIV e o impacto da condição de órfão nos adolescentes da África Subsaariana // Vulnerabilidade de trabalhadores do sexo migrantes na Europa // Morte prematura como principal razão para a prevalência decrescente de HIV em Uganda // Promovendo a igualdade de gênero entre rapazes: estudo de caso na Índia // Racionamento de tratamento anti-retroviral: implicações éticas e para a equidade // Anormalidade cervical em mulheres com e sem HIV: prevalência e fatores de risco // A circuncisão masculina diminui o risco de transmissão do HIV da mulher para o homem

### **157 Preservativos**

Nove entre dez usuários de preservativo no Benin não sabem como usá-lo corretamente // Fregueses de trabalhadores do sexo do Camboja não usam preservativo com suas namoradas // O uso de preservativo protege de acusação penal na Nova Zelândia // Barreiras ao uso de preservativos na Mongólia

### **159 Adolescência**

Gravidez na adolescência: estudo multicêntrico sobre jovens, sexualidade e reprodução no Brasil // AIDS, sexualidade e trajetórias juvenis: um estudo qualitativo sobre programas sociais no Rio de Janeiro

## COLABORADORES

**Ian Askew** é diretor do Programa de Pesquisa em Saúde Reprodutiva para a África do Population Council e representante do Council em Nairobi, Quênia. **Marge Berer** é editora da revista *Reproductive Health Matters* em Londres, Reino Unido, e uma das presidentes do Consórcio Internacional pelo Aborto Médico.

**Gary W. Dowsett** é professor do departamento de ciências sociomédicas da Mailman School of Public Health da Universidade de Colúmbia em Nova Iorque, EUA.

**Martha Brady** é colaboradora do Programa Gênero, Família e Desenvolvimento do Population Council em Nova Iorque, EUA, e pesquisadora das necessidades sociais, econômicas e de saúde de mulheres jovens.

**Nuriye Ortayli** trabalhava com saúde reprodutiva em Istambul, Turquia, quando este artigo foi escrito e fazia uma pesquisa sobre contracepção. **Ayşen Bulut** é docente do departamento de saúde pública da Universidade de Istambul desde a década de 1980. **Metin Ozugurlu** é docente da Universidade de Ancara e da Escola de Ciências Políticas, e desenvolve pesquisa comparativa dos trabalhadores industriais e rurais da Turquia. **Muhtar Çokar** é consultor de saúde da Fundação de Desenvolvimento de Recursos Humanos de Istambul, tendo também trabalhado como conselheiro, educador de saúde e gestor de projetos para grupos desfavorecidos.

**Mini Elizabeth Jacob, Sulochana Abraham, Susila Surya, Shantidani Minz, Daisy Singh, Vinod Joseph Abraham, Jasmin Prasad e Kuryan George** são docentes do departamento de saúde pública do Christian Medical College de Vellore, na Índia. **Anju Kuruvilla e K.S. Jacob** são do departamento de psiquiatria do mesmo Christian Medical College.

**Leila Adesse** é diretora do Ipas Brasil, no Rio de Janeiro. **Luciana Campello Ribeiro de Almeida** também fazia parte desse instituto quando o relatório foi escrito.

**Sonia Corrêa** pertence à Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA) do Rio de Janeiro, é coordenadora das pesquisas de direitos sexuais e de saúde reprodutiva da DAWN e dirige o International Working Group on Sexuality and Social Policy. **Adrienne Germain** é presidente da International Women's Health Coalition de Nova Iorque. **Rosalind Petchesky** é professora de ciência política do Hunter College da Universidade da Cidade de Nova Iorque, além de membro da diretoria da revista *Reproductive Health Matters*.

**Simone G. Diniz** é professora da Faculdade de Saúde Pública da USP e diretora de pesquisas do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde de São Paulo. **Alessandra S. Chacham** é socióloga e professora assistente do departamento de ciências sociais da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, e vice-presidente do grupo MUSA, uma ong feminista.

**Mónica Petracci** é socióloga, pesquisadora do CEDES, professora da Universidade de Buenos Aires e do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais e Saúde da Escola Latino-Americana de Ciências Sociais(CEDES/FLACSO). **Silvina Ramos** é socióloga, diretora executiva e pesquisadora do CEDES, além de membro da Comissão Nacional de Pesquisas em Saúde do Ministério da Saúde e do Meio-Ambiente da Argentina e professora do mesmo programa de pós-graduação. **Dalia Szulik** é socióloga, pesquisadora do CEDES e professora da Universidade de Buenos Aires.

**Lúcia de Lourdes Ferreira da Costa** é assistente social no Hospital da Mulher (CAISM) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). **Ellen Hardy** é socióloga, professora da Faculdade de Medicina da Unicamp e pesquisadora do Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas (Cemicamp), São Paulo. **Maria José Duarte Osis** é também socióloga e pesquisadora do mesmo centro. **Aníbal Faúndes** é professor de obstetrícia da Faculdade de Medicina da Unicamp e presidente do Comitê dos Direitos Sexuais e Reprodutivos-FIGO.

## AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de agradecer o apoio do escritório da revista RHM em Londres, em especial a Rosa Tunberg, Paula Hajnal e Ruth Shinebaun, pela cuidadosa assistência, e a Marge Berer, editora, pelo estímulo e apoio em todas as fases da revista.

À equipe do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, que realizou a administração do projeto, e em especial a Fabiana Garcia, responsável pelo gerenciamento financeiro.

APRESENTAÇÃO

## Integrando gênero, sexualidade, reprodução e saúde: contribuições para o debate no Brasil

Wilza V. Villela, Regina Maria Barbosa e Simone G. Diniz

**É** com imenso prazer que o Grupo Temático Gênero e Saúde da Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva-ABRASCO lança esta edição da conceituada revista *Reproductive Health Matters-RHM*.

Desde a sua criação, em 1993, a *RHM* caracteriza-se como um importante veículo de informações e idéias sobre temas de saúde sexual e reprodutiva, num sentido amplo e com uma perspectiva feminista. Publicada originalmente em inglês, desde 2002 seus editores vêm fazendo um esforço para torná-la acessível a pesquisadores, profissionais e ativistas pelos direitos sexuais e reprodutivos que outros idiomas. Hoje, a *RHM* já é editada em chinês, hindu, árabe e espanhol e agora também para leitores de língua portuguesa.

O GT Gênero e Saúde, responsável por esta edição, foi criado em 1995 durante o III Congresso Brasileiro de Epidemiologia, em Salvador, com a finalidade de ampliar e consolidar o ensino e a produção do conhecimento sobre gênero e saúde na área de Saúde Coletiva, atuando junto à direção da ABRASCO. Ao longo desses anos, o GT tem buscado fortalecer os vínculos e a interlocução entre a universidade, os serviços de saúde e os movimentos sociais, particularmente o de mulheres, visando tornar o conhecimento acadêmico cada vez mais útil e acessível, contribuir para a incorporação da

perspectiva de gênero na compreensão do processo saúde-doença, e na assistência e na pesquisa em saúde, e também a ampliar o debate sobre desigualdades sociais em saúde.

Neste sentido, publicação da *RHM* em português é significativa para a disseminação de um conhecimento técnico-político de qualidade e para o aprofundamento do debate sobre saúde sexual e reprodutiva no Brasil e em outros países.

Para esta edição, foram selecionados artigos publicados em distintos números da revista considerando a experiência brasileira que, desde a formulação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM –, busca integrar questões de gênero, saúde, sexualidade e reprodução no âmbito dos serviços, na produção acadêmica e na formação de recursos humanos para a saúde. Assim, a escolha dos artigos desta *Questões de Saúde Reprodutiva* foi norteada pelo interesse em privilegiar trabalhos que de alguma forma apontem para essa integração, dentro de suas múltiplas e distintas possibilidades. A diversidade de público que a ABRASCO congrega e que acessa as suas publicações foi também um aspecto levado em conta.

O artigo que inicia a revista, “A contribuição dos serviços de saúde reprodutiva e sexual na luta contra o HIV/AIDS”, de Ian Askew e Marge Berer, consiste em uma cuidadosa re-

visão das possibilidades de integrar prevenção de DST/AIDS nas atividades de saúde reprodutiva já desenvolvidas nos serviços de saúde. A discussão travada no artigo é extremamente oportuna no atual cenário brasileiro, dados os esforços realizados em vários municípios, estados e mesmo em nível federal, de estabelecer parcerias entre Programas de Saúde da Mulher, de DST/AIDS e Programas de Saúde da Família visando potencializar suas ações de saúde sexual e reprodutiva.

A seguir, o texto de Gary Dowsett problematiza os eventuais limites que decorrem do uso majoritário da categoria gênero na abordagem dos fenômenos relacionados à transmissão do HIV, e propõe a utilização de sexualidade como referencial para análises neste campo. Na sua argumentação, simultaneamente densa e bem humorada, o autor reflete como o uso quase “automático” de gênero no campo da saúde tem, em lugar de aprofundar as análises, obscurecido a importância de outros determinantes sociais. A identificação de gênero com mulher, tal como aparece em muitos estudos, e ainda a grande ênfase na saúde reprodutiva são vieses que precisariam ser superados. De acordo com Dowsett, seria necessária uma abordagem mais profunda da sexualidade como campo específico de estruturação de relações humanas e de espaços de poder, de modo a ampliar a compreensão da dinâmica da transmissão sexual do HIV.

O artigo de Martha Brady enfoca a importância, para as mulheres jovens, da incorporação da idéia de “tripla proteção”, ou seja, do uso de métodos que, além de prevenir a gravidez indesejada e as DSTs, protejam também a fertilidade das mulheres. Tal proposição se ancora, segundo a autora, na importância da fertilidade para as mulheres, especialmente as mais jovens, e no fato de que várias DSTs, como também a prática clandestina do aborto podem causar infertilidade. Assim, a idéia de tripla proteção

agrega uma informação importante sobre os riscos do sexo desprotegido e aborda um aspecto da saúde reprodutiva pouco tematizado com as jovens.

Ainda refletindo estratégias de redução de riscos relacionados ao ato sexual, Nuriye Ortayli e colaboradores apresentam dados sobre uma pesquisa realizada na Turquia a respeito das percepções masculinas sobre o coito interrompido. Segundo os resultados da investigação, além de bastante efetivo, o coito interrompido é considerado aceitável por alguns homens, que inclusive o consideram um método com vantagens sobre os demais, entre elas a possibilidade de o marido contribuir para a proteção da saúde das suas mulheres. Dado ser a prática do coito interrompido relativamente disseminada em diferentes culturas, os autores defendem que este método deveria ser mais discutido no contexto de ações direcionadas à saúde sexual e reprodutiva, inclusive por ser uma forma de responsabilização masculina no campo da reprodução.

Este artigo encerra um primeiro bloco de textos de caráter mais reflexivo e voltados para a prevenção no campo da saúde sexual e reprodutiva. O segundo conjunto de textos se aproxima das práticas desenvolvidas nos serviços ou em comunidades. Mini Elizabeth Jacob e colaboradores descrevem uma experiência realizada na área rural de Tamil Nadu, na Índia, onde foi implementado um programa comunitário para a saúde das mulheres articulando ações de saúde, emprego e renda, na perspectiva do seu empoderamento. Avaliação realizada após dez anos de implementação mostra que, embora tenha havido melhoras nos indicadores de saúde da região, essa foi mais expressiva para os meninos do que para as meninas. Os autores argumentam que a diferença refere-se à forte desigualdade de gêneros existente na comunidade, enfatizando que qualquer programa que adote o empoderamento como estratégia para a



saúde das mulheres precisa enfatizar a discussão das relações de gênero.

Os estereótipos de gênero que mantêm a situação de desigualdade das mulheres atravessam o trabalho em saúde também dos profissionais que o realizam. É o que mostram Simone G. Diniz e Alessandra Chacham no artigo “O ‘corte por cima’ e o ‘corte por baixo’: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo”, que problematiza os procedimentos cirúrgicos desnecessários na assistência ao parto no Brasil e seu impacto na saúde de mulheres e bebês. As autoras apontam o quanto os profissionais desconsideram as evidências científicas que propõem uma mudança radical na assistência, incluindo o abandono do uso de rotina da maioria dos procedimentos os direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, entre eles os direitos à escolha informada dos procedimentos e o direito à integridade corporal. Por fim, propõem mudanças na formação de recursos humanos e a aliança entre formuladores de políticas e movimentos sociais para a transformação das práticas, um campo de ativismo crescente no Brasil.

O próximo texto, “Interrupção da gravidez por anomalia fetal incompatível com a vida: a vivência de mulheres brasileiras” compõe, junto com os dois subsequentes, um conjunto de artigos em torno do tema do aborto. Este primeiro, de autoria de Lúcia L. F. Costa e colaboradores, trata a experiência de mulheres que interromperam a gestação por portar um feto inviável. Deve-se ressaltar que a lei brasileira é restritiva à interrupção da gravidez mesmo nestes casos, sendo sua realização dependente de autorização judicial. O artigo mostra que, para as mulheres, a decisão de interromper a gravidez causa sofrimento não tanto pelo ato em si, mas pela frustração relacionada à impossibilidade de criar aquele filho. Os autores ponderam que uma maior abertura da lei poderia minimizar o sofrimento das mulheres que passam por esta experiência.

Mónica Petracci e colaboradores mostram que os avanços da política argentina de saúde e direitos reprodutivos têm recebido o apoio tanto de profissionais quanto da população. Fundamentado numa abordagem metodológica que incluiu diferentes estratégias de coleta e análise de dados, este artigo é um exemplo de monitoramento de uma política pública realizada com rigor e competência pela sociedade civil.

Na seção “Questões relativas à prestação de serviços”, Leila Adesse e Luciana C. R. Almeida, num texto curto, mostram a importância do atendimento de qualidade a mulheres que chegam aos serviços com complicações do aborto inseguro, assinalando que esta é uma diretriz presente em vários acordos internacionais e apoiada pela Organização Mundial de Saúde. O texto apresenta, também de forma breve, algumas das iniciativas empreendidas pelo governo brasileiro no sentido do cumprimento desta diretriz.

Esta seção se encerra com um posicionamento da FIGO-Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia a respeito do tema de objeção de consciência em casos em que é permitida a interrupção da gravidez no qual é reforçado o compromisso do profissional com o bem-estar do paciente, para além das objeções pessoais.

Para finalizar, é apresentado o debate entre Sonia Corrêa, Adrienne Germain e Rosalind P. Petchesky, feministas militantes dos direitos sexuais e reprodutivos com reconhecimento internacional nos espaços políticos e acadêmicos. O artigo realiza uma análise da atual situação social, política e de saúde das mulheres em comparação com o cenário de 1994, ano da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. Para as debatedoras, ao longo destes anos houve avanços e estagnações, em função do aumento global das desigualdades sociais e econômicas, das guerras e do avanço dos fundamentalismos, sendo fundamental o fortalecimento de alianças e parcerias com gestores e profissionais de saúde, de modo a garantir que as conquistas não retrocedam.

A revista se encerra com uma seção destinada a divulgar resultados de pesquisas recentes do interesse de públicos distintos, a partir de um breve resumo e da referência ao material original. Estamos certas de que o lançamento em portu-

guês da *Reproductive Health Matters* vem preencher uma importante lacuna nos debates relativos a gênero no campo da saúde coletiva. É uma honra para o GT Gênero e Saúde ter sido o responsável por esta importante realização.

## A contribuição dos serviços de saúde reprodutiva e sexual à luta contra o HIV/AIDS: uma revisão

Ian Askew<sup>a</sup>, Marge Berer<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Membro Sênior do Conselho Populacional, Nairobi, Quênia, e-mail: iaskew@pcnairobi.org.

<sup>b</sup> Editor da Revista Reproductive Health Matters, Londres, Grã-Bretanha.

**Abstract:** *approximately 80% of HIV cases are transmitted sexually and a further 10% perinatally or during breastfeeding. Hence, the health sector has looked to sexual and reproductive health programmes for leadership and guidance in providing information and counselling to prevent these forms of transmission, and more recently to undertake some aspects of treatment. This paper reviews and assesses the contributions made to date by sexual and reproductive health services to HIV/AIDS prevention and treatment, mainly by services for family planning, sexually transmitted infections and antenatal and delivery care. It also describes other sexual and reproductive health problems experienced by HIV-positive women, such as the need for abortion services, infertility services and cervical cancer screening and treatment. This paper shows that sexual and reproductive health programmes can make an important contribution to HIV prevention and treatment, and that STI control is important both for sexual and reproductive health and HIV/AIDS control. It concludes that more integrated programmes of sexual and reproductive health care and STI/HIV/AIDS control should be developed jointly offer certain services, expand outreach to new population groups, and create well-functioning referral links to optimize the outreach and impact of what are to date essentially vertical programmes.*

**Palavras-chave:** HIV/AIDS, serviços de saúde sexual e reprodutiva, infecções sexualmente transmitidas, políticas e programas de saúde, integração de serviços.

A pandemia de HIV/AIDS teve efeitos profundos nas sociedades, indivíduos e famílias, bem como nos programas de saúde. Como observou Zoysa:<sup>1</sup>

*“No âmbito da sociedade, a AIDS está mudando as visões sobre sexualidade, comportamento sexual e procriação, e intensificando as preocupações quanto aos direitos humanos. No âmbito do indivíduo e da família, a AIDS está complicando os relacionamentos sexuais e ameaçando a capacidade de conceber e gerar filhos de forma segura. Para os prestadores de serviços, a AIDS está mudando prioridades, aumentando a necessidade de abor-*

*dar as outras infecções sexualmente transmitidas, e frustrando a capacidade de oferecer aconselhamento a pacientes que procuram orientação sobre assuntos que vão de alimentação infantil a relações entre parceiros.”*

A pandemia de HIV/AIDS não dá sinais de que vá diminuir num futuro próximo, especialmente nos países em desenvolvimento e, assim, governos e organizações internacionais vêm planejando abordagens multissetoriais para prevenir a transmissão do HIV/AIDS. Em geral, é a área de saúde que assume a liderança nesses esforços, inclusive procurando modos

de disponibilizar terapias anti-retrovirais. Em muitos países, e dentro das organizações internacionais de assistência técnica e custeio, foram criados órgãos dedicados explicitamente à coordenação de atividades relativas ao HIV/AIDS. Dado que cerca de 80% dos casos de HIV no mundo são transmitidos sexualmente, e outros 10% por via parenteral ou amamentação, a área da saúde tem se voltado para os programas de saúde sexual e reprodutiva (SSR) a fim de encontrar liderança e orientação na prevenção da transmissão, e mais recentemente, para oferecer tratamento e cuidados.

O presente trabalho revê as contribuições dos programas de SSR à prevenção e tratamento do HIV/AIDS – que esforços foram realizados e quão viáveis, aceitáveis e eficazes eles foram. A intenção não é produzir um estudo exaustivo, mas ilustrar as contribuições mais importantes que foram feitas, principalmente dos serviços de saúde materno-infantil (SMI), planejamento familiar (PF) e infecções sexualmente transmitidas (ISTs), bem como as implicações positivas para as políticas de SSR e programas que incluem a atenção ao HIV/AIDS em suas atividades.

### **Histórico**

Em 1994, a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD) adotou um plano de ação para promover a saúde sexual e reprodutiva. As estratégias para atingir esta meta até 2015 são guiadas pela breve lista de objetivos e indicadores abaixo, que foram aceitos pela Sessão Especial da Assembléia Geral da ONU (UNGASS) sobre a CIPD + 5 em 1999.<sup>2</sup>

- Todas as unidades primárias de saúde e postos de planejamento familiar deveriam oferecer o espectro mais amplo possível de métodos de planejamento familiar eficazes, cuidados obstétricos essenciais, prevenção e tratamento de infecções do trato reprodutivo (ITR), inclusive doenças sexualmente transmissíveis,

e métodos de barreira para prevenção.

- Nos locais onde a mortalidade materna é muito alta, pelo menos 40% dos partos deveriam ser assistidos por profissionais treinados; até 2010 esta porcentagem deveria ser de 50% e, em 2015, ao menos 60%. Globalmente, todos os países devem perseverar em seus esforços para que em 2005, 80% dos partos sejam assistidos por profissionais treinados, em 2010, 85%, e em 2015, 90%.
- Onde houver uma lacuna entre o uso de contraceptivos e a proporção de pessoas que desejam espaçar o número de filhos ou limitar o tamanho de suas famílias, os países deveriam tentar eliminar esta disparidade em pelo menos 50% até 2005.
- Até 2010, ao menos 95% dos homens e mulheres entre 15 e 24 anos deveriam ter acesso à informação, educação e serviços necessários para desenvolver as habilidades mínimas capazes de diminuir sua vulnerabilidade à infecção pelo HIV. Os serviços de saúde deveriam incluir acesso a métodos preventivos como preservativos femininos e masculinos, testes diagnósticos voluntários, aconselhamento e acompanhamento. Como indicadores de referência, os governos precisariam adotar os índices de infecção por HIV nas pessoas entre 15 e 24 anos de idade, com o objetivo de garantir que até 2010 a prevalência nesse grupo etário seja reduzida em 25% globalmente.

Chegar a um consenso sobre o conceito de saúde sexual e reprodutiva foi uma das grandes conquistas da CIPD; o maior desafio que se enfrentou em seguida foi o de colocar este conceito em prática. É relativamente simples definir os vários serviços de saúde, incluindo comunicação e informação, que podem melhorar as ocorrências abarcadas pela saúde sexual e reprodutiva. Tem sido bem mais difícil desenvolver estratégias viáveis, aceitáveis, eficazes e com bom equilíbrio custo/benefício para

oferecer tais serviços, especialmente diante dos programas de atendimento primário existentes em 1994. Além disso, e apesar dos vários e corajosos esforços nesse sentido durante toda a década depois da CIPD, um cenário de reformas na área da saúde e cada vez menos recursos financeiros nacionais e internacionais para aplicação em saúde (incluindo-se serviços de saúde sexual e reprodutiva), bem como a urgência em se reagir à AIDS, à tuberculose e à malária, têm criado numerosos obstáculos.

### **Organização dos serviços de saúde sexual e reprodutiva do ponto de vista histórico**

Como foram organizados os serviços de SSR no passado e que mudanças ocorreram desde a CIPD? Que serviços são (ou deveriam ser) incluídos em qualquer definição de serviços de SSR? Um documento recente sobre estratégia, ainda não publicado, do Departamento de Pesquisas em Saúde Reprodutiva da Organização Mundial da Saúde (OMS) lista cinco elementos-chave essenciais para abordar a saúde sexual e reprodutiva: assegurar escolha e segurança na contracepção; melhorar a saúde materna e do recém-nascido; reduzir as infecções sexualmente transmitidas e outras infecções do trato reprodutivo IST / ITR e o HIV/AIDS; eliminar o aborto inseguro; e promover a sexualidade saudável. Outras prioridades incluem: prevenção e tratamento da infertilidade, diagnóstico e tratamento de cânceres do aparelho reprodutor e tratamento de desordens da menstruação.

No setor público, os serviços de planejamento familiar têm sido oferecidos tanto através de programas independentes como através de programas de SMI e PF, que incluem serviços de pré-natal e parto, saúde da criança e planejamento familiar. Depois da CIPD, a maioria desses programas foi rebatizada para programas de “saúde reprodutiva (e infantil)”, com diferentes configurações em cada país. No entanto,

para os habitantes da África Subsaariana, que dispõem de serviços de SMI e PF desde as décadas de 1970 e 1980, e salvo pelos esforços para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços, tem havido pouca mudança organizacional ou na gama de serviços oferecidos desde a CIPD. Contudo, ao longo da última década, o setor privado de saúde, tanto comercial como sem fins lucrativos, tem desempenhado um papel cada vez mais importante no oferecimento de planejamento familiar e cuidados pré-natais e no parto. De fato, seria justo afirmar que em alguns países é este setor o responsável pelo maior crescimento deste tipo de serviço.

A oferta de diagnóstico e tratamento de ISTs tem um histórico totalmente diferente. Até os anos 1980 as ISTs eram vistas primordialmente como uma doença que afetava mais homens que mulheres, que exigia mais tratamento que prevenção, e de menor importância para a saúde pública. Em consequência, e dado o estigma das ISTs, tais serviços recebiam pouca atenção e recursos do setor público, sendo que grande parte desses serviços era prestada por poucas clínicas especializadas de grandes hospitais, freqüentemente associados a departamentos de dermatologia. Por conseguinte, muitas pessoas fazem autodiagnóstico e autotratamento, sendo que a maioria dos tratamentos para ISTs (em grande parte ineficazes) continua sendo disponibilizada por farmacêuticos, drogarias e curandeiros, apesar de os serviços de saúde do setor privado também desempenharem um papel significativo.

Esta situação começou a mudar nos anos 1980 quando a alta prevalência de ISTs entre mulheres e homens na África Subsaariana foi documentada.<sup>3</sup> Durante a década de 1990 foi desenvolvida uma abordagem de manejo sintomático, devido à falta de recursos para fazer diagnósticos etiológicos no grande número de mulheres que acorriam aos serviços públicos de saúde com sintomas sugestivos de IST. Num

esforço consciente para maximizar o acesso das mulheres a esses serviços, o manejo síndrome das ISTs foi “integrado” aos serviços de SMI/PF já existentes, em vez de ser criado como um programa vertical. Embora o manejo síndrome seja aplicável também ao homem, ele tende a ser adotado apenas nas clínicas de ISTs, e não como serviços a serem prestados a homens nos serviços atenção primária. A OMS e outras organizações desenvolveram algoritmos e materiais de treinamento que foram usados para facilitar a rápida adaptação a este “novo” serviço, especialmente em países onde as ISTs eram considerada muito prevalentes.

Ao mesmo tempo, surgiam evidências de que a presença de infecções no trato reprodutivo aumenta o risco de transmissão do HIV/AIDS,<sup>4,5</sup> e um estudo de campo em Mwanza<sup>6</sup> demonstrou que um programa abrangente, para toda a comunidade, poderia reduzir drasticamente os índices de transmissão do HIV, provavelmente através da redução da duração destas ISTs.\* Conseqüentemente, muita atenção foi dedicada a encontrar modos práticos de integrar esses serviços. Apoio suplementar em favor do tratamento das ISTs foi apresentado num recente estudo estadunidense, no qual se estima que uma redução de 27% na transmissão de HIV por uma pessoa infectada por HIV e IST pode ser conseguida sem qualquer outra intervenção comportamental.<sup>7</sup>

### **A expansão limitada da prevenção e tratamento de ISTs desde 1990**

Dois problemas emergiram desde a euforia do

início da década de 1990, comprometendo a esperada expansão dos serviços de manejo das ISTs como tendência na área da saúde sexual. Em primeiro lugar, a viabilidade do manejo síndrome para o sintoma mais prevalente em mulheres, o corrimento vaginal, provou ser pior do que se esperava entre as mulheres que freqüentavam os serviços de SMI/PF.<sup>8-12</sup> As evidências colhidas desde então levaram à recomendação de que o manejo do corrimento vaginal deveria se basear no pressuposto da existência de uma infecção vaginal transmitida não sexualmente.<sup>13</sup> Em segundo lugar, diferente da integração de serviços de PF a programas de SMI, a introdução de serviços de ISTs nos programas de SMI/PF não foi bem implementada e não tem havido praticamente nenhum esforço sistemático ou estratégico por parte de Ministérios da Saúde para assegurar que os serviços de ISTs sejam, não obstante sua configuração, adequadamente integrados aos programas de SMI/PF.<sup>3</sup>

Há muitas razões para isso. Naquele tempo o manejo síndrome ainda estava sendo desenvolvido e não tinha sido amplamente aceito. Os que trabalhavam em programas de SMI/PF não estavam familiarizados com as ISTs nem sabiam como desenvolver tais serviços. O novo financiamento por doadores para ISTs consistia principalmente em apoio para projetos na forma de treinamento e medicamentos, e não para o desenvolvimento programático mais amplo. Além disso, a questão de onde situar os serviços de ISTs e para quem disponibilizá-los não estava clara. Por fim, o manejo das ISTs foi valorizado mais como meio de reduzir a transmissão do HIV. Praticamente não se levou em conta o fato de que as ISTs são um subgrupo dentro das infecções do trato reprodutivo, junto com infecções endógenas e iatrogênicas, e que certas ISTs causam doenças inflamatórias pélvicas e infertilidade feminina se não tratadas, e também mortalidade infantil.

---

\* O programa de Mwanza foi excepcional (e exemplar) porque incluía conscientização intensiva da comunidade, rigorosos procedimentos de notificação do parceiro, supervisão atenta e gerenciamento logístico, bem como tratamento síndrome de ISTs para mulheres e homens.

As propostas de incluir o manejo das ISTs dentro dos serviços de saúde reprodutiva foram rejeitadas. Sentia-se que os serviços de ISTs, como mecanismo de prevenção do HIV, ficavam mais bem situados nos programas nacionais de HIV/AIDS emergentes – que, na época, eram mais imaturos do que sólidos.<sup>14-15</sup> Contudo, tanto infecções endógenas como iatrogênicas do trato reprodutivo podem estar associadas a um risco aumentado de transmissão do HIV. Uma associação com trichomoníase foi comprovada logo no início<sup>16</sup> e uma associação entre vaginose bacteriana e risco de transmissão de HIV também foi demonstrada,<sup>17</sup> sugerindo que mais atenção deve ser dada a uma maior gama de infecções do trato reprodutivo em relação à transmissão do HIV.

Um outro problema presente na maioria dos países em desenvolvimento é que os programas que ainda são essencialmente de SMI/PF continuam orientados para e usados majoritariamente por mulheres casadas. Oferecer serviços de ISTs dentro da estrutura dos cuidados de SMI/PF não ajuda muito a melhorar o acesso daquelas que correm mais risco de contrair HIV do que as mulheres casadas, especialmente em contextos onde a prevalência do HIV (ainda) não é alta.

Os programas de SMI/PF fizeram e continuam fazendo esforços para aprimorar o diagnóstico precoce de ISTs, treinando os profissionais de saúde dos serviços primários a educarem os pacientes em relação a sintomas e tratamento. A prevenção das ISTs (e HIV) também está sendo enfatizada nas sessões de aconselhamento de PF através do conceito de “dupla proteção” contra gravidez e infecção. Entretanto, as evidências colhidas até o momento mostram que tanto a prevenção como o manejo das ISTs ainda não foram bem implementados, salvo em casos isolados.

Conseqüentemente, embora os serviços de ISTs tenham agora um perfil bem mais importante

do que no passado, e sejam consistentemente adotados como serviço vital dentro do conceito de saúde sexual e reprodutiva, a oferta de serviços no âmbito dos países continua programaticamente desarticulada e desorganizada. Os serviços de ISTs não são amplamente disponibilizados através de programas independentes do setor público nem integrados a programas de SMI/PF ou HIV/AIDS, e continuam não chegando àqueles que mais precisam.

### **A contribuição dos serviços de SSR à prevenção de HIV/AIDS: forças e limitações**

Os obstáculos à integração dos serviços de ISTs a programas nacionais de SSR não diminuem a relevância de tais serviços no esforço de combate ao HIV/AIDS. Mulheres e homens continuarão a sofrer de ISTs e infecções do trato reprodutivo, acorrendo aos centros de tratamento com estes problemas. É mais desmoralizante para o profissional de saúde não ser capaz de oferecer cuidados do que aplicar um programa e tratamento simples. Os serviços de SSR têm um potencial de contribuição à luta contra o HIV/AIDS pelos seguintes motivos:<sup>18-24</sup>

- Mulheres e homens em busca de outros serviços de SSR podem estar mais receptivos a informações sobre o HIV se compreenderem a importância de prevenir e gerenciar a infecção pelo HIV através da adoção de: planejamento familiar e dupla proteção, cuidados pré-natais e no parto, e prevenção e tratamento de ISTs.
- Cuidados pré-natais, saúde da criança e planejamento familiar são agora relativamente acessíveis à maioria da população mundial através de programas clínicos, de campo (que vão até o usuário) e comunitários, e estão sendo utilizados por uma porcentagem crescente de mulheres em idade reprodutiva. O acesso a estas mulheres pode não ser tão eficaz através de estratégias de prevenção de HIV, que em geral são dirigidas a outros públicos

específicos, principalmente grupos sob maior risco.\*

- Embora as mulheres casadas sejam normalmente caracterizadas como um grupo de “baixo risco” em termos de transmissão sexual do HIV, em contextos de alta prevalência do vírus elas podem ter sido infectadas antes do casamento, e também correm o risco de contrair o HIV se seu parceiro regular tiver outras parceiras. Este risco aumenta à medida que a epidemia de HIV se torna mais generalizada num dado país, e constitui um problema sério em toda a região da África Oriental e do Sul, aumentando a importância do papel dos serviços de SSR.
- Os serviços que oferecem cuidados pré-natais, de parto e puerpério têm a oportunidade de prevenir a transmissão de HIV via perinatal e na amamentação. De fato, é apenas através destes serviços que tais intervenções podem se dar. Além disso, serviços de aborto e cuidados pós-aborto, clínicas de ISTs, e programas específicos para adolescentes, oferecem a oportunidade de chegar até grupos que outras estratégias de HIV podem não alcançar.
- Muitas das habilidades técnicas e de prestação de serviços necessárias para oferecer informações relacionadas ao HIV e sua prevenção (por exemplo: familiaridade com questões ginecológicas e obstétricas; habilidades de negociação sexual e promoção do sexo mais seguro, bem como outros comportamentos preventivos; discussão de comportamentos íntimos e relacionamentos; disponibilização de contracepção e preservativos) já estão, ao menos em teoria, presentes nos profissionais dos serviços de SSR.

- A integração de serviços de HIV dentro dos programas de saúde sexual e reprodutiva é desejável porque oferece redução de custos, uma vez que despesas com pessoal, instalações, equipamento e outros custos administrativos passam a ser partilhadas. A combinação destes serviços também é capaz de reduzir o gasto para o indivíduo que usa o serviço, mas isto ainda não foi demonstrado amplamente na prática.

Certas limitações críticas também precisam ser consideradas para que os serviços de SSR possam dar uma contribuição significativa. A fim de preservar a responsabilidade de prestar contas, e tendo em vista que as novas estruturas programáticas para implementação de serviços de SSR ainda estão sendo desenvolvidas, a maioria dos doadores prefere custear programas específicos, muitas vezes verticais (como, por exemplo, planejamento familiar, cuidados pré-natais e tratamento de ISTs) em vez de programas mais abrangentes. Também preferem separar programas e apoio a serviços de HIV/AIDS dos programas para SSR, mesmo quando funcionam mecanismos como a abordagem setorial.<sup>23</sup> Os ministérios governamentais podem estar promovendo esta tendência. Muitas reformas na área da saúde separam os programas de educação sexual, SSR e ISTs/HIV/AIDS uns dos outros, com ministérios ou departamentos diferentes se responsabilizando por cada uma dessas áreas, o que também cria uma rivalidade potencial no que diz respeito ao controle orçamentário e custeio.<sup>15</sup>

Também causa preocupação o fato de que muitos programas de SSR estão funcionando mal devido à falta de treinamento adequado, equipamento insuficiente, falta de material básico, supervisão e sistemas de monitoramento inadequados. Esperar que tais serviços assumam atividades adicionais para tratar HIV/AIDS pode constituir uma sobrecarga inviável. Embora

---

\* Estes são subgrupos populacionais cujas práticas de alto risco oferecem um condutor para que o HIV migre de um grupo central a outro, ou para a população em geral através de grupos “ponte”.



mais recursos, melhor treinamento e assistência técnica pudessem resolver essas dificuldades, alguns estão tão entrincheirados que mudanças radicais são necessárias. Além disso, a SSR ainda não é vista como questão prioritária de saúde em todos os países, nem por todos os envolvidos internacionalmente.

Por outro lado, à medida que os programas de SSR vão se engajando mais na luta contra o HIV/AIDS, poderão receber maior reconhecimento político e o compromisso de recursos financeiros e técnicos que fortalecerão os próprios serviços de SSR. De fato, o engajamento dos programas de SSR na luta contra o HIV/AIDS “chamou a atenção para assuntos negligenciados dentro da saúde pública, como os problemas de outras ITRs e ISTs, e trouxe impulso e esforços para criar um ambiente apropriado a intervenções de saúde pública nas quais se aborda o desequilíbrio entre os gêneros e a proteção de direitos humanos”.<sup>1</sup>

Laços mais estreitos entre os programas de SSR e serviços relacionados ao HIV/AIDS, como sistemas de referência de dupla-mão em vez de esforços paralelos, representam uma oportunidade valiosa, senão por outro motivo, porque alcançam públicos mais amplos com programas mais adequadamente configurados. Por exemplo, os serviços de diagnóstico e aconselhamento de HIV e ISTs para trabalhadores do sexo poderiam encaminhar mulheres aos serviços de planejamento familiar e aborto seguro, nos países em que este é permitido,<sup>30</sup> e clínicas de cuidados pré-natais poderiam encaminhar mulheres grávidas para tratamento de AIDS.

Até o presente a vantagem comparativa dos serviços de SSR vem sendo considerada principalmente em termos de sua contribuição para prevenir a transmissão sexual e perinatal do HIV, destacando-se o papel dos serviços de planejamento familiar, aborto, pré-natal e parto e ISTs. Além disso, há pelo menos outras cinco áreas às quais os serviços de SSR têm muito a ofere-

cer, especialmente no cuidado e apoio àqueles já infectados. E, na medida em que os programas de SSR evoluem e se expandem, poderão ser capazes de abordar mais áreas. A primeira é a de aconselhamento e apoio pelos pares. Por exemplo, o programa “Mothers to mothers-to-be” [Mães para futuras mães] começou na clínica pré-natal de um hospital, em conjunto com um serviço de prevenção de transmissão de HIV perinatal. Mães-mentoras, treinadas para serem conselheiras-pares, envolvem mulheres soropositivas para o HIV que chegam à clínica para cuidados pré-natais a fim de trocar experiências pessoais, encorajá-las a continuar o tratamento, e ajudar a negociar o hospital.<sup>31</sup>

Em segundo lugar, os responsáveis pelo gerenciamento dos serviços de SSR têm um papel a desempenhar garantindo que o HIV não será transmitido através de transfusão de sangue a mulheres e crianças durante emergências obstétricas e perinatais, seja pelos estoques de sangue do hospital, seja por sangue doado.<sup>32</sup>

Em terceiro, as mulheres soropositivas têm um risco aumentado de células anormais na região cervical, vaginal, anal e genital, e maior incidência de neoplasia cervical intraepitelial e doenças cervicais avançadas, em faixas etárias mais jovens do que as mulheres da população em geral: um risco que aumenta com um diagnóstico de AIDS e baixa contagem de células CD4.<sup>33-</sup>

<sup>36</sup> Em 1993, os Centros Norte-Americanos de Controle de Doenças determinaram que o carcinoma cervical invasivo é condição que define a AIDS.<sup>37</sup> O câncer cervical mata muitas mulheres nos países em desenvolvimento e os serviços de diagnóstico e tratamento estão na base. Os serviços de SSR seriam beneficiados se a necessidade de prevenir estes cânceres em mulheres soropositivas (e homens) motivasse a implementação de mais diagnósticos clínicos e tratamento para cânceres do trato reprodutivo. Em quarto lugar, a população marginalizada, como os trabalhadores do sexo<sup>30</sup> e os usuários

de drogas injetáveis, que contraem o HIV partilhando agulhas com alguém já infectado, seria beneficiada pelos serviços de SSR, por exemplo, usando preservativos para proteger seus parceiros sexuais,<sup>38</sup> com planejamento familiar e tratamento de ISTs, já que, em geral, esta população tende a usar pouco esses serviços.

Em quinto lugar, os programas de SSR deveriam tratar das necessidades de saúde sexual dos homens e fazer o seu papel na redução da transmissão de HIV e ISTs por via sexual entre homens. Gays e outros homens homossexualmente ativos têm altos índices de infecção por HIV e AIDS, e muitos são casados e mantêm relações sexuais com mulheres, além de homens. Um estudo de 469 homens homossexualmente ativos da comunidade gay de Budapeste, na Hungria, mostrou que metade deles havia tido relações sexuais anais desprotegidas com outros homens, e mantinham relações sexuais desprotegidas na metade das vezes. 26% tiveram também parceiras mulheres no último ano, e os preservativos eram usados em apenas 23% das ocorrências de sexo vaginal.<sup>39</sup>

À medida que crescem as dimensões da pandemia e as reações a ela aumentam em diversidade e multiplicidade, mais opções se oferecem aos idealizadores de políticas públicas, doadores, e profissionais de saúde. Embora sempre seja possível argumentar que a pandemia de HIV/AIDS é tão vasta que qualquer resposta passível de reduzi-la deve ser incentivada, isto pode levar ao uso ineficaz de recursos e sistemas mais bem configurados para atender outras necessidades. Com mais opções, surge a necessidade de fazer escolhas informadas a fim de que estratégias eficazes sejam escolhidas e recursos limitados sejam usados eficientemente.

### **A contribuição dos serviços de planejamento familiar**

A introdução de serviços de planejamento familiar nos sistemas de saúde nacionais ao longo

das últimas três décadas (e há mais tempo em alguns países asiáticos) tem sido relativamente bem financiada e apoiada por especialistas de alto nível. Níveis persistentemente decrescentes de natalidade e nascimentos indesejados no mundo inteiro vêm sendo atribuídos em grande parte a tais serviços, que funcionam relativamente bem e conseguem ter bastante sucesso. Além disso, como esses serviços se preocupam com o resultado dos relacionamentos sexuais, é lógico esperar que sejam a vanguarda na prevenção sexual do HIV. As contribuições do serviço de planejamento familiar à prevenção da transmissão do HIV podem ser classificadas em quatro grandes categorias:

- Influenciar o comportamento sexual através de educação sobre estratégias de redução de risco como parte do aconselhamento de planejamento familiar;
- Educar os usuários do serviço sobre ISTs, seus sintomas e transmissão, e o comportamento adequado para manter-se saudável, além de diagnosticar e fazer o manejo das ISTs;
- Incentivar o uso de preservativos com ou sem outros métodos contraceptivos para proteção contra gravidez indesejada, ISTs/HIV e infertilidade, além de discutir o fato de que contraceptivos que não são de barreira são ineficazes contra a transmissão de ISTs/HIV;
- Prevenir a transmissão vertical do HIV garantindo que mulheres e homens soropositivos tenham acesso a serviços de contracepção e esterilização.

### **Educação sobre sexo inseguro**

Por vários motivos, não tem sido fácil implementar a educação dos usuários do planejamento familiar sobre os riscos de ter vários parceiros com comportamento de risco. As enfermeiras são o principal profissional de planejamento familiar no mundo todo, e a maioria não é treinada em aconselhamento sexual. Além disso, nos

programas comunitários, o prestador de serviço pode ser um voluntário com treinamento mínimo, ou pode conhecer bem a mulher ou ser seu parente, o que inibe discussões de caráter tão pessoal.

É preciso habilidade para falar sobre comportamento sexual no contexto da consulta de planejamento familiar, mais ainda quando se trata de uma mulher solteira e seu(s) parceiro(s). No entanto, é fundamental conversar sobre o comportamento sexual atual e prévio. Embora evidências recentes em Uganda mostrem que os homens casados têm o dobro de probabilidade de trazer o HIV para o casamento se comparados às mulheres,<sup>40</sup> isto ainda significa que nessa região uma parte significativa da transmissão sexual do HIV dentro do casamento vem da mulher. Pisani<sup>24</sup> argumenta – com base em dados epidemiológicos de índices mais altos de infecção por HIV em mulheres mais jovens – que “um dos maiores fatores de risco para homens que contraem o HIV em áreas de alta prevalência é o casamento com uma mulher que foi infectada durante o sexo antes do casamento”. A extensão do sexo pré-marital desprotegido entre os adolescentes, freqüentemente com mais de um parceiro, vem aparecendo em estudos recentes,<sup>41,42</sup> embora as grandezas variem de país para país.

Revisões sistemáticas da literatura<sup>21,43</sup> revelam poucas experiências de capacitação de provedores de planejamento familiar para inclusão de questões sobre sexualidade em seu aconselhamento.<sup>44,45</sup> No entanto, tais estudos mostram que não foi difícil facilitar discussões sobre sexualidade quando os profissionais eram adequadamente treinados. Mas mostrou também que eles precisavam de treinamento intensivo em habilidades técnicas e de comunicação, com acompanhamento constante, para serem capazes de transformar sua costumeira interação didática numa situação em que tanto o provedor do serviço quanto o usuário se sentissem confortáveis para dialogar sobre sexualidade. O

teste diagnóstico de HIV e aconselhamento de casais mostrou-se eficaz nos serviços de diagnóstico e aconselhamento independentes,<sup>46,47</sup> mas existe pouca documentação sobre a viabilidade de aconselhamento de casais e aconselhamento em grupo no contexto dos serviços de planejamento familiar.

### **Promovendo a dupla proteção**

O uso de preservativo durante o sexo penetrativo é uma estratégia de prevenção de IST/HIV muito eficaz, e promover o uso de preservativos é uma das maiores contribuições que os serviços de planejamento familiar podem fazer.<sup>48</sup> Ironicamente, isto tem sido muito difícil, em boa medida por causa da forte ênfase dada historicamente pelos serviços de planejamento familiar à eficácia de métodos que não são de barreira para evitar a gravidez. Conseqüentemente, durante várias décadas o preservativo não foi bem promovido como método de evitar a gravidez, e acabou ganhando a reputação (e o estigma decorrente) de método de prevenção de infecções. Os serviços de planejamento familiar estão agora tentando encontrar urgentemente formas de mudar a percepção quanto ao preservativo, para que possa ser visto como método de “dupla proteção”.\*

Embora tenha havido um furor para promover a dupla proteção nos últimos cinco anos,<sup>49-51</sup> juntamente com várias formas de sexo mais seguro (por exemplo: abstinência, sexo não-penetrativo, parcerias mutuamente fiéis entre pessoas soronegativas, e uso negociado de preser-

---

\* Dupla proteção significa usar o preservativo sozinho, preservativo acompanhado de outro contraceptivo, ou preservativo e contracepção de emergência e/ou aborto como segurança contra a gravidez indesejada. Se o preservativo não conseguir prevenir a transmissão de ISTs, a infecção bacteriana pode ser tratada, mas não há “segurança” para ISTs virais como herpes ou papilomavírus humano, nem para o HIV.

vativos com parceiros fora do relacionamento primário), poucas experiências práticas foram documentadas ou avaliadas de modo a demonstrar como esse aconselhamento pode ser implementado de forma viável e eficaz. O uso de preservativos associado a outro método contraceptivo, de barreira ou não, é uma estratégia que apresenta vários problemas, e pouco se sabe sobre seu sucesso como estratégia de dupla proteção, embora estudos na África do Sul<sup>52</sup> e no Quênia<sup>53</sup> mostrem que 13-16% dos usuários de preservativo também utilizem outro método. O estudo sul-africano concluiu que “o uso do método de dupla proteção, longe de ser uma escolha consensual, geralmente ocorre somente quando o objetivo do homem de proteger-se contra ISTs coincide com o objetivo de sua parceira de evitar a gravidez indesejada”.<sup>52</sup>

A divulgação do preservativo pode ser mais bem sucedida se a prevenção da gravidez for a preocupação principal, ao invés de um adendo à prevenção de ISTs.<sup>51</sup> Esta hipótese é fundamentada por um estudo entre trabalhadoras do sexo de Adis Abeba, na Etiópia,<sup>54</sup> que demonstrou que aquelas que usam preservativos primariamente para efeito de contracepção eram estatisticamente mais propensas a usá-los de forma consistente e menos propensas a se tornarem soropositivas do que as outras mulheres.

O uso de preservativos associado à contracepção de emergência como segurança em situações de suspeita de falha do preservativo é uma questão que ainda precisa ser testada sistematicamente, muito embora a abordagem tenha sido tentada em vários lugares. Mesmo antes do desenvolvimento dos contraceptivos de emergência, Christopher Tietze havia demonstrado que o uso de preservativos, associado ao aborto seguro e precoce, era uma forma eficaz de proteção contra a gravidez para mulheres,<sup>55</sup> e isto é válido também do ponto de vista da dupla proteção.

Quando a mulher escolhe contraceptivos que não são de barreira, o modo como é informa-

da de que eles não a protegem contra possíveis infecções, e que o DIU é contra-indicado se houver risco de ISTs, é igualmente um aspecto importante para garantir dupla proteção em situações de alta prevalência de HIV. Esta questão ainda não foi bem pesquisada. Um estudo recém finalizado no Zâmbia<sup>56</sup> demonstrou que 48% das mulheres que usam a pílula ou injetáveis foram informadas de que este método não as protege contra ISTs. O fato de receber esta informação triplicou a chance de a mulher sair do aconselhamento com ciência do fato. Mulheres com maior nível educacional têm mais chance de entender a mensagem. Um estudo na Tanzânia verificou que uma palestra sobre educação para a saúde e o aconselhamento para escolha informada era oferecida a usuários do planejamento familiar em pequenos grupos, e incluía a mensagem de que o uso do preservativo é o único contraceptivo que protege contra doenças sexualmente transmitidas, como o HIV – e nada mais. Foi registrado que um profissional tanzaniano disse somente: “Vocês devem usar um preservativo se estiverem preocupados com esse tipo de coisa.”<sup>57</sup> Certamente, para aqueles que não sabem que estão correndo risco de contrair HIV/ISTs, ou negam estar correndo tal risco, esta informação tem pouca valia. Uma sugestão correlata, porém não testada, para reforçar as mensagens a favor do uso de preservativos é focalizar o alto valor que se dá à prevenção da infertilidade feminina como parte das mensagens que afirmam que o preservativo previne as ISTs.<sup>58</sup> A própria infecção por HIV reduz a fertilidade à medida que a doença progride,<sup>59</sup> e portanto há bons motivos para promover os preservativos com esse argumento.

### **Educação sobre ISTs**

Espera-se que a educação e o aconselhamento dos usuários de planejamento familiar sobre ISTs contribuam para que as mulheres busquem cuidados quando suspeitam de uma infecção.

Evidências colhidas em vários países africanos indica, contudo, que este aconselhamento “integrado” é não apenas relativamente raro, mas também de qualidade muito variável.<sup>20,25,26,56</sup> Os esforços nesse sentido vêm se valendo de treinamentos para a reciclagem de funcionários dos serviços primários de saúde, além de disseminação de protocolos e orientações. A avaliação desses esforços mostrou que só conseguem produzir os efeitos pretendidos sobre a prática dos profissionais quando são empregadas ações coordenadas para associar o treinamento com a disseminação das orientações revisadas.<sup>60</sup> Abordagens mais sistemáticas, como a educação em ISTs integrada ao treinamento pré-emprego, parecem ser a medida mais lógica a adotar.

No entanto, foram observadas algumas histórias de sucesso sobre educação em ISTs para usuários do planejamento familiar. Um projeto no México informava aos usuários do planejamento familiar sobre métodos contraceptivos e os encorajava a considerar seus fatores de risco pessoal em relação às ISTs.<sup>61</sup> As mulheres que escolhiam o método contraceptivo por si mesmas estavam mais propensas a escolher o preservativo do que aquelas cuja escolha era baseada no parecer do médico. A diferença era ainda mais pronunciada entre mulheres que tinham uma infecção cervical. Assim, fornecer informações suficientes para que as mulheres avaliem seu risco de contrair ISTs antes de escolher um método contraceptivo pode ser tão eficaz como oferecer algoritmos de avaliação de risco para os profissionais de saúde aplicarem.

Num estudo de pesquisa operacional na Nigéria, no qual a educação sobre ISTs e a auto-avaliação de risco eram a parte central da consulta de planejamento familiar, também foram encontrados resultados preliminares promissores, tendo crescido a proporção de visitas que resultavam em aceitação de preservativos (na maioria preservativos femininos) de 2% para 9%.<sup>62</sup> Pesquisas operacionais realizadas no

Zimbábue<sup>10</sup> e Quênia<sup>11</sup> também procuraram sistematicamente reorientar o serviço de planejamento familiar e cuidados pré-natais para incluir educação e diagnóstico de ISTs. Isto foi conseguido treinando-se a equipe, garantindo o suprimento de medicamentos e desenvolvendo uma lista de verificação padrão, para guiar os profissionais no cumprimento de todos os itens da consulta (incluindo o histórico, exame pélvico e clínico,<sup>23</sup> questões para avaliação de risco, e educação sobre ISTs e AIDS). A análise das listas de verificação preenchidas pelos profissionais sugere que elas ajudaram muito no aconselhamento dos usuários, que receberam melhores informações de planejamento familiar e também educação de boa qualidade sobre várias questões relativas às ISTs.

Uma série de pesquisas operacionais experimentais em países da América Latina também demonstrou que um algoritmo que permita ao profissional de saúde detectar variadas necessidades de saúde reprodutiva, além daquela que levou a pessoa ao serviço de saúde, pode aumentar significativamente a proporção de usuários que saem informados ou convidados a utilizar serviços adicionais.<sup>63</sup> Por exemplo, baseando-se em dados epidemiológicos sobre que doenças deveriam ser pesquisadas, a clínica ginecológica de um hospital brasileiro montou um sistema integrado de SSR que incluía diagnóstico e tratamento de cânceres do aparelho reprodutor e outros, ISTs/HIV/AIDS e doenças inflamatórias pélvicas, planejamento familiar e distúrbios menstruais para mulheres abaixo dos 45 anos, e um outro programa modificado para mulheres acima dos 45 anos.<sup>64</sup>

Integrar a promoção do preservativo e atividades de educação em saúde sexual aos serviços de planejamento familiar é, portanto, viável e eficaz no tocante à disponibilização da informação. Uma revisão exaustiva da literatura mostrou melhoras no conhecimento sobre ISTs e métodos de prevenção entre os usuários

dos serviços de saúde, e também algumas mudanças na aceitação de preservativos (embora com impacto mais duvidoso sobre o uso de preservativos). Não se espera que haja um impacto sobre o uso de preservativos, nem uma redução de risco de imediato. No entanto,<sup>65</sup> o impacto sobre a epidemia de HIV e ISTs também depende de mudanças nos contextos político, sócio-econômico e cultural, que tornam as pessoas vulneráveis e as colocam em risco.

### **Detectando e tratando ISTs**

Pelo fato de serviços independentes de ISTs serem incomuns, o foco primário dos trabalhos iniciais sobre a interface entre programas de SMI/PF e controle de HIV/AIDS foi o treinamento de enfermeiras de serviços básicos de saúde para manejo síndrômico de ISTs. Além dos testes laboratoriais serem caros, os métodos existentes, inclusive o manejo síndrômico, não conseguem identificar e tratar apropriadamente uma grande proporção de mulheres com infecções como a gonorréia e a clamídia (isto é, baixa sensibilidade), e identificam muitas mulheres como tendo uma infecção quando na realidade não têm (isto é, baixo valor preditivo). Este último resultado é particularmente preocupante porque tratar uma mulher sadia que apresenta corrimento (o sintoma mais comum) como se tivesse uma IST cria gastos desnecessários e pode provocar resistência ao medicamento.

Tentativas de aprimoramento do manejo síndrômico incluem usar algoritmos que levam em consideração dados epidemiológicos locais e o uso de ferramentas de avaliação de risco, inclusive exame vaginal e físico. No entanto, dados populacionais e epidemiológicos confiáveis são escassos na maioria dos países em desenvolvimento, e o uso de ferramentas de avaliação de risco não melhorou o desempenho de forma substancial.<sup>8-11</sup> O exame vaginal (inclusive o exame especular) de mulheres que espontaneamente relatam sintomas de IST durante

uma visita de planejamento familiar melhoram o desempenho do manejo síndrômico, mas de forma incipiente.<sup>8-11</sup> O manejo síndrômico de úlceras genitais ou dor no baixo ventre, reportadas durante visitas de planejamento familiar, continua sendo a abordagem recomendada em ambientes pobres em recursos. Algoritmos para corrimento que limitam o tratamento a infecções vaginais têm uma sensibilidade e especificidade muito maior, sendo recomendados para populações onde a prevalência de ISTs é baixa. A identificação de mulheres (com ou sem corrimento) com infecções cervicais assintomáticas exige outras estratégias de detecção.

A detecção e o manejo de ISTs com base em sintomas e sinais é difícil porque, na maioria das mulheres, essas doenças são assintomáticas. Teoricamente este problema poderia ser evitado se aplicássemos testes laboratoriais em todas as usuárias do serviço de planejamento familiar e tratássemos todas com resultado positivo. Ou se tratássemos todas elas presumindo a doença, como parte integral do serviço. A primeira estratégia seria impossível do ponto de vista logístico, e o custo seria astronômico. No Zimbábue, por exemplo, o custo adicional estimado dos exames laboratoriais é de US\$25.77, e do tratamento de US\$13.50 para cada usuário do serviço de planejamento familiar.<sup>10</sup> Mas presumir a doença e tratar todos os casos levaria a um desperdício de medicamentos e geraria o risco de resistência à droga. Testes para ISTs rápidos e baratos que dispensam laboratórios estão sendo desenvolvidos, e talvez se tornem viáveis em regiões com alta prevalência de ISTs. Pressupor e tratar ISTs na população em geral e em subgrupos específicos é uma estratégia que vem sendo testada na África através de modelos teóricos,<sup>66</sup> aplicação em comunidades como em Rakai, Uganda,<sup>67</sup> bem como em pesquisas operacionais<sup>68</sup> em comunidades mineradoras em três países do sul da África. Essa estratégia pode vir a ser valiosa em situações onde a pre-

valência de HIV e outras ISTs é alta, e onde o tratamento em massa é possível – inclusive para mulheres que freqüentam os serviços de planejamento familiar em algumas regiões da África – e é uma hipótese a ser considerada para orientar programas futuros.<sup>69</sup>

Uma estratégia “híbrida” seria diagnosticar sintromicamente todos os usuários de clínicas de planejamento familiar, com ou sem avaliação de risco, e então usar testes laboratoriais para os casos em que se suspeita de uma infecção do trato reprodutivo, conforme o modelo do estudo do Zimbábue.<sup>10</sup> Embora esta estratégia não tenha resultado num maior número de mulheres com ISTs sendo identificadas corretamente e tratadas (mais de um terço das infecções passou despercebido), ela de fato eliminou o tratamento desnecessário de mulheres não infectadas. Essa estratégia dobraria o custo adicional por usuário do serviço de planejamento familiar (de US\$5.30 para US\$10.30), mas tem a vantagem de eliminar tratamentos desnecessários, e poupar medicamentos valiosos, reduzindo a probabilidade de se criar resistência à droga. Dentre as mulheres que de fato têm uma IST, a notificação do parceiro fica mais viável. Com o manejo sindrômico apenas, e devido à incerteza quanto à infecção, a notificação do parceiro fica difícil de implementar, sendo que as mulheres que tinham uma IST antes do tratamento passam a correr o risco de re-infecção e continuam com risco elevado de HIV. Se forem considerados os custos de tratar tanto uma IST prolongada como uma potencial infecção por HIV, talvez haja uma perspectiva diferente em relação à análise dos custos.

### **Garantindo o acesso à contracepção e esterilização para que mulheres com HIV possam evitar a gravidez**

Experiências documentadas com o uso de contraceptivos (exceto preservativos) em mulheres soropositivas são escassas. Na Tailândia

a esterilização é historicamente uma parte importante do programa de planejamento familiar, e vem sendo oferecida também a mulheres grávidas com diagnóstico positivo de HIV. Para mulheres tailandesas soropositivas que desejam contracepção reversível, implantes de Norplant mostraram-se seguros, eficazes e bem tolerados no período pós-parto.<sup>70</sup> Um estudo em duas clínicas pré-natais brasileiras mostrou que 57 dentre 60 mulheres soropositivas, a grande maioria das quais tinha dois ou mais filhos, não queriam ficar grávidas novamente, sendo que 43 dentre as 57 expressaram forte desejo de serem esterilizadas no parto ou pós-parto.<sup>71</sup>

### **Somando serviços de IST a serviços de SMI/PF, e fortalecendo ambos**

Uma revisão abrangente encomendada pela OMS verificou que os esforços para integrar atividades de prevenção de ISTs nos serviços de SMI/PF aprimorou a atitude dos prestadores de serviço e melhorou as habilidades de aconselhamento e o desempenho dos serviços de planejamento familiar – apesar das preocupações iniciais de que uma abordagem integrada poderia sobrecarregar a equipe.<sup>21,65</sup> Mostrou também que a integração dos serviços aumentou a satisfação dos usuários, em parte porque esses serviços oferecem uma resposta mais abrangente às suas necessidades e uma oportunidade de discutir relações sexuais e de gênero. A revisão dá vários exemplos (embora obtidos de estatísticas de serviço, que podem não ser confiáveis) de serviços integrados produzindo não apenas maior volume de distribuição de preservativos, mas também um aumento na adoção de outros métodos contraceptivos. Um estudo no Zimbábue<sup>72</sup> sobre a organização de serviços clínicos e a forma como os técnicos usam seu tempo sugere que o mais importante não é o tempo disponível, mas a forma como é utilizado.

## **A contribuição de serviços de SMI e assistência ao parto**

Em grande parte dos países em desenvolvimento, a maioria das mulheres grávidas faz no mínimo uma consulta pré-natal durante a gravidez, e uma proporção significativa das mulheres dá à luz com a ajuda de uma parteira treinada, e faz no mínimo consulta de puerpério, além de várias visitas para vacinação. Estas consultas criam a oportunidade de oferecer informações e serviços destinados à prevenção de transmissão sexual do HIV, incluindo: teste diagnóstico para HIV e aconselhamento; educação sobre redução de risco (especialmente pertinente durante a gravidez e pós-parto quando maridos e companheiros podem estar procurando outros relacionamentos sexuais); promoção e fornecimento de preservativos durante a gravidez e planejamento familiar com dupla proteção depois; educação sobre os efeitos adversos das IST sobre a gravidez e resultados da gravidez; e detecção e manejo de ISTs, incluindo a sífilis.

Serviços de pré-natal e de assistência ao parto podem contribuir significativamente para a prevenção de transmissão vertical do HIV (PTV), que ocorre em 35% das crianças nascidas de mães soropositivas, sendo aproximadamente 5% destes contágios em gravidez levada a termo, 15% durante o parto e 15% durante a

amamentação. A prevenção da transmissão vertical pode começar antes da gravidez, ou durante os cuidados pré-natais, e continuar durante o trabalho de parto, o parto e o período pós-parto, usando o teste diagnóstico de HIV e aconselhamento como ponto de partida, e oferecendo opções de tratamento anti-retroviral para os recém-nascidos e as mães. Além de promover PTV, a ligação de serviços de maternidade com serviços que oferecem terapia anti-retroviral (TARV) para mães infectadas pode aumentar em muito a contribuição dos serviços de SSR para o tratamento do HIV/AIDS.\* No estudo sobre transmissão vertical realizado nos Estados Unidos,<sup>74</sup> por exemplo, o índice de transmissão do HIV de mãe para filho foi de apenas 1,2% para 250 mulheres sob TARV durante a gravidez. Contudo, há dimensões políticas e legais envolvidas na questão de que setores dentro dos serviços governamentais irão organizar e custear esses serviços (se deve ser o setor de SMI ou o de prevenção e controle do HIV/AIDS) e se as mulheres pobres terão acesso em serviços privados de pré-natal e parto.

## **Aconselhamento e testagem anti-HIV e de outras doenças em mulheres grávidas**

Nas localidades onde a prevalência do HIV entre mulheres grávidas é muito alta – 25% ou mais em algumas regiões da África Subsaariana —, os serviços de pré-natal oferecem a oportunidade perfeita para que as mulheres conheçam sua condição de portadoras do HIV e obtenham informações sobre como proteger sua saúde e prevenir a infecção por HIV (ou re-infecção caso já sejam soropositivas). O teste diagnóstico de HIV está atualmente disponível em muitos países nos serviços de pré-natal, e desde que o tratamento de prevenção da transmissão vertical tornou-se viável e financeiramente acessível, parece haver uma demanda crescente, especialmente na África Subsaariana.<sup>75</sup> Em geral, é disponibilizado de

---

\* TARV é hoje o padrão-ouro, a terapia para adultos que combina três medicamentos num estágio em que a infecção requer tratamento. Minkoff aconselha<sup>73</sup> que ao cuidar de mulheres grávidas infectadas por HIV e prescrever TARV, os obstetras devem sempre ter em mente sua dupla responsabilidade de oferecer cuidados ótimos à mãe a fim de reduzir a probabilidade de transmissão vertical do HIV. “O objetivo central de toda terapia é reduzir a carga viral do paciente a um nível indetectável. Ao atingir esse resultado, a chance de transmissão à criança é minimizado, a necessidade de um parto cesáreo é reduzida, e o prognóstico do paciente é melhor.”



três formas, muitas vezes dependendo das taxas de prevalência na população:

- Com base em uma lista de questões à mulher que parece estar em risco é oferecido aconselhamento sobre HIV e teste diagnóstico, que ela pode aceitar ou não.
- Todas as mulheres que procuram cuidados pré-natais recebem informação sobre HIV e o oferecimento de aconselhamento e teste diagnóstico, que podem aceitar ou não.
- Depois do esclarecimento sobre HIV, é realizado o teste diagnóstico para HIV como mais um entre vários exames de sangue rotineiros no pré-natal, dos quais a mulher pode pedir para ser excluída.

De Cock, et al. argumentam<sup>76</sup> a favor da terceira opção acima, mas sugerem que ela só é aceitável do ponto de vista ético se o tratamento estiver disponível para as mulheres que apresentarem resultado positivo para o HIV, seja para infecções oportunistas, PTV ou TARV. Aqueles que se opõem à aplicação de rotina do teste de HIV argumentam que a possibilidade de recusa do procedimento pode ser pouco enfatizada ou omitida, privando as mulheres de uma verdadeira opção.

Será preciso verificar quais são as implicações financeiras e logísticas de se implantar aconselhamento e teste de HIV como rotina nos serviços de pré-natal em ambientes de alta prevalência. Novos e rápidos testes de HIV podem fazer grande diferença,<sup>77</sup> pois seu uso reduzirá substancialmente o número de mulheres que concordam em fazer o teste, mas não voltam para pegar os resultados.

Aconselhamento e teste durante a gravidez devem ser organizados segundo os padrões locais de atendimento pré-natal, e oferecidos o quanto antes. A maioria das mulheres que ficam sabendo que são soropositivas nesta fase, expressam o desejo de levar a gravidez até o fim e, sempre que

possível, conseguir o tratamento de PTV, bem como tratamento para si mesmas quando apropriado; mas algumas mulheres poderão decidir pelo aborto induzido. O aborto para proteger a saúde e a vida da mulher é legal na maioria dos países, e a infecção por HIV é considerada, em muitos países, motivo suficiente para o aborto legal dentro de tais sistemas jurídicos.<sup>78,79</sup>

A qualidade do aconselhamento que se segue ao teste de HIV, na fase pré-natal ou em outra, é extremamente variável. As expectativas de que esse procedimento iria empoderar as mulheres para discutir seu status sorológico com seus parceiros ou influenciar as intenções reprodutivas da mulher ou de seu parceiro, ou o tipo de proteção a ser usada eram provavelmente pouco realistas. Até agora, as únicas estratégias que conseguiram reduzir a epidemia foram as múltiplas, e estas não podem estar centradas somente no comportamento individual. Uma pesquisa recente realizada no Quênia e na Zâmbia sobre aconselhamento e testes em clínicas de pré-natal sugere que um bom aconselhamento, que inclui desenvolvimento de habilidades de comunicação para este propósito, pode aumentar o diálogo com o parceiro sobre o vírus e testes de HIV. De fato, estudos continuados têm verificado que no Quênia está havendo um grande aumento de testes de HIV por parte de parceiros homens (Comunicação pessoal com Naomi Rutenberg, em 10 de julho de 2003).

Tradicionalmente os serviços de pré-natal não têm enfatizado o aconselhamento para redução de risco, nem oferecido preservativos para mulheres grávidas. Com a atual ênfase na reorganização de serviços de pré-natal, segundo recomendado pela OMS,<sup>80</sup> espera-se que em muitos países estas atividades recebam mais atenção.

Embora o aconselhamento, durante a gravidez, sobre planejamento familiar pós-parto venha se mostrando uma estratégia eficaz para aumentar a proporção de mulheres que usam contracep-

ção nos seis meses após o parto, este deveria agora incluir um foco na dupla proteção, além da contracepção.

Mulheres grávidas soropositivas correm maior risco de anemia relacionada à nutrição deficiente, e à malária, e grande risco em relação à tuberculose. Assim, outros aspectos da rotina dos cuidados pré-natais em zonas de alta prevalência de HIV precisam incluir testes e tratamento para estas doenças em mulheres grávidas.<sup>81,82</sup>

### **Detectando e tratando ISTs na gravidez**

A sífilis pode ter efeitos adversos sobre o feto e a mulher grávida, a sífilis, a gonorréia e a clamídia podem ter efeitos adversos também sobre o recém-nascido. Junto com a trichomoníase, estas doenças podem aumentar a probabilidade de contrair HIV. A detecção da sífilis em todas as mulheres grávidas já provou ser uma estratégia com boa relação custo-benefício, mas a falta de recursos leva os serviços de pré-natal da maioria dos países em desenvolvimento a depender de encaminhamento das mulheres a outras clínicas, ou do envio de sangue para ser examinado em outros locais. Uma revisão feita entre 1996 e 1997 em 22 países da África Subsaariana estimou que apenas 38% das mulheres que freqüentavam os serviços de pré-natal estava sendo testada para sífilis, e que mais de um milhão de mulheres grávidas com sífilis nos serviços de pré-natal passavam despercebidas todos os anos, o que resultava em 600.000 efeitos adversos em fetos e bebês, que poderiam ter sido evitados.<sup>83</sup>

Esforços têm sido feitos para introduzir testes e tratamento no mesmo serviço (incluindo a notificação do parceiro). Estudos realizados em Nairobi, no Quênia, mostram que isto é viável e eficaz para a melhoria da quantidade de mulheres testadas e tratadas, e aumenta apenas um pouco o custo da consulta pré-natal.<sup>84,85</sup> Um estudo recente realizado na zona rural da África do Sul, onde já existia

um programa com testes realizados em outro local, mostrou que embora o tratamento fosse terminado mais rapidamente quando os testes eram realizados no local, isto não se traduzia em maior quantidade de casos tratados quando comparados aos índices já existentes, obtidos com testes realizados em outros locais, e também não havia reduzido o número de mortes fetais.<sup>86</sup> Contudo, este serviço já vinha funcionando melhor do que outros serviços similares na África, portanto, a falta de resultados mais positivos não pode ser generalizada. Quando um teste rápido para detecção de sífilis estiver disponível sem necessidade de equipamento laboratorial, será preciso comparar a razão custo-benefício de cada uma destas estratégias e descobrir como melhor introduzi-las.

### **Prevenindo a transmissão vertical do HIV**

A administração de terapia anti-retroviral a mulheres grávidas soropositivas diminui os índices de transmissão vertical durante a gravidez e o parto. Para mulheres que não estão tomando TARV, um regime iniciado na 36ª semana de gravidez (tratamento de curta duração com AZT), ou um que envolva medicação apenas perto da data do parto (dose única de nevirapina) são ambos altamente eficazes.<sup>87</sup> Pesquisas operacionais estão sendo desenvolvidas para determinar como este serviço seria melhor oferecido e quais seriam suas configurações alternativas, que ofereceriam tratamento medicamentoso e formas de ajudar as mulheres a aderir ao tratamento, aumentar o envolvimento e apoio por parte de maridos/parceiros, reduzir o estigma associado ao tratamento de HIV em ambientes de cuidados pré-natais e maternidades, e aumentar o alcance desses serviços para atingir mulheres que dão à luz em casa e não em hospitais, treinando profissionais de saúde da comunidade e estabelecendo fluxos de encaminhamento. Por exemplo, o Projeto de Demonstração PTV Nidola na

Zâmbia está sendo implementado em seis clínicas que servem sete vilas suburbanas, por três grupos: o Zambia Voluntary Counselling and Testing Services oferece materiais e supervisão de qualidade para testes diagnósticos de HIV; o Grupo de Trabalho de Transmissão Vertical fornece drogas anti-retrovirais, e o District Health Management Team fornece serviços com reagentes para teste rotineiro de hemoglobina e suplementos com ferro.<sup>88</sup>

Garantir gravidez e parto seguros é a mais alta prioridade dos serviços de SSR e a urgência é reforçada pela possibilidade de transmissão de HIV aos bebês durante o parto da mãe soropositiva para o HIV. Para promover o parto seguro, recomenda-se a presença de uma atendente treinada durante o parto, que previna contaminação e lacerações, evite procedimentos invasivos e episiotomias desnecessárias. No caso de mulheres soropositivas, o tempo de ruptura da membrana precisa ser reduzido, e devem ser evitados procedimentos que possam romper a pele do bebê, como virar o feto transverso. Embora a cesárea eletiva realizada antes de iniciar o trabalho de parto seja uma forma de reduzir a probabilidade de transmissão do HIV, seu uso em ambientes com poucos recursos deve ser evitado na ausência de indicação médica, devido ao alto risco de complicações para mulheres soropositivas com imunidade comprometida.<sup>89-92</sup>

A transmissão via amamentação nos países desenvolvidos foi bastante reduzida porque as mulheres soropositivas recebem recomendações enfáticas nesse sentido e, em geral, decidem não amamentar.<sup>93</sup> Nos países em desenvolvimento, onde alternativas ao aleitamento materno são muitas vezes inaceitáveis ou perigosas, os índices de transmissão de HIV são de 15% a 20% para a amamentação de seis ou doze meses de duração. Há necessidade urgente de determinar se um tratamento anti-retroviral seguro pode ser desenvolvido para bebês a fim de estender

a proteção durante o período de amamentação e depois, conforme recomendado. Estão sendo desenvolvidas pesquisas para determinar se a continuação da TARV usada pela mãe durante o parto e amamentação pode proteger o bebê durante o período de aleitamento materno.

Enquanto isso, para ajudar a reduzir a transmissão do HIV pelo leite materno, os programas de atenção pré-natal e puerpério deveriam oferecer orientação e apoio às mulheres em relação a alternativas seguras de alimentação para o recém-nascido, baseadas em avaliações locais ou pesquisas formativas. As recomendações e orientações são regularmente revisadas à medida que mais evidências vão aparecendo. As pessoas responsáveis por oferecer essa orientação devem disponibilizar informações atualizadas, auxiliar as mulheres a fazer escolhas informadas e monitorar seu progresso.<sup>94</sup> A experiência do Quênia e da Zâmbia mostra que, após treinamento usando uma adaptação do currículo da OMS\*, os profissionais de saúde mostram-se mais confiantes e propensos a oferecer um aconselhamento apropriado sobre nutrição infantil às mulheres. Nos lugares em que treinamento para aconselhamento de mães soropositivas para HIV não foi realizado, a amamentação pode estar sendo promovida, mesmo em zonas de alta prevalência de HIV. Além disso, conselheiros de nutrição infantil acreditam que as mulheres não têm outra opção senão amamentar e talvez não expliquem corretamente as outras opções de alimentação infantil. Estes podem precisar treinamento em aconselhamento não-diretivo e também informações precisas. Pode ser que eles mesmos sejam soropositivos para o HIV.<sup>95</sup>

Os serviços de pré-natal e maternidades que oferecem testes anti-HIV estão identificando uma legião de mulheres soropositivas que, junto com suas famílias, irão precisar de tratamen-

---

\* <http://www.popcouncil.org/horizons/pmcttc.html>

to, cuidados e apoio para o resto de suas vidas. Portanto, alguns programas desenvolveram sistemas de referência para serviços de HIV/AIDS já existentes, mantidos por ONGs nacionais e internacionais, e que oferecem cuidados de longo prazo. Por exemplo, o Ndola Demonstration Project da Zâmbia<sup>88</sup> encaminha as mulheres ao programa ProTEST da OMS para prevenção de tuberculose e outras infecções oportunistas, ao World Food Programme para suplementação nutricional e para grupos comunitários para apoio psicossocial, econômico e familiar. A fim de desenvolver estratégias para organizar sistemas de referência duradouros, a iniciativa MTCT-Plus foi estabelecida em 2001, coordenada pela Columbia University dos Estados Unidos. Através de doze locais-piloto em sete países africanos e na Tailândia, a iniciativa irá oferecer:

- um pacote de serviços para mulheres infectadas e, eventualmente, para membros de suas famílias, incluindo educação, aconselhamento, apoio psicossocial, PTV, profilaxia e tratamento de infecções oportunistas e TARV;
- apoio para educação e trabalho comunitário vinculados a organizações e recursos locais;
- compra e entrega de terapia anti-retroviral e outros medicamentos para doenças relacionadas ao HIV, treinamento, assistência técnica, apoio laboratorial, monitoramento de instalações e outros serviços de apoio.<sup>96</sup>

### **Onde devem se situar os serviços de ISTs?**

Diagnóstico e tratamento de ISTs são parte integrante tanto dos cuidados de SSR quanto do controle de HIV/AIDS. Os serviços para detecção e manejo de ISTs e infecções endógenas do trato reprodutivo não foram organizados de forma consistente dentro dos programas de SSR nem de HIV/AIDS, e também não foram bem equipados como serviços de SMI/PF.

Contudo, ao longo da última década, têm tido maior visibilidade através do Programa de Ação da CIPD e pelo fato de serem fator coadjuvante na transmissão do HIV. Em virtude da tendência de programação vertical, esta dualidade criou um dilema para os países: deveriam os serviços de ISTs ser gerenciados por programas afiliados e custeados por recursos destinados ao HIV/AIDS ou à SSR? Ou seria preferível alguma combinação destes dois?

Para responder a esta questão, é importante considerar as múltiplas conseqüências de ISTs não tratadas em ambos os sexos. Estas incluem piores prognósticos para a gravidez (risco aumentado de aborto e morte do nascituro), infertilidade e doença inflamatória pélvica em mulheres, e risco aumentado de infecção por HIV tanto para as mulheres como para seus parceiros. Além disso, enquanto os programas de SSR (ou SMI/PF) oferecerem serviços principalmente para mulheres casadas, os homens, mulheres solteiras e outras pessoas em risco de contrair ISTs não serão cobertos. Por outro lado, serviços de controle de ISTs para mulheres em geral são fornecidos através dos programas de HIV/AIDS, que só atingem aqueles que correm grande risco de transmissão sexual de HIV (e ISTs). Desse ponto de vista, fica claro que estratégias para reduzir o impacto das ISTs precisam envolver, de alguma maneira, tanto os programas de controle de HIV/AIDS como os programas de SSR.<sup>97</sup>

Embora tenha declinado o interesse em controlar as ISTs, vem decorrendo a mudança de prioridades que migraram da prevenção da infecção por HIV para o tratamento e cuidados dos já infectados, e também em virtude da incerteza que perdura quanto à forma de interpretar os resultados dos estudos de Mwanza, Rakai e Masaka,<sup>6,98-102</sup> todas essas tentativas de reduzir a epidemia global de ISTs poderão servir como indicadores de como seguir adiante de forma benéfica e que tenha impacto sobre a

epidemia de HIV. Novas evidências vão surgindo de estudos de menor escala quanto à eficácia de serviços comunitários de ISTs em ambientes em que a epidemia de HIV está começando como, por exemplo, em duas áreas de Nairobi, no Quênia, e que resultaram em impressionante melhoria na prática de sexo seguro, reduzindo a incidência de queixas de ISTs.<sup>103</sup> Assim, dentro dos programas primários de saúde, os serviços de ISTs configurados como programas de intervenção comunitária poderiam ser introduzidas em muitos países africanos de forma viável, como também em outros países. Como afirmam Stephenson e Cowan: “Não há dúvidas sobre a importância de melhorar os serviços de ISTs em áreas de alta prevalência”;<sup>104</sup> o que se discute é como fazê-lo.<sup>105</sup>

Além disso, ao tentar integrar a detecção, tratamento e prevenção de ISTs aos serviços de SMI/PF já existentes, os serviços de ISTs precisam ser mais bem planejados e implementados do que no passado, quando muito pouco estava de fato “integrado”. As intervenções do passado focalizavam principalmente o treinamento da equipe, aconselhamento e diagnóstico de HIV, e prevenção na forma de promoção do preservativo. Porém, também é preciso atentar para outros componentes críticos do sistema, como serviços de referência acessíveis e que funcionem bem, fornecimento regular de drogas e outros materiais, e forte supervisão e educação comunitárias para atingir a população como um todo. Em suma, os componentes que dão suporte ao controle de ISTs, à prevenção, à interação mais estreita com a comunidade e os prestadores de serviço devem ser intensificados. O potencial para alcançar ambos, homens e mulheres, com medidas educativas e serviços é vital para o sucesso da assistência à IST na atenção primária à saúde. Para tanto, os locais que prestam serviços básicos de saúde precisam ser fortalecidos.

Historicamente, os programas de SSR chegam

principalmente a mulheres casadas adultas, e, freqüentemente, deixam de alcançar outras populações vulneráveis. Programas orientados para HIV/AIDS, por outro lado, tendem a adotar abordagens especializadas a fim de chegar exatamente aos principais grupos de transmissores. Contudo, estes podem ser expressivos em número, como é o caso de muitos países da África Subsaariana. Se os programas de SSR e de HIV/AIDS fizerem maiores esforços para desenvolver seus serviços em conjunto, poderiam garantir, juntos, um alcance maior dos principais grupos sob maior risco para ISTs e HIV.

Por fim, o que dizer do setor privado de ISTs, seja formal ou informal, que não tem treinamento, capacidade diagnóstica nem suprimento correto de medicamentos?<sup>69</sup> O desenvolvimento de medidas regulatórias sobre quem pode ou não prestar serviços, a exigência de que esses prestadores tenham treinamento adequado, e pesquisas sobre a viabilidade de ligar serviços de ISTs do setor privado e público são questões a serem consideradas.

### **Expandindo a cobertura dentro e fora do ambiente clínico**

Do ponto de vista da prevenção do HIV é estrategicamente importante chegar tanto às pessoas sob maior risco de HIV quanto àquelas que servem de “ponte” entre estas e a população em geral, pois são estas as que predominantemente mantêm a epidemia. Na maior parte do mundo, os homens tradicionalmente não vão aos serviços públicos de saúde (com ou sem suas parceiras) para obter planejamento familiar, preservativos ou tratamento para ISTs, nem para acompanhar suas parceiras nas consultas de pré-natal ou nas de seus filhos. Hoje estão sendo aventadas oportunidades de chegar aos homens através dos serviços de SSR, mas poucas idéias chegaram a ser testadas ou avaliadas. As duas abordagens preferidas têm sido: 1) oferecer preservativos livremente e facilitar

o acesso aos preservativos nos serviços para as mulheres e nas ocasiões em que o homem comparece e 2) incentivar os homens a acompanhar suas parceiras durante o pré-natal ou planejamento familiar, ocasiões em que podem ser expostos a mensagens educativas sobre transmissão de ISTs e HIV, receber preservativos e ser convidados a fazer o teste para HIV e ISTs, e receber tratamento. Pesquisas operacionais que procuram envolver os homens nas consultas de planejamento familiar e de cuidados pré-natais estão prestes a ser completados na África do Sul, Índia, Zimbábue e Nigéria.

Estas intervenções só atingirão os homens como parceiros de mulheres que freqüentam serviços de SMI/PF, mas não chegarão aos homens solteiros e aos que têm relacionamentos menos estáveis, nem aos homens homossexualmente ativos ou parceiros de mulheres que não usam planejamento familiar nem estão grávidas. Os programas de atenção primária de saúde deveriam considerar a hipótese de desenvolver o conceito de “serviço de saúde sexual”, que permita uma expansão da cobertura dos serviços de SSR a subgrupos populacionais que não buscam (primariamente) serviços de saúde reprodutiva.

Pelo fato de a homossexualidade ainda ser alvo de grande reprovação social, atender às necessidades de homens homossexualmente ativos tem exigido esforços, inclusive em países onde a homossexualidade é ilegal. Isto é importante não apenas nas Américas, onde a prevalência registrada de HIV entre homens sexualmente ativos é alta,<sup>106</sup> mas também em outras regiões onde talvez seja menos visível devido ao estigma.<sup>107</sup>

Pouco se sabe sobre a freqüência na qual os trabalhadores do sexo (homens e mulheres) usam os serviços de SSR, ou onde obtêm contraceptivos e preservativos. Um estudo em Abidjan, Costa do Marfim, descobriu que apenas 28% dos trabalhadores do sexo pesquisados tinha conseguido tratamento de IST numa clínica ou

hospital público.<sup>108</sup> No Camboja, um estudo em clínicas de ISTs criadas para trabalhadoras do sexo em Phnom Penh e Sihanoukville mostrou que poucas trabalhadoras que moram em prostíbulos haviam alguma vez sido atendidas em ambulatórios públicos ou ONG a fim de receber serviços de planejamento familiar. A grande maioria utilizava apenas preservativos para dupla proteção: menos de 2% estavam usando outro método contraceptivo, e o aborto induzido foi relatado como sendo comum. Muitas das trabalhadoras do sexo queriam saber mais sobre métodos contraceptivos disponíveis, mas algumas informantes-chave mostraram preocupação no sentido de garantir que, se outros métodos contraceptivos fossem disponibilizados, o uso do preservativo não diminuiria.<sup>30</sup>

Adolescentes sexualmente ativos e jovens, especialmente na África Subsaariana, mas também subgrupos na América Latina e Ásia, bem como crianças de rua em todas as regiões correm riscos elevados em ambientes de alta prevalência de HIV.<sup>109</sup> No entanto, têm medo de ir a serviços públicos de SSR, e podem ser ativamente dissuadidos de fazê-lo por política do serviço ou pela atitude da equipe. Estratégias para tornar o ambiente mais convidativo ou promover serviços especiais para esse grupo, pretendem aumentar a quantidade de jovens que obtêm informação e serviços. Alguns poucos estudos vêm explorando a viabilidade e aceitação destas estratégias.<sup>110,111</sup> Vários estudos em países em desenvolvimento também começaram a avaliar estratégias para a escola<sup>112</sup> e de marketing social<sup>113</sup> a fim de atingir os adolescentes.

As evidências disponíveis indicam ser necessárias estratégias múltiplas para atingir os jovens.<sup>109</sup> Serviços de SSR sediados em clínicas podem tentar chegar a este grupo etário para prevenção de ISTs/HIV bem como para promover contracepção e uso de preservativos. Em geral, este grupo etário pratica sexo irregularmente e pode mudar de padrão num espaço

relativamente curto de tempo. Se mulheres jovens e solteiras ficam grávidas, podem levar sua gravidez a termo, mesmo quando indesejada, e precisarão de cuidados pré-natais e no parto. Outras procurarão o aborto, cujos estudos revelaram estimativas que vão de 9% na África do Sul<sup>114</sup> passando por 50% na Argentina<sup>115</sup> e a maioria na Europa.<sup>116</sup> Prestadores de serviços de planejamento familiar, incluindo os do setor privado, podem ajudar mulheres jovens a lidar com a gravidez indesejada com mais segurança, inclusive através de encaminhamento para aborto seguro nos países onde não é ilegal. Além disso, cada vez mais estão sendo tentadas iniciativas de educação pelos pares para distribuir preservativos e oferecer informação para redução do risco de HIV, especialmente através do marketing social e outros programas comunitários ou escolares, além de programas de conscientização nos meios de comunicação de massa. Se essas atividades devem ser organizadas através ou em colaboração com programas de SSR (especialmente aqueles do setor público), trata-se de assunto que merece mais atenção, considerando tanto os jovens que estão na escola quanto os que não estão.

Alguns serviços de SSR que poderiam contribuir para a luta contra o HIV/AIDS são também oferecidos através de componentes de serviços comunitários ou avançados do setor público. Por exemplo, as pesquisas mostram claramente que programas comunitários de planejamento familiar conseguem promover e distribuir preservativos para homens (e mulheres) de modo eficaz,<sup>117</sup> especialmente quando são usados agentes do sexo masculino. Se esta abordagem aumenta ou não a prevalência de uso do preservativo, ou substitui outras formas de adquirir o mesmo, não há avaliação. A capacidade de chegar aos adolescentes através de programas de planejamento familiar com distribuição comunitária pode ser pequena em virtude do fato de que os agentes de distribuição comunitária

não gostam ou não aceitam adolescentes sexualmente ativos, especialmente aqueles que não têm filhos.<sup>118</sup> Estas atitudes foram encontradas inclusive em programas de distribuição comunitária de preservativos explicitamente orientados para a juventude.<sup>119</sup>

Os programas de distribuição comunitária foram estabelecidos em primeira instância para oferecer planejamento familiar. Devido a suas vantagens em termos de alcance e abordagem de educação por pares, vários esforços têm sido feitos para treinar agentes de distribuição comunitária a incluir educação para ISTs e HIV/AIDS e, em menor medida, aconselhamento sobre estratégias de diminuição do risco sexual. Dois estudos realizados em Gana mostraram resultados contrastantes. Um mostrou que os agentes de distribuição comunitária davam informações sobre prevenção de ISTs em 90% das visitas após o treinamento,<sup>119</sup> enquanto o outro estudo<sup>120</sup> indicou que as ISTs foram discutidas em menos de metade das interações.

### **Políticas e programas: perspectivas futuras**

Como esta e outras revisões mostraram,<sup>43,89</sup> a contribuição que os serviços de SSR podem dar à prevenção do HIV (e cada vez mais ao tratamento do HIV) pode ser significativa. Para serviços como planejamento familiar e fornecimento de preservativos, é uma questão de continuar a oferecer os serviços atuais com alguma re-orientação voltada à dupla proteção e prevenção de HIV, procurando ampliar o alcance para atingir aqueles que correm maior risco de ISTs e HIV. Para outros, como os serviços de pré-natal e de ISTs para adolescentes e grupos sob maior risco do HIV, alguma forma de “integração” será necessária a fim de ligar serviços que antes não eram oferecidos conjuntamente, seja através de ações em comum ou de encaminhamento. Outras atividades, como a detecção e tratamento de câncer cervical, precisam ser

implementadas em muitos ambientes. Questões de estigma também atuam, restringindo a complicando o acesso aos serviços. Embora algumas experiências de integração de serviços tenham sido pouco abrangentes e, por vezes, frustrantes, melhorias em abordagens parcialmente bem-sucedidas devem ser buscadas e novas idéias devem ser testadas a fim de compreender melhor como podem ser aprimoradas e maximizadas. Assim, ganhos potenciais podem ser conseguidos mesmo com estratégias imperfeitas.

Um importante limite da contribuição que os programas de SSR podem fazer à prevenção e tratamento do HIV/AIDS nos países em desenvolvimento é o persistente legado no sentido de que esses serviços são dirigidos em primeira instância a mulheres casadas e férteis. Assim, a maioria dos usuários dos serviços de SSR está mais em risco de contrair o HIV do que de transmiti-lo. Talvez, neste aspecto, seja preciso haver mudanças antes que outras mudanças aqui descritas tenham sucesso. Contudo, pelo simples fato de melhorar os padrões básicos de serviço e incorporar outras atividades, os postos de SSR podem contribuir para reduzir as doenças e complicações na população em geral que ocorre a estes postos. Para fortalecer os serviços de SSR a fim de que contribuam na luta contra o HIV/AIDS, será necessário também melhorar a infra-estrutura, equipamentos e suprimentos, treinar melhor os profissionais e a supervisão, garantindo ainda o estoque de medicamentos. Estas transições organizacionais estão sendo adotadas nos países em desenvolvimento cujo contexto é às vezes caracterizado por sistemas de saúde frágeis que podem estar sofrendo reformas radicais. Iniciativas de melhoria de políticas e programas, protocolos de serviço e habilidades profissionais, iniciadas desde a CIPD continuam a exigir reforço e promoção, especialmente o conceito de um programa de SSR

como pacote coerente e abrangente de serviços. A evidência empírica sobre o que funciona e o que não funciona vem crescendo lenta, mas continuamente. Há sinais evidentes de progresso,<sup>121</sup> que precisa ser sustentado.

A presente revisão sugere que nos concentremos em abordagens que parecem eficazes, viáveis e aceitáveis, em descobrir o que pode ser feito para aprimorá-las e, o mais importante, que efeito elas têm sobre a incidência e prevalência de HIV/AIDS. Neste processo, será preciso prestar atenção não apenas às intervenções em si, mas também às pessoas e sistemas de saúde que as apoiam, e ao contexto epidemiológico e sócio-econômico nos quais se espera que operem.

### **Agradecimentos**

Esta revisão foi encomendada pelo Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa da OMS em Genebra, em junho de 2003, como fundamento para o trabalho de discussão sobre as ligações entre saúde sexual e reprodutiva e os serviços de prevenção e tratamento de HIV, a fim de estabelecer novas direções para o desenvolvimento de políticas e programas. Ela foi aqui impressa com permissão do respectivo departamento. A participação de Ian Askeu foi possível graças ao apoio do “Memorandum of Understanding” entre o Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa da OMS, o Population Council’s Frontiers in Reproductive Health Program, custeado pelo USAID sob acordo de cooperação HRN-A-00-98-00012-00. Os autores gostariam de oferecer seu reconhecimento pelas importantes contribuições feitas durante a preparação desta revisão por Nathalie Broutet, Francis Ndowa, Tim Farley, Isabelle de Zoysa, Richard Steen, Jane Cottingham, Naomi Rutenburg, Sam Kalibala e Saiqa Millick. As visões expressas no trabalho são as dos autores e não representam necessariamente as da OMS ou do Population Council.



## Referências

1. De Zoysa, I. Reproductive Health Programmes in the Era of AIDS: A Discussion Paper, Geneva: Department of Reproductive Health and Research: WHO, 1997.
2. United Nations General Assembly Special Session (ICPD + 5). Key Actions for the Further Implementation of the Programme of Action of the ICPD-CPD+5. At: <http://www.unfpa.org/icpd5/icpd5.html>.
3. Lush, L., Walt, G., Ogden, J. Transferring policies for treating sexually transmitted infections: What's wrong with global guidelines? *Health Policy and Planning* 2003; 18(1):18-30.
4. Laga, M. Human immunodeficiency virus infection prevention: the need for complementary sexually transmitted disease control. In: Germain, A., Holmes, K. K., Piot, P., et al., editores. *Reproductive Tract Infections: Global Impact and Priorities for Women's Reproductive Health*. New York: Plenum Press, 1992; p. 131-44.
5. Fleming, D. R., Wasserheit, J. N. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. *Sexually Transmitted Infections* 1999; 75(1): 3-17.
6. Grosskurth, H., Mosha, F., Todd, J., et al. Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania: randomized controlled trial. *Lancet* 1995; 346: 530-36.
7. Rothenberg, R.B., Wasserheit, J. N., St Louis, M.E., et al. The effect of treating sexually transmitted diseases on the transmission of HIV in dually infected persons: a clinic-based estimate, *Ad Hoc STD/HIV Transmission Group. Sexually Transmitted Diseases* 2000; 27 (7): 411-16.
8. Dallabetta, G., Gerbase, A., Holmes, K.K. Problems, solutions and challenges in syndromic management of sexually transmitted diseases. *Sexually Transmitted Infections* 1998;74 (Suppl.1):S1-S11.
9. Sloan, N.L., Winikoff, B., Haberland, N., et al. Screening and syndromic approaches to identify gonorrhea and chlamydial infection among women. *Studies in Family Planning* 2000; 31(1): 55-68.
10. Maggwa, B. N., Askew, I. D., Marangwanda, C., et al. Demand for and Cost-Effectiveness of Integrating RTI/HIV Services with Clinic-Based Family Planning Services in Zimbabwe. Nairobi: Population Council, 1999.
11. Solo, J., Maggwa, B. N., Waberu, J. K., et al. Improving the Management of STIs among MCH/FP Clients at the Nakuru Municipal Council Health Clinics. Nairobi: Population Council, 1999.
12. Kapiga, S. H., Vuylsteke, B., Lyamuya, E., et al. Evaluation of sexually transmitted diseases diagnostic algorithms among family planning clients in Dar es Salaam, Tanzania. *Sexually Transmitted Infections* 1998; 74 (Suppl.1): S132-S 138.
13. WHO. Guidelines for the Management of Sexually Transmitted Infections. Geneva: WHO, 2001.
14. Dallabetta, G.A., Laga, M., Lamptey, P. *Control of Sexually Transmitted Diseases: A Handbook for the Design and Management of Programs*. Arlington: AIDSCAP/Family Health International, 1996.
15. Oliff, M., Mayaud, P., Brugha, R., et al. Integrating reproductive health services in a reforming health sector: the case of Tanzania. *Reproductive Health Matters* 2003; 11(21): 37-48.
16. Wasserheit, J. Reproductive tract infections. In: *Special Challenges in Third World Women's Health*. New York: International Women's Health Coalition, March 1990.
17. Moodley, P., Connolly, C., Sturm, A. W. Interrelationships among human immunodeficiency virus type 1 infection, bacterial vaginosis, trichomoniasis and presence of yeasts. *Journal of Infectious Diseases* 2002;185: 69-73.
18. Pachauri, S. Relationship between AIDS and family planning programmes: a rationale for developing integrated reproductive health services. *Health Transition Review* 1994; 4: 321-47.
19. Mayhew, S. Integrating MCH/FP and STD/HIV services: current debates and future directions. *Health Policy and Planning* 1996; 11(4): 339-53.
20. Askew, I., Maggwa, B. N. Integration of STI prevention and management with family planning and antenatal care in sub-Saharan Africa - what more do we need to know? *International Family Planning Perspectives* 2002; 28(2): 77-86.
21. Dehne, K., Snow, R. Integrating STI Management Services into Family Planning Services: What Are the Benefits? Geneva: World Health Organization. 1999.
22. Lush, L., Cleland, J., Walt, G., et al. Integrating reproductive health: myth and ideology. *Bulletin of World Health Organization* 1999; 77(9): 771-77.
23. Haberland, N., Maggwa, B. N., Elias, C., et al. Pitfalls and possibilities: managing RTIs in family planning and general reproductive health services. In: Haberland, N., Measham, D., editores. *Responding to*

- Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning. New York: Population Council. 2002.
24. Pisani, E., AIDS into the 21st century. *Reproductive Health Matters* 2000; 9 (15): 63-76.
  25. Askeu, I. D., Fassihian, G., Maggwa, B. N. Integrating STI and HIV/AIDS services at MCH/family planning clinics. In: Miller, K., Miller, R., Askeu, I., et al. editores. *Clinic-Based Family Planning and Reproductive Health Services in Africa: Findings from Situation Analysis Studies*. New York: Population Council, 1998; p.199-216.
  26. Mayhew, S., Lush, L., Cleland, J., et al. Implementing the integration of component services for reproductive health. *Studies in Family Planning* 2000; 31(2): 151-62.
  27. Mayhew, S., Donor dealings: the impact of international donor aid on sexual and reproductive health services. *International Family Planning Perspectives* 2002; 28(4): 220-24.
  28. Lush, L. Service integration: an overview of policy developments. *International Family Planning Perspectives* 2002; 28(2): 71-76.
  29. Caldwell, J., Caldwell, P. Is integration the answer for Africa? *International Family Planning Perspectives* 2002; 28 (2): 108-10.
  30. Delvaux, T., Crabb, F., Seng, S., et al. The need for family planning and safe abortion services among women sex workers seeking STI care in Cambodia. *Reproductive Health Matters* 2003; 11 (21): 88-95.
  31. Besser, M. J. Mothers to mothers to-be: peer counselling, education and support for women in pregnancy in Cape Town, South Africa. Abstract MoOrF1031. International AIDS Conference, Barcelona, July 2002.
  32. Fleming, A. F. Prevention of transmission of HIV by blood transfusion in developing countries. Paper presented at Global Impact of AIDS Conference, London, 10 March 1988.
  33. Byrne, M.A. The common occurrence of HPV infection and intraepithelial neoplasia in women infected by HIV. *AIDS* 1989; 3:379-82.
  34. Hawes, S. E., Critchlow, C. W., Faye Niang, M. A., et al. Increased risk of high-grade cervical squamous intraepithelial lesions and invasive cervical cancer among African women with human immunodeficiency virus type 1 and 2 infections. *Journal of Infectious Diseases* 2003; 188 (4): 555-63.
  35. Suarez Rincón, A. E., Vazquez, Valls, E., Ramirez Rodriguez, M., et al. [Squamous intraepithelial lesions in HIV seropositive females. Their frequency and association with cervical neoplasia risk factors in Spanish]. *Ginecología y Obstetricia de México* 2003; 71: 32-43.
  36. Stier, E. Cervical neoplasia and the HIV-infected patient. *Hematology/Oncology Clinics of North America* 2003; 17 (3): 873-87.
  37. Pautier, P., Morice, P., de Crevoisier, R. [HIV and cervical cancer - in French]. *Bulletin of Cancer* 2003; 90 (5): 399-404.
  38. Hangzo. Chatterjee, A., Sarkar, S., et al. Preaching out beyond the hills: HIV prevention among injecting drug users in Manipur. India. *Addiction* 1997; 92 (7): 813-20 (Cited in Pisano<sup>24</sup>).
  39. Csepe, P., Amirkhanian, Y. A., Kelly, J. A., et al. HIV risk behavior among gay and bisexual men in Budapest, Hungary. *International Journal of STD and AIDS* 2002; 13 (3): 192-200.
  40. Carpenter, L. M., Kamali, A., Ruberantwari, A., et al. Rates of HIV-1 transmission within marriage in rural Uganda in relation to the HIV sero-status of the partners. *AIDS* 1999; 13 (15): 2133-41.
  41. Manzini, N. Sexual initiation and childbearing among adolescent girls in KwaZulu Natal, South Africa. *Reproductive Health Matters* 2001; 9 (17): 44-52.
  42. Machel, J. Z. Unsafe sexual behaviour among schoolgirls in Mozambique: a matter of gender and class. *Reproductive Health Matters* 2001; 9(17): 82-90.
  43. Waelkens, M. P., de Koning, K., Ormel, H, et al. Integration of Sexual Health into Reproductive Health Services: Needs, Evidence and Implications: A Review Paper. Amsterdam: Royal Tropical Institute, 2003.
  44. Becker, J., Leitman, E. Introducing Sexuality Within Family Planning: Three Positive Experiences from Latin America and the Caribbean. *Quality/Calidad/ Qualité No 8*. New York: Population Council, 1997.
  45. Abdel-Tawab, N., Roter, D. The relevance of client-centered communication to family planning settings in developing countries: lessons from the Egyptian experience. *Social Science and Medicine* 2002; 54 (9): 1357-68.
  46. Allen, S, Meizen-Derr, J., Kautzman, M., et al. Sexual behavior of HIV discordant couples after HIV counseling and testing. *AIDS* 2003; 17 (5): 733-40.
  47. Painter, T. M. Voluntary counseling and testing for couples: a high-leverage intervention for HIV/AIDS prevention in sub-Saharan Africa. *Social Science and Medicine* 2001; 53 (11): 1397-411.
  48. Feldblum, P. J., Welsh, M. J., Steiner, M. J. Don't overlook

- condoms for HIV prevention. *Sexually Transmitted Infections* 2003; 79:268-69.
49. Berer, M. Dual protection: making sex safer for women. In: *Beyond Acceptability: Users' Perspectives on Contraception*. Ravindran, T. K. S., Berer, M., Cottingham, J., editores. London: Reproductive Health Matters for WHO, 1997;109-21.
50. WHO. *Exploring Common Ground: STI and FP Activities*. Geneva: WHO, 2001
51. Cates, W., Steiner, M. J. Dual protection against unintended pregnancy and sexually transmitted infections: what is the best contraceptive approach? *Sexually Transmitted Diseases* 2002; 29 (3): 168-74.
52. Myer, L., Morroni, C., Mathews, C., et al. Dual method use in South Africa. *International Family Planning Perspectives* 2002; 28 (2): 119-21.
53. Kuyoh, M., et al. *Dual Method Use Among Family Planning Clients in Kenya*. Arlington: Family Health International. 1999.
54. Aklilu, M., Messele, T., Tsegaye, A., et al. Factors associated with HIV-1 infection among sex workers of Addis Ababa, Ethiopia. *AIDS* 2001; 15 (1): 87-96.
55. Tietze, C. New estimates of mortality associated with fertility control. *Family Planning Perspectives* 1977; 9 (2): 74-76.
56. Chikamata, D. M., Chinganya, O., Jones, H., et al. Dual needs: contraceptive and sexually transmitted infection protection in Lusaka, Zambia. *International Family Planning Perspectives* 2002; 28 (2): 96-104.
57. Richey, L. HIV/AIDS in the shadows of reproductive health interventions. *Reproductive Health Matters* 2003; 11 (22): 30-35.
58. Brady M. Preventing sexually transmitted infections and unintended pregnancy, and safeguarding fertility: triple protection needs of young women. *Reproductive Health Matters* 2003; 11 (22): 134-141.
59. Hunter, S-C, Isingo, R., Boerma, J.T., et al. The association between HIV and fertility in a cohort study in rural Tanzania. *Journal of Biosocial Science* 2003; 35: 189-99.
60. Stanback, J, Brechin, S. J., Lynam, P., et al. The Effectiveness of National Dissemination of Updated Reproductive Health/Family Planning Guidelines in Kenya. Nairobi: Family Health International, 2001.
61. Lazcano Ponce, E. C., Sloan, N., Winikoff, B., et al. The power of choice of information and contraceptive choice in a family planning setting in Mexico. *Sexually Transmitted Infections* 2000; 76(4):277-81.
62. Adeokun, L., Mantell, J. E., Weiss, E., et al. Promoting dual protection in family planning clinics in Ibadan, Nigeria. *International Family Planning Perspectives* 2002; 28 (2): 87-95.
63. Vemon, R., Foreit, J. How to help clients obtain more preventive reproductive health care, viewpoint. *International Family Planning Perspectives* 1999; 25 (4): 200-02.
64. Pinotti, J., Vieira Tjal, M. L., Nisida, A. C., et al. Comprehensive health care for women in a public hospital in São Paulo, Brazil. *Reproductive Health Matters* 2001; 9 (18): 69-78.
65. O'Reilly, K., Dehne, K., Snow, R. Should management of sexually transmitted infections be integrated into family planning services: evidence and challenges. *Reproductive Health Matters* 1999; 7 (14): 49-59.
66. Korenromp, E. L., van Vliet, C., Grosskurth, H., et al. Model based evaluation of single-round mass treatment of sexually transmitted diseases for HIV control in a rural African population. *AIDS* 2000; 14 (5): 573-93.
67. Wawer, M. J., Sewankambo, N. K., Serwadda, O., et al. Control of sexually transmitted diseases for AIDS prevention in Uganda: a randomised community trial. *Lancet* 1999; 353: 525-35.
68. Van Dam, J. Hybrid STI interventions: putting new prevention and treatment programs to the test, Horizons Report. At: [http://www.popcouncil.org/horizons/newsletter/horizons\(1\)\\_2.html](http://www.popcouncil.org/horizons/newsletter/horizons(1)_2.html). Acessado em 17 de abril de 2002.
69. Steen, R., Dallabetta, G. Sexually transmitted infection control with sex workers: regular screening and presumptive treatment augment efforts to reduce risk and vulnerability. *Reproductive Health Matters* 2003; 11 (22): 70-86.
70. Taneepanichskul, S., Tanprasertkul, C. Use of Norplant implants in the immediate postpartum period among asymptomatic HIV-1- positive mothers. *Contraception* 2001; 64(1): 39-41.
71. Knauth, O. R., Barbosa, R. M., Hopkins, K. Between personal wishes and medical "prescription": mode of delivery and post-partum sterilization among women with HIV in Brazil. *Reproductive Health Matters* 2003; 11(22): 109-117.
72. Janowitz, B., Johnson, L., Thompson, A., et al. Excess capacity and the cost of adding services at family planning clinics in Zimbabwe. *International Family Planning Perspectives* 2002; 28 (2): 58-66.
73. Minkoff, H. Human immunodeficiency virus infection in pregnancy [Abstract]. *Obstetrics & Gynecology* 2003;101(4):797-810.

74. Cooper, E. R., Charurat, M., Mofenson, L., et al. Combination antiretroviral strategies for the treatment of pregnant HIV-1 infected women and prevention of perinatal HIV-1 transmission. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 2002; 29 (5): 484-94.
75. Horizons. Integrating HIV Prevention and Care into Maternal and Child Health Care Settings: Lessons Learned from Horizons Studies. New York: Population Council, 2002. At: <http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/mchconskenya.pdf>.
76. De Cock, K.M., Mbori-Ngacha, O., Marum, E. Shadow on the continent: public health and HIV/AIDS in Africa in the 21st century. *Lancet* 2002; 360: 67-72.
77. Bakari, J. P., Mckenna, S., Myrick, A., et al. Rapid voluntary testing and counseling for HIV Acceptability and feasibility in zambian antenatal care clinics. *Annals New York Academy of Sciences* 2000; 918(Nov): 64-76.
78. De Bruyn, M. Safe abortion for HIV-positive women with unwanted pregnancy: a reproductive right *Reproductive Health Matters* 2003; 11(22): 152-161.
79. Berer, M. HIV/AIDS, pregnancy and maternal mortality and morbidity: implications for care. In: Berer, M., Ravindran, T. K. S., editors. *Safe Motherhood Initiatives: Critical Issues*. London: *Reproductive Health Matters*, 2000; 198-210.
80. Villar, J., Ba'aqueel, H., Piaggio, G., et al. WHO antenatal randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *Lancet* 2001; 357: 1551-64.
81. Ayisi, J. G., van Eijk, A. M., ter Kuile, F. O., et al. The effect of dual infection with HIV and malaria on pregnancy outcome in western Kenya. *AIDS* 2003; 17(4): 585-94.
82. Centers for Disease Control. The deadly intersection between TB and HIV. Fact sheet.
83. Gloyd, S., Chai, S., Mercer, M. A. Antenatal syphilis in sub-Saharan Africa: missed opportunities for mortality reduction. *Health Policy and Planning* 2001; 16 (1): 29-34.
84. Fonck, K., Claeys, P., Bashir, F., et al. Syphilis control during pregnancy: effectiveness and sustainability of a decentralized program *American Journal of Public Health* 2001; 91(5): 705-07.
85. Maggwa, B. N., Askeu, I., Mugwe, E., et al. A Case Study of Nairobi City Council's Decentralised Syphilis Screening Programme in Antenatal Clinics. Nairobi: Population Council, 2001.
86. Myer, L., Wilkinson, D., Lombard, C., et al. Impact of on-site testing for maternal syphilis on treatment delays, treatment rates, and perinatal mortality in rural South Africa: a randomised controlled trial. *Sexually Transmitted Infections* 2003; 79: 208-13.
87. Brocklehurst P, Volmink, J., Antiretrovirals for reducing the risk of mother-to-child transmission of HIV infection (Cochrane Review). In: *Cochrane Library*. Issue 4. Oxford: Update Software, 2002.
88. Hope Humana, Linkages, National Food and Nutrition Commission, et al. Empowering Communities to Respond to HIV/AIDS: Ndola Demonstration Project on Maternal and Child Health. New York: Population Council, 2003. At: <http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/ndolafnl.pdf>.
89. Epstein, H., Whelan, D., van de Wijgert, J., et al. HIV/AIDS Prevention Guidance for Reproductive Health Professionals in Developing Country Settings. New York: Population Council and UNFPA, 2002. At: <http://www.popcouncil.org/pdfs/hivaidsguidance.pdf>.
90. Bulterys, M., Chao, A., Dushimimana, A., et al. Fatal complications after Cesarean section in HIV-infected women. *AIDS* 1996; 10:923-24.
91. Grubert, T. A., Reindell, O., Kästner, R., et al. Complications after caesarean section in HIV-Infected women not taking antiretroviral treatment. *Lancet* 1999; 354: 1612-13.
92. Vimercati, A. Greco, P., Loveno, G., et al. Maternal complications after caesarean section in HIV infected women. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology* 2000; 90:73-76.
93. Nicoll, A., Newell, M. I., Van Praag, E., et al. Infant feeding policy and practice in the presence of HIV-1 infection. *AIDS* 1995; 9(2): 107-19.
94. UNICEF/UNAIDS/WHO/UNFPA. HIV and Infant Feeding: Guidelines for Decision-Makers. Final Draft. Geneva: WHO, June 2003.
95. De Paoli, M. M., Manongi, R., Klepp, K-L. Counselor's, perspectives on antenatal HIV testing and infant feeding dilemmas facing women with HIV in northern Tanzania. *Reproductive Health Matters* 2002; 10(20): 144-56.
96. Sacks, R., Efros, L. Mailman School-Led MTCT-Plus Initiative Commits \$50 Million for HIV Treatment in Eight Countries. *Columbia News*. At: [http://www.columbia.edu/cu/news/02/07/mailman\\_mtct\\_aids.html](http://www.columbia.edu/cu/news/02/07/mailman_mtct_aids.html), 2002.
97. Berer, M. Integration of sexual and reproductive health services: a health sector priority

- [editorial]. *Reproductive Health Matters* 2003; 11 (21): 6-15.
98. Wawer, M.J., Sewankambo, N., Serwadda, D., et al. Control of sexually transmitted diseases for AIDS prevention in Uganda: a randomized community trial. *Lancet* 1999; 353: 525-35.
99. Kamali, A., Quigley, M., Nakiyingi, J., et al. Syndromic management of sexually transmitted infections and behavior change interventions on transmission of HIV-1 in rural Uganda: a community randomized trial. *Lancet* 2003; 361: 645-52.
100. Schulz, K. F. Population-based interventions for reducing sexually transmitted infections, including HIV infection: Reproductive Health Library commentary (last revised: 4 October 2001). WHO Reproductive Health Library, No 6. WHO/RHR/03.5. Geneva: WHO. 2003.
101. Grosskurth, H., Gray, R., Hayes, R., et al. Control of sexually transmitted diseases for HIV-1 prevention: understanding the implications of the Mwanza and Rakai trials. *Lancet* 2000; 355: 1981-87.
102. O'Farrell, N., Mann, J., Adam, M., et al. Syndromic STI and behavior-change interventions in Uganda [letter]. *Lancet* 2003; 361: 2085-86.
103. Moses, S., Ngugi, E., Costigan, A., et al. Response of a sexually transmitted infection epidemic to a treatment and prevention programme in Nairobi, Kenya. *Sexually Transmitted Infections* 2002; 78 (Suppl.1): i114-i120.
104. Stephenson, J. M., Cowan, F. M. Evaluating interventions for HIV prevention in Africa [letter]. *Lancet* 2003; 361: 633-34.
105. Wilkinson, O., Rutherford, G. Population-based interventions for reducing sexually transmitted infections, including HIV infection (Cochrane Review). In: *Cochrane Library*, Issue 4. Oxford: Update Software, 2002.
106. Frasca, T. Men and women-still far apart on HIV/AIDS. *Reproductive Health Matters* 2003; 11 (22): 12-20.
107. Niang, C. I., Diagne, M., Niang, Y., et al. Meeting the Sexual Health Needs of Men who Have Sex with Men in Senegal. New York: Population Council, 2002.
108. Vuylsteke, B., Ghys, P. D., Mah-bi, G., et al. Where do sex workers go for health care? A community based study in Abidjan, Côte d'Ivoire. *Sexually Transmitted Infections* 2001; 77(5): 351-52.
109. Dehne, K. L., Riedner, G. Sexually transmitted infections among adolescents: the need for adequate health services. *Reproductive Health Matters* 2001; 9(17): 170-79.
110. Dickson-Tetteh, K., Pettifor, A., Moleko, W. Working with public sector clinics to provide adolescent-friendly services in South Africa. *Reproductive Health Matters* 2001; 9 (17): 160-69.
111. Senderowitz, J. Making Reproductive Health Services Youth Friendly. Washington DC: Pathfinder International. 1999.
112. Senderowitz, J. Reproductive Health Programs for Young Adults: School-based Programs. Washington DC: Pathfinder International, 1997.
113. Agha, S. A quasi-experimental study to assess the impact of four adolescent sexual health interventions in sub-Saharan Africa. *International Family Planning Perspectives* 2002; 28 (2): 67-70;113-18.
114. Manzini, N. Sexual initiation and childbearing among adolescent girls in KwaZulu Natal, South Africa. *Reproductive Health Matters* 2001; 9(17): 44-52.
115. Mercer, R., Ramos, S., Szulik, O., et al. The need for youth-oriented policies and programmes on responsible sexuality in Argentina. *Reproductive Health Matters* 2001; 9 (17): 184-91.
116. Van Benthem, B. H., de Vincenzi, I., Delmas, M. C., et al. Pregnancies before and after HIV diagnosis in a European cohort of HIV infected women. *European Study on the Natural History of HIV Infection in Women. AIDS* 2000;14 (14): 2171- 78.
117. Foreit, J. Improving Reproductive Health by Involving Men in Community Based Distribution. *Frontiers Program Briefs No. 2*. Washington DC: Population Council. 2001.
118. Chege, J., Askew, I. An Assessment of Community Based Family Planning Programmes in Kenya. Nairobi: Population Council. 1997.
119. Chege, J., Askew, I., Bannerman, A. An Assessment of the Community-Based Distribution Programmes in Ghana. Nairobi: Population Council. 2001.
120. Navrongo Health Research Centre. The Navrongo Community Health and Family Planning Project: Lessons Learned 1994-1998. Navrongo: Navrongo Health Research Centre. 1999.
121. Haberland, N., Measham, D., editores. *Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning*. New York: Population Council. 2002.

**Resumo:** Cerca de 80% dos casos de HIV são transmitidos sexualmente, e outros 10% por via parenteral ou durante a amamentação. Assim, a área da saúde tem se voltado para os programas de saúde sexual e reprodutiva em busca de liderança e orientação na oferta de informação e aconselhamento para prevenir essas formas de transmissão, e mais recentemente, para adotar certos aspectos do tratamento. O presente artigo é uma revisão e análise das contribuições feitas até o momento pelos serviços de saúde sexual e reprodutiva à prevenção e tratamento do HIV/AIDS, principalmente pelos serviços de planejamento familiar, tratamento de infecções sexualmente transmissíveis e cuidados pré-natais e no parto. Também descreve outros problemas de saúde sexual e reprodutiva vividos por mulheres soropositivas para o HIV, como a necessidade de serviços de aborto, infertilidade e diagnóstico e tratamento de câncer cervical. O artigo mostra que os programas de saúde reprodutiva e sexual têm uma importante contribuição a dar na prevenção e tratamento do HIV, e que o controle das ISTs é importante, tanto para a saúde sexual e reprodutiva quanto para o controle do HIV/AIDS. Conclui que deveriam ser desenvolvidos mais programas integrados de SSR e prevenção do HIV de modo a oferecer conjuntamente certos serviços, expandir o acesso a novos grupos populacionais e criar sistemas eficazes de encaminhamento a centros de referência a fim de otimizar a abrangência e o impacto dos programas que, até o presente momento, parecem ser essencialmente verticais.

## Algumas considerações sobre sexualidade e gênero no contexto da AIDS

Gary W. Dowsett

Professor Adjunto do Departamento de Ciências Sociomédicas da Mailman School of Public Health, Columbia University, Nova Iorque, EUA. E-mail: gd2106@columbia.edu.

**Abstract:** *Gender has become a major conceptual tool for understanding the evolving HIV pandemic globally. As such, it has provided a powerful way to see the structure of relations between men and women as central to various epidemics, and added weight to our understanding of HIV infection as not simply an individual experience of disease. Yet, as a concept, gender has its blind spots. This paper argues that there are four issues central to our understanding of how the HIV pandemic moves and develops that are not necessarily best understood through an analysis that uses gender alone, namely: women's vulnerability, men's culpability, young people's sexual interests and marginalised sexual cultures. The paper proposes using sexuality as a framework for analysing these issues and seeks to utilise developments in critical sexuality research to add to gender as a way to increase the capacity to respond to the HIV/AIDS crisis.*

**Palavras-chave:** papéis de gênero e questões de gênero, sexualidade, HIV/AIDS, teoria social.

Não parece surpreendente dizer que gênero e sexualidade são coisas diferentes. Tais diferenças são, no entanto, mais profundas do que se costuma pensar e têm influência sobre o modo de compreendermos as várias epidemias de HIV pelo mundo. O gênero, mais do que qualquer outra variável – e talvez fosse mais útil chamá-lo de estrutura social – domina a pandemia.<sup>1</sup> O *Oxford English Dictionary* define gênero como eufemismo para o sexo de um ser humano, freqüentemente com a intenção de enfatizar aspectos sociais e culturais, em contraste com as distinções biológicas entre os sexos. Nesse sentido, o gênero pode às vezes se referir simplesmente às características da divisão biológica dos sexos em duas categorias distintas de pessoas com diferentes atributos e/ou capacidades, bem como posições, direitos e recur-

sos (normalmente desiguais) numa sociedade. No entanto, ao reconhecermos que há algo bastante sistêmico nessa divisão (e nessa desigualdade), e que ela tem raízes profundas demais na história e cultura de muitas sociedades para constituírem “escolhas” meramente acidentais ou culturais, é possível reconhecer o gênero como algo mais poderoso. Reconhecendo isso, podemos ver o gênero como subjacente à própria organização e sistemas da vida diária, de modos que nos parecem “naturais” e sempre nos parecem óbvios – é como se a vida tivesse sido sempre assim. Esta capacidade organizacional e determinação histórica são o que se pode chamar de estrutura social e, nessa acepção, o gênero se assemelha mais a raça/etnia ou idade/geração, ou ainda classe/casta social, pois atua como princípio organizador. Parte-se do

reconhecimento da existência de diferenças e da divisão para a produção de diferenças e o ordenamento da divisão (e desigualdade). Essas duas concepções de gênero – a primeira, a descrição de diferenças e da divisão, a segunda, o princípio estruturador – são importantes para compreender o que vem acontecendo na pandemia global de HIV.

O gênero se encontra na base da maioria dos modelos epidemiológicos que usamos ao descrever o HIV/AIDS. Ele é usado para descrever as epidemias na Ásia e África em especial e, conseqüentemente, leva em sua esteira outros infectados ou afetados pelo HIV envolvendo-os em várias oposições binárias ou efeitos subseqüentes. Ou seja, uma das maneiras mais usuais de descrever o HIV/AIDS é distinguir, como categoria primária de análise, entre a taxa de infecção entre mulheres e entre homens. De fato, trata-se de um critério importante porque a taxa de infecção das mulheres vem crescendo mais rapidamente que a dos homens em muitos países e regiões. Essa diferença é, até certo ponto, devida à biologia (em parte porque as mulheres são mais facilmente infectadas durante a relação vaginal do que os homens), mas deve-se também a causas estruturais, em especial porque praticamente todas as mulheres têm acesso desigual a recursos sociais e econômicos, o que leva freqüentemente à falta de poder, maior pobreza e desigualdade e suas conseqüências (por exemplo, violência sexual, recurso ao sexo como fonte de renda etc.). Esta análise estrutural mais profunda do gênero é fundamental para a compreensão da crescente pandemia.<sup>2</sup>

Contudo, como resultado do foco no gênero, outras formas de transmissão do HIV (igualmente estruturais) são negligenciadas. Por exemplo, em muitas regiões os jovens são o grupo de maior risco. Mesmo que as jovens corram maior risco, os rapazes dessas regiões tiveram o risco de infecção por HIV aumentado também, mostrando que o fator idade/geração

está tendo um efeito tão importante quanto o gênero. Da mesma forma, em muitos países a epidemia ocorreu, e ainda ocorre, de forma muito intensa entre homens homossexualmente ativos (normalmente denominados “homens que praticam sexo com homens” ou HSH); enquanto os países da Ásia Central passam agora por um rápido aumento da taxa de infecção, resultado do crescente uso de drogas injetáveis, maior prostituição e rápido aumento das doenças sexualmente transmissíveis (um importante coadjuvante para infecções por HIV).

Este trabalho sustenta que o gênero deve ocupar seu lugar entre estas e outras forças estruturais que estão na base da crescente pandemia de HIV/AIDS, como a desigualdade entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, pobreza, migração em massa, movimentos de refugiados, guerra e mudanças sociais e culturais advindas da globalização. Mas o argumento central deste trabalho é que a sexualidade, sendo também uma estrutura social, é mais negligenciada que muitos desses fatores, em parte porque nossa forma de pensar sobre gênero muitas vezes condiciona ou obscurece nossa capacidade de pensar claramente sobre a sexualidade.

A primazia e lógica do gênero parecem inquestionáveis. Evidentemente, há dois sexos biológicos: masculino e feminino. Todas as exceções meramente confirmam a regra. E, no entanto, as diferenças entre o corpo humano masculino e o feminino são mínimas: dois olhos, duas orelhas, uma boca, a espinha dorsal, duas pernas, um coração, um cérebro etc. Sem dúvida, há diferenças. Por exemplo, as mesmas células genitais do feto subdividem-se em geral em dois tipos diferentes de genitália, muito embora os andróginos desafiem continuamente a biomedicina, que procura forçá-los a se encaixarem em um dos dois sexos. De fato, muitas culturas, como as da Índia, Indonésia, Tonga, Filipinas, Tailândia, Austrália, América do Norte e Europa, entre outras, possuem formas sociais



tradicionais e recentes, e tecnologicamente melhoradas através das quais as distinções e a linha divisória entre o masculino e o feminino são esmaecidas, invertidas ou transformadas. Essas formas vêm sendo agrupadas pela denominação transgênero (não sem alguma celeuma quanto à possível inadequação do termo, tipicamente “ocidental”). Em outras palavras, muitas culturas parecem ter encontrado ou estão encontrando formas de viver com mais de dois sexos.

A literatura sobre as diferenças sexuais psicossociais chega a medir pequenas diferenças, mas, na maioria dos estudos, mulheres e homens apresentam muito mais semelhanças do que diferenças. No entanto, sejam quais forem nossas semelhanças, são as diferenças que dominam o discurso, tanto assim que muitas vezes deixamos de enxergar diferenças bem marcantes dentro de um mesmo sexo. Se levarmos em consideração traços comportamentais, as semelhanças entre homens e mulheres de qualquer cultura são mais freqüentes que as diferenças, e estas são suplantadas pelas diferenças entre pessoas do mesmo sexo mas de culturas diferentes. Por exemplo, fala-se muito do contraste entre o comportamento reservado de sociedades predominantemente anglo-saxônicas se comparado ao de culturas latinas no que diz respeito ao sexo e à demonstração de reações emocionais. Homens e mulheres de uma mesma cultura são mais semelhantes entre si em termos de comportamento e tendências culturais do que membros do mesmo sexo mas de culturas distintas. Sabemos também que as chamadas tendências e comportamentos masculinos e femininos são variáveis e mudam ao longo do tempo e segundo as circunstâncias; não são uniformes para todas as culturas e nem ao longo da história. Deixar o cabelo crescer é um exemplo simples desse fato.

Seria possível fazer uma lista interminável de semelhanças e diferenças. No entanto, trata-se aqui da dominância da idéia de “diferença”,

e da subordinação da noção de “semelhança” ao modo como compreendemos o gênero. O resultado é que colocamos o gênero, enquanto diferenças sexuais, como primeiro lugar na análise, de modo automático em vez de crítico. Por exemplo, a idéia de que as mulheres são quase que universalmente menos abastadas que os homens é freqüentemente visto como uma diferença de gênero bem definida. No entanto, há muitas mulheres ricas no mundo, e muitíssimo mais homens pobres – o gênero pode não ser a única característica que define a pobreza e distribuição desigual de renda, e pode mascarar outras estruturas subjacentes de desigualdade econômica.

O foco no gênero enquanto diferença sexual é a primeira dentre as características predominantes do gênero que permeia nosso pensamento sobre HIV/AIDS. Esta foi uma análise importante até certo ponto, mas vem sendo usada como substituto para a palavra “mulher”, ou seja, aquilo que está acontecendo com o grupo de mulheres com HIV/AIDS – em vez de aquilo que está provocando uma vulnerabilidade diferente à doença experimentada por homens e mulheres e sua vivência inter-relacionada.

As análises do tipo “gênero = mulher” ofereceram muitas descrições úteis sobre a situação da mulher. Mas, dificilmente, forneceram uma análise de como ela se estruturou. E, muitas vezes, ocultaram as diferenças entre as mulheres como, por exemplo, a disparidade da vida das mulheres do Norte e do Sul. Estas análises em geral nos dizem muito pouco sobre os homens. Isto significa que nos centramos primeiramente na distinção entre homens e mulheres para somente depois focalizar outras distinções a fim de compreender a epidemia, como orientação sexual, idade/geração, uso de drogas, pobreza, o mercado sexual ou a cultura sexual de uma dada cultura ou sociedade.

Mas tudo isso não passa de “sexo” visto como uma variável; a análise de “gênero” é algo dife-

rente. Um dos dualismos conceituais mais importantes do pensamento do século XX foi a “distinção sexo-gênero”, uma idéia não desprovida de controvérsias (especialmente no debate feminista).<sup>3-5</sup> Esta distinção, em resumo, reforça a idéia de que o sexo é natural e o gênero é cultural. Nascermos com um sexo biológico, mas a sociedade nos engendra (ou confere gênero). Nossos corpos são matéria-prima, moldada para assumir formas prescritas pela cultura, que oferece duas possibilidades básicas: mulher e homem. Somos “socializados” (o termo menos preciso da sociologia) para assumir duas formas de caráter e comportamento: feminino e masculino. Segundo esta formulação, o gênero amplifica as diferenças sexuais. No entanto, não é isto o que acontece. O processo é bem mais complexo, como vêm mostrando estudos recentes sobre gênero do feminismo pós-colonial, estudos críticos da masculinidade, e a teoria sexual pós-estrutural.<sup>6-9</sup> Da mesma forma, os protestos crescentes de pessoas transgênero em muitos países fazem com que a defesa superficial de um sistema de gênero com dois sexos seja vista como simplista e inadequada, mais ainda se sustentarmos o argumento de que o gênero é uma distinção socialmente construída. Muitas outras forças estão envolvidas na construção de corpos e vidas, e muito pouco da nova e mais complexa teoria sobre gênero parece ter entrado para a discussão do HIV/AIDS. A indústria do HIV/AIDS ainda se apóia na antiga concepção binária do gênero apoiada na biologia, que moldou a fascinação por saúde sexual e reprodutiva ao longo do século XX. Esta é a segunda característica marcante do gênero: sua lógica é obcecada com a reprodução humana. Todo o resto fica em segundo plano diante do fato de que, como espécie, a maioria de nós pode conceber e alguns de nós ocasionalmente concebe. Na realidade somos incrivelmente inférteis se considerarmos os bilhões de óvulos e zilhões de espermatozoides soltos no mundo,

desesperadamente em busca uns dos outros, e na maioria das vezes sem conseguirem se encontrar. Imagine quanto sexo que está acontecendo nesse exato momento em todo o mundo. Sem dúvida, na maioria desses atos sexuais (com exceções, é verdade) o único pensamento quanto à reprodução é o de evitá-la!

Boa parte do legado dessa obsessão com saúde reprodutiva foi herdado pelo HIV/AIDS, devido aos esforços realizados no século XX para melhorar a saúde reprodutiva, limitar o crescimento populacional explosivo do planeta, diminuir as taxas de mortalidade materna e infantil globalmente e, mais recentemente, reduzir o ônus criado pelas doenças sexualmente transmissíveis. Estas são causas louváveis, que merecidamente dominaram as agendas de organizações e instituições como a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Fundo de População das Nações Unidas, o Population Council e muitos outros órgãos nacionais, internacionais e bilaterais. Com o passar dos anos, a indústria de pesquisas acadêmicas desenvolveu modelos e instrumentos para monitorar o progresso e investigar causas e efeitos na área da saúde reprodutiva, obtendo alguns grandes sucessos, inclusive no tocante à infertilidade. A saúde reprodutiva da mulher em especial dominou esta pauta, e com razão. No entanto, o desafio específico colocado pelo HIV/AIDS foi o de aprender a pensar a expressão sexual tal como ela existe e é moldada pela cultura e pela história, exatamente nos pontos em que esta expressão *coincide e não coincide* com a reprodução humana – pois é nestes pontos que encontramos os padrões de transmissão viral típicos da infecção por HIV. Adquirir uma nova forma de pensar a sexualidade (não apenas saúde reprodutiva e sexual) foi algo que desafiou os paradigmas e estruturas que são hoje usados para pensar sobre sexo (inclusive a sexologia e as pesquisas clássicas sobre sexo<sup>10, 11</sup>), e é nesse desafio que o presente artigo se insere.

O legado dessa obsessão com a saúde reprodutiva é um dos grandes motores discursivos que movem o pensamento sobre HIV/AIDS, raramente questionado ou avaliado quanto à sua adequação, perspectiva ou aplicação errônea. Ele tingiu nosso modo de pensar sobre a vulnerabilidade feminina ao HIV/AIDS – um dos grandes teoremas do HIV/AIDS – e está na base da divisão espúria das mulheres em dois grupos: de um lado fontes de infecção (normalmente trabalhadoras do sexo), e de outro lado vítimas inocentes (normalmente esposas), uma visão presente no discurso atual sobre HIV/AIDS, mesmo que a frase “vítimas inocentes/culpadas” esteja atualmente proscribida. Esta forma de pensar sobre as mulheres foi descrita lendariamente pela feminista australiana Anne Summers pela expressão “putas malditas ou polícia divina”<sup>12</sup> e emerge muito freqüentemente – mesmo que em linguagem mais suave – quando a situação das mulheres casadas africanas é descrita em discussões sobre a chamada “epidemia heterossexual” daquele país.<sup>13</sup>

Além do mais, essa obsessão com saúde reprodutiva também molda o nosso olhar sobre os jovens e, nesse caso, paira sombriamente o teorema da gravidez adolescente indesejada como algo abjeto. A referida obsessão também está na base de nosso modo de compreender a maior prevalência histórica de HIV/AIDS entre os homens através de uma teoria de perpetração; tanto assim que o Programa Conjunto das Nações Unidas para HIV/AIDS (UNAIDS) deu à sua campanha contra a aids de 2000-2001 o título de “Os homens fazem a diferença”, na tentativa de mudar a visão dominante da vulnerabilidade dos homens diante do HIV/AIDS. Finalmente, esse foco do gênero em saúde reprodutiva mantém a marginalização dos trabalhadores do sexo, gays e outros homens homossexualmente ativos, prendendo-os à teoria do desvio – pois, quando as relações entre homens e mulheres no que se refere ao

sexo são o foco da atenção, são presumidamente “normais” porque constituem a norma (mais freqüentes e generalizadas do ponto de vista estatístico), enquanto outros interesses sexuais ou formas de expressão sexual tornam-se “não-norma” e, portanto, “anormais”.

Neste contexto, o gênero nos presta um desserviço, pois deixa de conceitualizar a *sexualidade*. Mesmo nas análises mais sofisticadas de gênero, a sexualidade é muitas vezes reduzida a um componente do gênero.<sup>14</sup> Com efeito, a sexualidade é amiúde abarcada pelo domínio emocional e relacional das famílias heterossexuais e formas culturalmente dominantes de heterossexualidade. Em conseqüência, por exemplo, a sexualidade se torna uma pequena parte da reprodução humana dentro dos programas de educação sexual, em vez de tratar do prazer e do desejo. É reduzida a um mecanismo (ou vetor) da saúde reprodutiva, parte da demografia e das preocupações populacionais globais – as mulheres engravidam ou contraem doenças sexualmente transmissíveis. O sexo é um mal necessário em muitas religiões, mas sua lógica está fundada geralmente em preocupações com linhagem e herança e, portanto, visa controlar a fertilidade da mulher e garantir que os herdeiros dos homens sejam legítimos. É assim a sexualidade humana se reduz a atos e acordos das relações entre homens e mulheres e suas potencialidades e propensões sexuais, principalmente as “heteronormais” (ou seja, a noção prevalente no Ocidente de relacionamento monogâmico e sexualmente reprodutivo – leia-se somente relações vaginais – de casais casados).

Talvez isso devesse ser diferente.

Há muitos outros modos de entender a sexualidade como estrutura de idéias, conjunto de discursos e sensações, como a incorporação de prazeres e a formação de escolhas de objeto sexual, como o infinito desdobramento de categorias de desejo. Poderia ser mais útil entender o HIV/AIDS como uma “epidemia de pessoas

que fazem sexo”<sup>15</sup>, ou seja, como um problema de sexualidade humana, e não apenas um problema de saúde reprodutiva.

O que aconteceria se considerássemos seriamente os seguintes pontos:

- HIV/AIDS é na verdade uma epidemia do desejo;
- Em muitos lugares o HIV é transmitido em atos sexuais ocorridos fora do âmbito heteronormativo e seu imperativo reprodutivo, ou seja, no trabalho sexual transacional, ou por homens fazendo sexo fora do casamento com aprovação tácita ou não, ou por sexo anal entre homem e mulher;
- As instituições produzem regimes sexuais, que constroem o sexo enquanto moeda, que molda o desejo para seus próprios propósitos (por exemplo, sexo como punição em presídios), revelando novamente como o desejo é maleável;<sup>16</sup>
- A economia sexual<sup>16</sup> de nossas culturas está na base do modelo de transmissão do HIV (por “economia sexual” denominamos as forças e recursos organizacionais que formam a base, por exemplo, do trabalho sexual em bordéis ou do turismo sexual, ou ainda a longa tradição de sexo entre homens que ocorre em certos ambientes ou culturas<sup>17-19</sup>);
- Algumas culturas sexuais e circunstâncias de pobreza geram padrões especiais de vulnerabilidade ao HIV, por exemplo, trabalho sexual por crianças de rua em muitos países e pelos Hijra (transgêneros) no Sul da Ásia;
- Índices desconhecidos de transmissão do HIV acontecem em atos sexuais entre homens no mundo todo, a maioria fora de um discurso ou subcultura “gay”, e tão variados que fica difícil classificar tais homens simplesmente como “homens” ou parte de uma sexualidade masculina singular;
- Em muitos países o uso de drogas injetáveis tem uma ligação profunda e complexa com

a vida sexual, por exemplo, no trabalho sexual ou na atividade sexual recreativa – daí o significado da expressão “o toque do aço” (*the feel of steel*): o reconhecimento de que há algo atraente na injeção como ato, e que traduz uma forma de desejo (e de fato a palavra ‘penetração’ é usada por algumas pessoas que tomam drogas via injetável), algo superior e maior que simplesmente uma forma de administrar a droga.<sup>20</sup>

Não pretendo argumentar que o gênero não tenha um papel na compreensão do HIV/AIDS, mas quero mostrar que é preciso uma compreensão mais sofisticada de como o gênero atua e como está ligado a outras forças que estruturam a vida social e sexual. Um exemplo é a epidemia em muitos países africanos, onde durante um longo período pensou-se que a transmissão era heterossexual, movida pelas trabalhadoras do sexo. Ali, uma análise de gênero eficiente mostrou que havia homens envolvidos, especialmente os companheiros e clientes das trabalhadoras do sexo, e que os interesses sexuais destes homens precisavam ser estudados como fatores coadjuvantes na própria epidemia. Além disso, estudar as culturas que produzem tais padrões de interesse sexual masculino pode ajudar a entender a vulnerabilidade peculiar destes homens à infecção por HIV. Trabalhos recentes confirmaram que há homens praticando sexo com homens, e sexo anal com homens e mulheres, e esses são dados que podem ter sido negligenciados na avaliação de como o vírus vinha se espalhando nos países africanos, algo que pode ter sido gerado por tradições culturais e forças sociais para além das relações heterossexuais tradicionais.<sup>21</sup>

Também subculturas de homens que mantêm relações com homens em alguns países podem ter um risco maior de infecção por HIV por motivos diferentes daqueles que afetam homens gays no Ocidente. Por exemplo, os

“Kothis” são homens, em sua maioria jovens efeminados, que fazem sexo com outros homens, em geral mais velhos e casados, algumas vezes por dinheiro, existentes na maioria das culturas sul-asiáticas. Eles não são homens gays ou transgênero, mas consideram-se como uma forma cultural sul-asiática de homens que têm sexo com homens. Sua vulnerabilidade ao HIV não pode ser reduzida ao fato de serem homens, mas se relaciona em grande parte com o fato de serem sexualmente ativos com companheiros de mulheres de risco, pois seus companheiros também têm sexo com trabalhadoras do sexo e namoradas. Uma teoria de gênero simplista do tipo “homens como perpetradores” só consegue dar conta da vulnerabilidade específica dos “Kothis” ao HIV declarando-os “não-homens.”<sup>22</sup>

No entanto, a taxa desproporcionalmente alta de infecção por HIV nas mulheres afro-americanas dos Estados Unidos pareceria uma diferença primária de gênero pertinente ao entendimento da epidemia nos EUA. Mas, certamente, a raça como estrutura social também deve ser levada em consideração no entendimento profundo desse risco aumentado, já que os homens afro-americanos também apresentam uma vulnerabilidade desproporcionalmente alta. A combinação do uso de drogas injetáveis e desigualdade social são fatores influentes. No entanto, uma pesquisa recente entre homens negros em *downlow* (que fazem sexo com outros homens mas não se consideram gays) revelou que existem culturas sexuais tradicionais e mutáveis entre homens, muitas vezes homens casados, que trazem consequências para os homens envolvidos e também suas companheiras.<sup>23</sup> Esta não é uma epidemia simplesmente ligada ao gênero enquanto diferença ou divisão, mas atrelada a padrões de expressão sexual humana, entrelaçados e ligados a outras forças sociais complexas.

Se assim analisássemos nossas várias e variáveis epidemias em termos de sexualidade e cultu-

ras sexuais, desenvolveríamos uma visão bem diferente de como o vírus migra, o que acelera ou retarda sua transmissão, e o que molda seus padrões em cada região. Entenderíamos a transmissão de outra forma, como algo distinto da vontade individual (ou “culpa” de alguém); algo movido e estruturado por culturas do desejo, como o turismo sexual, as comunidades gay, o trabalho sexual (enquanto setor econômico), sexo institucional e obrigatório em prisões ou faculdades, e mesmo o sexo entre mulheres (caso recente de transmissão de HIV entre duas lésbicas levará à necessidade de repensar o risco envolvido no sexo entre mulheres<sup>24</sup>). Deveríamos procurar também explicações que considerem as hierarquias sexuais que privilegiam certas formas de atividade e interesse sexual e marginalizam outras; que deslegitimam, em algumas culturas, desejos considerados aceitáveis em outras. Dessa forma, talvez reconhecêssemos o fato de que a transmissão do HIV acontece de forma relacional em economias sexuais historicamente estruturadas, dentro de vários padrões de vida sexual, ou no sexo como gama de significados fora do compromisso e do amor, como não-reprodutivo, como prazer, privilégio, poder, ou mesmo submissão.

Também é preciso considerar as forças sociais mutáveis que estimulam o sexo em diferentes campos de ação como o estupro de guerra, as aventuras sexuais em férias, o desmembramento de famílias na migração de refugiados, como resultado da rápida urbanização nos países em desenvolvimento, que transformam estilos tradicionais de parceria sexual e vida familiar. Todas estas circunstâncias, e há inúmeras outras, são exemplo de vulnerabilidade ao HIV e possibilidades de transmissão muito superiores à hipótese simplista e errônea que muitas vezes usamos, como “epidemia heterossexual” para descrever a maioria das infecções que acontecem no sexo entre homens e mulheres. Como tem argumentado Carol Jenkins, notável antro-

póloga com vasta experiência em pesquisa de HIV/AIDS na Ásia e na Oceania, chamar de “heterossexual” qualquer transmissão de HIV ocorrida por estupro grupal de uma mulher é um erro, pois muito provavelmente o homem infectado nesta ocasião terá sido infectado pelo sêmen de outro homem (e nesse caso deveríamos chamar de transmissão “homossexual?”), mesmo que a mulher neste caso seja vítima de uma infecção de fato “heterossexual”. (Carol Jenkins em comunicação pessoal).

Um exemplo clássico dos deslizes que a análise de gênero pode produzir diz respeito aos interesses sexuais dos jovens. Estudos transculturais têm revelado culturas sexuais diversas e diversificadas entre os jovens.<sup>25-27</sup> Em algumas culturas, a atividade sexual começa cedo, é marcadamente segmentada por idade, e não-reprodutiva em relação à intenção e prática. Os jovens são incrivelmente empreendedores na perseguição de seus interesses sexuais, mesmo que os adultos vejam esses interesses como prematuros, desafortunados ou perturbadores. A cultura jovem global reposicionou os jovens como detentores de legitimidade em relação a possibilidades e interesses eróticos. O quanto aprenderíamos sobre a epidemia de HIV entre os jovens se eles fossem vistos como produto das culturas sexuais globalizadas emergentes, e não apenas rapazes e moças quanto à sua saúde reprodutiva?

Entrementes, estudos vêm mostrando que homens sexualmente interessados em homens existem em culturas em que sua existência (bem como a vulnerabilidade ao HIV) vinha sendo negada ao longo das duas décadas da pandemia. Aqueles que vinham trabalhando com subculturas homoeróticas masculinas desde o início da pandemia não estão surpresos pela descoberta de tradições homoeróticas em Zimbábue, por exemplo, apesar da insistência bastante politizada do Presidente Mugabe em afirmar que essas são práticas ocidentais deca-

rentes. Também, líderes asiáticos se recusam a reconhecer as tradicionais culturas de atividade homossexual, muito embora os estudos sobre atividade sexual entre homens naquela região tenham aumentado exponencialmente ao longo das últimas três conferências internacionais sobre AIDS. Se as conseqüências não fossem tão trágicas, poderíamos ignorar os muitos países islâmicos que negam séculos de tradição artística e literária de glorificação do amor entre homens,<sup>28</sup> enquanto as epidemias crescem em países como Indonésia, Malásia, Nigéria e muitas repúblicas da Ásia Central.<sup>29</sup> A religião obviamente não é uma proteção adequada contra o vírus.

Ao mesmo tempo, a hipocrisia das igrejas cristãs não conhece limites, e líderes políticos com um discurso moralista de direita somam-se a ela. Isto porque temem que a sexualidade seja finalmente reconhecida como fluida, mutável e incompreensível dentro do binômio simplista heterossexual/homossexual – algo que não se presta facilmente ao controle político ou moral. Os interesses sexuais podem e de fato assumem muitas formas diferentes ao longo do tempo, nos vários locais, durante uma vida, e em alguns momentos (como Alfred Kinsey, et al. revelaram há mais de cinquenta anos.<sup>30, 31</sup>). Este é um fato conhecido, pesquisado e documentado da experiência humana. Somente a análise de gênero não consegue explicar a incrível variação de expressões sexuais de desejos, e negá-los é algo que obstrui seriamente nossos esforços para acabar com a pandemia.

Igualmente, limitamos nosso espanto diante da natureza sexual da pandemia de HIV, não apenas em função dessas confusões quanto a sexo e gênero, mas também pensando o sexo como simplesmente “comportamento”. A redução da atividade sexual a comportamentos é um episódio da triste reificação presente na pesquisa do HIV/AIDS. A esmagadora maioria dos estudos não-bioquímicos sobre o HIV é de pesquisa

comportamental, em geral através de métodos estatísticos, com contagem do número de atos sexuais, parceiros, preferências, lugares, horas e motivações para o sexo, avaliando o nível de risco para infecção por HIV. Olhando as publicações científicas e os resumos de trabalhos dos imensos congressos internacionais e regionais sobre a AIDS, percebemos a dominância da visão do sexo como comportamento. No entanto, a idéia de comportamento destitui o sexo de todo seu significado e prazer. Conseqüentemente, deixa de considerar o quanto este significado e prazer dependem do contexto; como o contexto exemplifica a cultura; e como a cultura está estruturada pela história e pelo discurso. Quando orientamos nosso entendimento da epidemia apenas pelo fator comportamento, deixamos de ver que muitos dos determinantes sociais do comportamento estão além da apreensão consciente de atos imediatos e volições, ou seja, que os comportamentos sexuais são práticas enraizadas no social.<sup>32</sup> Quando deixamos de enxergar os fatores determinantes do risco e vulnerabilidade de contrair HIV como algo profundamente social – e por social entendemos relacional, contextual, cultural, político, econômico, histórico, simbólico e discursivo – somos incapazes de encontrar a melhor forma de intervir.

Muitas vezes, os estudos comportamentais preocupam-se mais com o sexo do parceiro sexual do que com o significado do sexo sem preservativo ou com a compreensão de quais circunstâncias dentro da economia sexual produzem o risco, por exemplo, prazer ou intimidade, pertença social ou auto-atualização. Um estudo conduzido no início da década de 1990 entre jovens de sete países em desenvolvimento – a pedido do Programa Global para a AIDS, da OMS, e levado a cabo pela UNAIDS – revelou a importância da mudança dos significados sexuais, culturas sexuais e identidades sexuais nos padrões de atividade sexual, formas de parceria

e significados da segurança sexual para jovens em culturas que passam por mudanças muito intensas.<sup>33</sup> Isto é mais complexo do que relações de gênero, mesmo que estas façam parte do contexto. E o mesmo vale para os adultos.

Convites para mudar nosso modo de pensar e ver o gênero de forma mais estrutural – algo muitas vezes chamado de “poder de gênero”, ou melhor, “ordem de gênero” – apontam na direção certa. Mas há uma forte tendência desta formulação levar-nos de volta à teoria da “vulnerabilidade feminina” e “perpetração masculina”. É preciso potencializar outras estruturas conceituais, como a sexualidade, para também potencializar nossa capacidade analítica. Isto vale igualmente para outras estruturas sociais importantes: raça-etnia, idade-geração, desigualdade econômica (seja de classe ou casta), e mudanças políticas e culturais provocadas pela globalização. O desafio que gostaria que assumíssemos é o de testar nossos pressupostos antes de empregar o gênero *a priori* para compreender o HIV/AIDS. Parar e pensar antes de falar em epidemia “heterossexual”, ou “vulnerabilidade feminina”, ou considerar todos os homens como sexualmente irresponsáveis, ou ainda resumir categorias complexas de expressão sexual sob a sigla irremediavelmente opaca de “HSH”.

Todos sabem que a epidemia continua a crescer exponencialmente e que nosso modelo é inadequado. O gênero oferece apenas uma parte da análise que precisamos. Meu ponto de vista não é antigênero, mas um convite para reconhecer a importante contribuição do gênero como uma das estruturas conceituais da epidemia de HIV/AIDS, que precisa ser combinada com a força teórica e capacidade crítica de outras análises, particularmente a sexualidade como campo de estudo, a fim de ampliar nossa compreensão de como o HIV segue sua trajetória entre as populações do planeta. Talvez seja necessário registrar toda a vida social que esteja *estruturada no*

sexo.<sup>34</sup> Então, a sexualidade – enquanto campo de pesquisa crítico – poderá oferecer respostas bastante necessárias.

São importantes as implicações dessa mudança para a luta contra o HIV/AIDS. O segredo sobre a sexualidade humana é uma forma de esconder os aspectos do desejo que não são aprovados e os tornam vulneráveis a perseguições. Mas esse segredo não protege as pessoas contra o HIV. Negar as práticas sexuais e as culturas geradas por essas práticas simplesmente ampliará a epidemia. Em qualquer país, é difícil confrontar a realidade das complexas vidas sexuais dos cidadãos, e não é diferente em relação ao HIV/AIDS. Mas a história desta pandemia nos ensina que em algum momento todos os países terão de fazê-lo. Não apenas em relação à sexualidade, mas também em relação ao uso de drogas, o trabalho sexual, os interesses sexuais dos jovens, à heteronormalidade

que esconde uma grande variedade de práticas sexuais entre mulheres e homens. Pagaremos em vidas humanas dizimadas pela AIDS o preço por não enfrentar essa realidade, por não implementar uma educação sexual realista nas escolas, não oferecer campanhas de educação em saúde pública que digam a verdade sobre HIV, sexo, drogas e risco, de não oferecer preservativos (e agulhas e seringas descartáveis) e de não tomar essas medidas em lugares que refletem a realidade das culturas sexuais (como em prisões e escolas, para mencionar apenas duas instituições).

### Créditos

Esta é uma versão revisada do trabalho escrito originalmente para uma apresentação oral no Bridging Session on Gender and Sexual Difference na XIV International AIDS Conference, realizada na cidade de Barcelona em julho de 2002.

### Referências

- Connell, R.W. *Gender*. Cambridge: Polity Press, 2002.
- Liguori, A.L. Lamas M. Commentary: gender, sexual citizenship and HIV/AIDS. *Culture, Health and Sexuality* 2003; 5(1):87-90.
- Rubin, G. The traffic in women. In: Reiter RR, editor. *Toward an Anthropology of Women*. New York: Monthly Review Press, 1975.
- Rubin, G. *Thinking sex: notes for a radical theory of the politics of sexuality*. Reprinted in: Parker R., Aggleton P., editores. *Culture, Society and Sexuality: A Reader*. London: UCL Press, 1999.
- Gatens, M. A critique of the sexgender system. In: Allen J., Patton P., editores. *Beyond Marxism? Leichhardt, NSW: Intervention Publications*, 1985.
- Butler, J. *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. London: Routledge and Kegan Paul, 1990.
- Parker, R., Barbosa, R.M., Aggleton, P. *Framing the Sexual Subject: The Politics of Gender, Sexuality and Power*. Berkeley: University of California Press, 2000.
- Hodgson, D.L. *Gendered Modernities: Ethnographic Perspectives*. New York: Palgrave, 2001.
- Whitehead, S.M. *Men and Masculinities*. Cambridge: Polity Press, 2002.
- Weeks, J., Holland, J., Waites, M., editores. *Sexualities and Societies: A Reader*. Cambridge: Polity Press, 2003.
- Bancroft, J., editor. *The Role of Theory in Sex Research*. Bloomington: Indiana University Press, 2000.
- Summers, A. *Damned Whores and God's Police*. Revised edition. Ringwood VIC: Penguin, 1994.
- Patton, C. *Inventing AIDS*. New York: Routledge, 1990.
- Connell, R.W. *Gender and Power*. Sydney: George Allen and Unwin, 1987.
- Crewe, M. Case study: Southern Africa. Apresentação oral no Track E Symposium – Educating Desire: Case Studies in HIV/AIDS and Sexuality Education. XIV International Conference on AIDS, Barcelona, Julho, 2002.
- Dowsett, G.W. *Practicing Desire: Homosexual Sex in the Era of AIDS*. Stanford: Stanford University Press, 1996.
- Law, L. *Sex Work in Southeast Asia: The Place of Desire in a Time of AIDS*. London: Routledge, 2000.
- Ryan, C., Hall, C.M. *Sex Tourism: Marginal People and Liminalities*. London: Routledge, 2001.
- Murray, S.O., Roscoe, W. *Boy Wives and Female Husbands:*



- Studies in African Homosexualities. New York: Palgrave, 1998.
20. Dowsett, G.W., Tumej, L., Woolcock, G., et al. Hepatitis C Prevention Education for Injecting Drug Users In Australia: A Research Report. Canberra: Commonwealth Department of Health and Aged Care, 1999.
  21. Brody, S., Potterat, J.J. Assessing the role of anal intercourse in the epidemiology of AIDS in Africa. *International Journal of STD & SIDA AIDS* 2003; 14:431-36.
  22. Dowsett, G.W. HIV/AIDS and homophobia: subtle hatreds, severe consequences and the questions of origins. *Culture, Health and Sexuality* 2003; 5(2): 121-36.
  23. Denizet-Lewis, B. Double lives on the down low. *New York Times Magazine* 2003; 3 August (Section 6):28-33, 48, 52-53.
  24. Kwakwa, H.A., Ghobrial, M.W. Female to female transmission of human immunodeficiency virus. *Clinical Infectious Diseases* 2003;36: e 40-41.
  25. Cleland, J., Fcrry, B., editors. *Sexual Behavior and AIDS in the Developing World*. London: Taylor and Francis, 1995.
  26. Shaw, C., Aggleton, P. Preventing HIV/AIDS and Promoting Sexual Health among Especially Vulnerable Young People. WHO/ HIV/2002.03. Geneva: WHO, 2002.
  27. Dowsett, G.W., Aggleton, P. A Comparative Report on Studies of Contextual Factors Affecting Risk-Related Sexual Behaviour among Young People in Developing Countries. Geneva: UNAIDS, 1999.
  28. Murray, S.O., Roscoe, W. *Islamic Homosexualities: Culture, History, and Literature*. New York: New York University Press, c. 1997.
  29. UNAIDS. Epidemic Update 2002; Geneva. At: <http://www.unaids.org/worldaidsday/2002/press/Epiupdate.html>.
  30. Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B., Martin, C.E. *Sexual Behavior in the Human Male*. Philadelphia: WB Saunders, 1948.
  31. Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B., Martin, C.E., et al. *Sexual Behavior in the Human Female*. Philadelphia: WB Saunders, 1953.
  32. Bourdieu, P. *The Logic of Practice*. Nice, R., tradutor. Stanford: Stanford University Press, 1990 [1980].
  33. Dowsett, G.W., Aggleton, P., Abega, S-C, et al. Changing gender relations among young people: the global challenge for HIV/AIDS prevention. *Critical Public Health*, 1998;8(4): 291-309.
  34. Connell, R.W., Dowsett, G.W. The unclean motion of the generative parts. In: Connell, R.W., Dowsett, G.W., editors. *Rethinking Sex: Social Theory and Sexuality Research*. Philadelphia: Temple University Press, 1993.

**Resumo:** *O gênero tornou-se uma importante ferramenta conceitual para compreender a crescente pandemia global de HIV. Assim, oferece uma via poderosa para visualizar a estrutura das relações entre homens e mulheres como fator central de várias epidemias e confere peso ao nosso entendimento da infecção por HIV não como uma simples experiência patológica individual. No entanto, enquanto conceito, o gênero tem seus pontos cegos. Este trabalho sustenta que há quatro questões centrais à compreensão da dinâmica e desenvolvimento da pandemia de HIV, e que não são necessariamente mais bem compreendidas através da análise de gênero isoladamente, quais sejam: a vulnerabilidade feminina, a culpabilidade masculina; os interesses sexuais dos jovens e as culturas sexuais marginais. O trabalho propõe usar a sexualidade como estrutura de análise destas questões e busca aplicar os desenvolvimentos da pesquisa crítica da sexualidade, a fim de somarem-se ao gênero como forma de aumentar a capacidade de resposta à crise gerada pelo HIV/AIDS.*

## Evitar infecções sexualmente transmissíveis, a gravidez indesejada e proteger a fertilidade: a necessidade de tripla proteção das mulheres jovens

Martha Brady

Membro do Population Council, Gender, Family and Development Program, Nova Iorque, EUA.

**Abstract:** *The problems and risks of unprotected sex, unintended pregnancy and sexually transmitted infections are inextricably linked. In this context, the critical yet overlooked problem of infertility also needs to be addressed. Dual protection means concurrent protection against unintended pregnancy and STI/HIV. This paper argues for a more comprehensive notion or “triple protection” to include the safeguarding of fertility. This is intended explicitly to draw out the connection between infertility and STIs – using the “visibility” of fertility and infertility and people’s immediate connection with them – and in so doing to bolster STI prevention and control efforts. It could also serve to highlight the connections between infertility and unsafe abortion and delivery practices, which still exist in many developing countries. Understanding differences in perception and weighting of protection concerns by young women and men, whether they wish to start, postpone or avoid pregnancy, is essential for the creation of effective programmes. Building on efforts to promote dual protection, a strategic opportunity exists to include prevention of infertility into safer sex messages and to address the fragmentation of reproductive health and HIV/AIDS programmes.*

**Palavras-chave:** infecções sexualmente transmissíveis, HIV/AIDS, infertilidade, contracepção e gravidez indesejada, conscientização sobre fertilidade, dupla proteção.

**A**o adentrarmos a terceira década da epidemia de HIV/AIDS, nos deparamos com opções ainda limitadas para prevenir a transmissão sexual do vírus. No final de 2002, estimava-se que 38,6 milhões de indivíduos (dos quais 11,8 estavam na faixa entre 15 e 24 anos, e 3,2 milhões eram crianças) viviam com HIV/AIDS.<sup>1</sup> Embora homens e mulheres tenham, *grosso modo*, uma probabilidade igual de contrair a doença, as mulheres tendem a ficar infectadas em idade mais jovem.<sup>2</sup> Em certas regiões da África, devido aos padrões das redes sexuais, são infectadas mais moças do que rapazes.

Em algumas cidades, a taxa de infecção entre as moças de 15 a 19 anos de idade é duas a oito vezes maior que aquela verificada entre os rapazes.<sup>3</sup>

A pandemia de AIDS e a constatação de que as ISTs facilitam a transmissão do HIV incentivaram uma campanha mundial para desenvolver novas estratégias para programas e métodos de prevenção. As epidemias de HIV e ISTs estão estreitamente ligadas e partilham da mesma via de transmissão, o sexo desprotegido. Partilham também do mesmo desequilíbrio de poder subjacente entre homens e mulheres nas famí-

lias, na educação, no mercado de trabalho e na sociedade civil, desequilíbrio que está na base de ambas epidemias. No entanto, são distintas do ponto de vista epidemiológico e geográfico. Devido às diferenças nos índices de prevalência e incidência, nem todos correm o mesmo risco de ISTs curáveis e HIV. As ISTs são as causas mais comuns de doença no mundo e têm extensas conseqüências sociais, econômicas e para a saúde.<sup>4</sup> Além disso, as mulheres são social, econômica e biologicamente mais vulneráveis às ISTs do que os homens. Elas tendem a ficar assintomáticas por mais tempo, demoram mais para procurar tratamento e, excluindo o HIV, sofrem conseqüências mais sérias decorrentes de algumas ISTs, incluindo câncer cervical, gravidez ectópica, septicemia e infertilidade.<sup>5</sup>

Os problemas e riscos do sexo sem proteção, da gravidez indesejada e da infecção estão intimamente ligados. Práticas culturais discriminatórias como o casamento precoce e o dote, a violência e a coerção sexual, e a dependência econômica das mulheres em relação aos homens, principalmente no caso de mulheres jovens, fazem com que estas estejam especialmente vulneráveis. A missão básica de mudar o equilíbrio de poder entre homens e mulheres é essencial e deve receber prioridade máxima.

Enquanto isso, o significado global das epidemias de ISTs e HIV, e também da gravidez indesejada, demanda um compromisso renovado para atender às necessidades mais complexas de proteção das mulheres jovens, que requer a cooperação entre programas de planejamento familiar e outros programas de saúde reprodutiva, aliados a programas de HIV/AIDS. Ao mesmo tempo, enfrenta-se o problema crítico, porém negligenciado, da infertilidade, que também precisa ser tratado. A prevenção e o tratamento da infertilidade foram reconhecidos explicitamente como elementos básicos de saúde reprodutiva no Programa de Ação do CIPD:

“Informação e serviços devem ser disponibiliza-

dos aos adolescentes para ajudá-los a compreender sua sexualidade e protegê-los da gravidez indesejada, das doenças sexualmente transmissíveis e subseqüentemente do risco de infertilidade.”<sup>6</sup>

No entanto, a infertilidade não tem sido explicitamente reconhecida ou abordada pelos programas de saúde reprodutiva. De um lado, isto se deve à fragmentação dos serviços de saúde, e, de outro, à percepção dos formuladores das políticas de saúde e de seus gerentes de programa, que vêem a infertilidade como uma preocupação menor diante das ameaças mais imediatas e visíveis da gravidez indesejada e das ISTs/AIDS. Contudo, dado que a fertilidade e a infertilidade são temas centrais para a vida de muitas mulheres, deixar de tratá-las de forma direta é adotar uma visão míope do problema. Uma revisão das pesquisas sociológicas e antropológicas sobre esse assunto revela a grande dor e sofrimento por parte das pessoas que são inférteis ou temem ser, freqüentemente levando a tratamentos caros, prolongados, e muitas vezes, inefcazes, principalmente entre as mulheres. Além disso, há evidências de que o tratamento da infertilidade vem desempenhando um papel cada vez mais importante, e que a reprodução assistida vem ganhando um mercado cada vez maior nos países em desenvolvimento.<sup>7</sup> A infertilidade merece um status mais elevado enquanto problema de saúde pública – incluindo pesquisa e tratamento adequados, estratégias de prevenção eficientes e aconselhamento e apoio acolhedores.

### **A magnitude e o significado da infertilidade para a mulher**

A infertilidade é um dos maiores problemas de saúde reprodutiva em todo o mundo. Fatores masculinos e femininos respondem, cada um, por aproximadamente 40% dos problemas de infertilidade, enquanto 20% dizem respeito a fatores partilhados ou inexplicados.<sup>8</sup> Dados confiáveis sobre prevalência de infertilidade são

difíceis de ser obtidos devido a problemas de definição e coleta. Porém, estimativas indicam que entre 8 e 12% dos casais passam por algum tipo de infertilidade durante sua vida reprodutiva.<sup>9</sup> Dados mais recentes da África Subsaariana, região com as maiores taxas de infertilidade, estimam uma prevalência de 15 a 30% em alguns países.<sup>10</sup> Há também evidências de que a prevalência de infertilidade vem crescendo em algumas partes do mundo, na maioria das vezes, devido à crescente incidência de infecções, especialmente ISTs que, quando não tratadas, podem prejudicar a fertilidade feminina.

Em grande parte do mundo em desenvolvimento, a infertilidade das mulheres está intimamente ligada à ISTs e infecções iatrogênicas relacionadas a procedimentos médicos conduzidos inadequadamente – aborto inseguro e práticas de parto – que são situações passíveis de prevenção. Evidentemente, iniciativas para assegurar o acesso ao aborto seguro e melhorar práticas obstétricas poderiam contribuir muito para reduzir a infertilidade advinda destas causas. É importante também abordar o crescente problema das ISTs, senão por outro motivo, por seu relacionamento com o HIV.

A infertilidade e as ameaças à fertilidade têm sérias implicações para a vida das mulheres jovens. Num estudo sobre o comportamento sexual de adolescentes na Índia, Jejeebhoy observa que a infertilidade é muito temida pelas moças,<sup>11</sup> e na sociedade islâmica se diz que “o céu está sob os pés das mães”. Assim, a infertilidade é várias vezes percebida como um dos piores problemas que uma mulher pode enfrentar.<sup>12</sup>

O interesse das mulheres em salvaguardar a fertilidade pode representar um importante fator no processo de decisão sobre a contracepção e o aborto. Evidências da África Ocidental sugerem que a fertilidade e a infertilidade são temas centrais para muitas mulheres em idade reprodutiva. Algumas jovens acreditam, embora erroneamente, que a infertilidade é um efeito colateral da

contracepção, mas o impacto do aborto inseguro sobre a fertilidade é percebido como remoto.<sup>13</sup>

No entanto, em outros estudos, mulheres adultas associam abortos praticados inadequadamente com infertilidade subsequente.<sup>14</sup>

Alguns pesquisadores têm postulado que as altas taxas de infertilidade em muitas comunidades africanas acabam perpetuando a relutância das mulheres em adotar a contracepção por medo de prejudicar sua fertilidade posteriormente.<sup>15</sup> Em pesquisas sobre decisões quanto à contracepção, a preocupação com a infertilidade aparece como uma das razões mais importantes mencionadas para justificar a interrupção da contracepção.<sup>16</sup> Perguntar às mulheres a razão principal para o uso descontinuo de contraceptivos – técnica usada na maioria das pesquisas – pode levar a uma imagem muito simplificada da situação,<sup>17</sup> mascarando outros fatores subjacentes importantes, como o medo da infertilidade.

Muito embora a infertilidade tenha um impacto profundo sobre a vida de homens e mulheres em todas as partes do mundo, as conseqüências sociais da infertilidade são mais graves para as mulheres do que para os homens. A infertilidade masculina passa despercebida na maioria dos casos, e, em geral, as mulheres são responsabilizadas pela falta da prole.<sup>18</sup> As repercussões da infertilidade têm profundo impacto social e econômico sobre a saúde da mulher, particularmente em ambientes tradicionais onde a identidade e o status feminino estão inextricavelmente ligados à capacidade de gerar filhos. O fracasso nesse campo produz conseqüências sérias e, não raro, deixa a mulher vulnerável a abusos físicos e emocionais, ao estresse psicológico, ao ostracismo e ao divórcio.<sup>7, 18, 19</sup>

### **Homens e infertilidade**

O crescente conhecimento no campo das ciências sociais e da pesquisa biomédica sugere que cerca de 40% da infertilidade humana é atribu-

ível a problemas do homem.<sup>8</sup> Apesar do peso da infertilidade masculina dentro da equação total da infertilidade, sabemos relativamente pouco sobre o que os homens pensam sobre sua própria fertilidade ou a de sua parceira. Em muitos contextos, a fertilidade masculina é presumida e não questionada. Apesar dos consideráveis esforços para envolver os homens em programas de saúde reprodutiva nos países em desenvolvimento, pouca atenção vem sendo dada para incluí-los na discussão e nos programas de tratamento da infertilidade<sup>20</sup> – salvo algumas exceções recentes.

A etiologia da infertilidade é marcadamente diferente em homens e mulheres. As causas primárias da infertilidade masculina estão ligadas a defeitos genéticos e congênitos, desordens imunológicas e hormonais, doenças sistêmicas (como a tuberculose), doenças crônicas, e fatores ambientais.<sup>21</sup> As ISTs afetam a fertilidade feminina através de infecções do trato genital superior e suas seqüelas. Salvo pela ocorrência rara de epididimite bilateral, as ISTs dificilmente levam à infertilidade masculina.<sup>22</sup> Estudos sobre a hipótese de que as ISTs causam bloqueio do vaso deferente, prejudicando a fertilidade, não foram validados.<sup>23</sup>

Os homens, como as mulheres, dão grande valor à fertilidade. Em algumas sociedades, homens sem filhos são tratados de forma desigual em relação ao que são pais.<sup>7</sup> Mas, diferente das mulheres, os homens conseguem esconder melhor seu problema de infertilidade alegando ter filhos em outros lugares ou permitindo que sua parceira secretamente tenha relações com outro homem, em geral um parente, para engravidar.<sup>24</sup> Relatos do Zimbábue, da Tanzânia, de Camarões e Uganda sugerem que a infertilidade do homem é tratada com discrição para proteger a dignidade masculina.<sup>7</sup> Isto, por sua vez, pode prejudicar o envolvimento dos homens no diagnóstico da infertilidade, seu tratamento e gerenciamento. Assim, as mu-

lheres podem se submeter a tratamentos caros e desnecessários ainda que o problema resida no parceiro.

Não se sabe em que medida as mulheres (e os homens) percebem a ligação entre infecções sexualmente transmitidas e a infertilidade. Embora tenham recebido informações rudimentares sobre o assunto em programas e materiais educativos, o nível de informação parece ser baixo. Um estudo recente em Mali, que visava compreender como os adolescentes de ambos os sexos definiam suas necessidades em relação à saúde sexual, mostrou que a ligação entre ISTs e infertilidade não havia sido entendida.<sup>25</sup>

### **Ampliando a dupla proteção para incluir a salvaguarda da fertilidade**

A importância de proteger a fertilidade, embora não testada empiricamente, pode ter especial relevância sempre que o status da mulher for medido por sua fertilidade. Tratar das necessidades mais amplas da saúde reprodutiva da mulher, incluindo a infertilidade, não só exemplifica os princípios do Cairo, como também poderá oferecer sinergias programáticas. Uma medida prática é ampliar e fortalecer as iniciativas de dupla proteção.

A dupla proteção, na sua forma atual, significa proteção concomitante contra gravidez indesejada e IST/HIV. Somente preservativos masculinos e femininos provaram ser eficazes contra os dois.<sup>26</sup> A dupla proteção pode ser obtida também através do uso de preservativos femininos ou masculinos associados a outros métodos contraceptivos e/ou o aborto. “O uso duplo de métodos” (dois métodos contraceptivos usados ao mesmo tempo) é uma forma de dupla proteção somente se um dos dois métodos for o preservativo. Outra forma de conseguir a dupla proteção é através do uso de um contraceptivo que não seja de barreira num contexto de monogamia mútua entre parceiros não infectados. Finalmente, a dupla proteção pode ser conse-

guida através de sexo sem penetração. Embora pouca atenção seja dada a esta última estratégia nas campanhas de promoção da saúde, ela é um campo potencialmente importante para futuros estudos e programas, especialmente entre os jovens.

Uma articulação mais abrangente das necessidades de proteção poderia ser definida como “tripla proteção”, ou seja, a prevenção contra três resultados indesejados: 1) IST/HIV; 2) gravidez não planejada e 3) infertilidade. Essa expansão do conceito de dupla proteção tem como intenção explícita ressaltar a ligação entre infertilidade e ISTs e, ao fazê-lo, potencializar e reforçar a prevenção das ISTs. Pretende também ressaltar a ligação entre infertilidade e práticas de aborto e parto inseguro em diversos países em desenvolvimento. As ISTs e a AIDS são muito estigmatizadas e freqüentemente deixam de ser discutidas, sendo muitas vezes mal compreendidas ou até invisíveis para a maioria. A ligação entre infertilidade, aborto e parto inseguros é muitas vezes ignorada. A “tripla proteção” pode lançar mão da “visibilidade” do assunto fertilidade/infertilidade – e da ligação direta que as pessoas mantêm com o tema – para promover simultaneamente a proteção contra as ISTs e o HIV usando, inclusive, os mesmos métodos da dupla proteção.

Embora outros métodos de barreira cervical e química ofereçam alguma proteção contra certas ISTs, sua eficácia não foi comprovada para a prevenção do HIV.<sup>26</sup> Barreiras cervicais, como os diafragmas e os tampões, poderiam ser eficazes na prevenção ou redução do risco de algumas ISTs, inclusive o HIV, mas nenhum estudo prospectivo analisou a questão até o momento. Recentemente, foi lançado um estudo para testar a eficácia do diafragma. Os microbicidas vaginais são uma promessa para o futuro, pois os principais estão na fase inicial de testes clínicos.

Produtos novos e avançados poderão oferecer

alguma ajuda, mas a promoção dos métodos de dupla (tripla) proteção, hoje disponíveis, deve continuar com renovada urgência. O problema é que os preservativos não são populares entre várias pessoas, em parte devido à idéia ou experiência de que diminuem o prazer sexual. Além disso, os serviços de planejamento familiar têm uma perspectiva contrária ao uso dos preservativos por considerá-los contraceptivos menos eficazes, ainda que, na realidade, sejam muito eficientes, desde que usados correta e sistematicamente. Em diversas situações, o preservativo masculino também é associado com o “sexo casual” ou o sexo fora do relacionamento principal. No entanto, nem sempre foi assim. Historicamente, o preservativo masculino tornou-se parte legítima das estratégias de contracepção, primeiro fora do casamento, e, depois, dentro dele, ao menos nos países desenvolvidos, até que outros métodos contraceptivos fossem amplamente disponibilizados. Não sabemos ainda se a prevenção das ISTs dentro do casamento passará por mudanças. Educar os homens, especificamente os homens casados, sobre a salvaguarda da fertilidade como uma forma de automotivação de longo prazo poderá constituir um estímulo para mudar o comportamento individual e normativo.

As pessoas precisam de uma gama maior de métodos e de novas abordagens para aumentar sua capacidade de proteger a si e a seus parceiros contra o HIV e as ISTs, a gravidez indesejada e a infertilidade. O fato de que os métodos de dupla/tripla proteção conseguem salvaguardar a fertilidade poderia ser visto, em termos de promoção da saúde, como um argumento de vendas excepcional. É preciso experimentar várias estratégias de promoção.

### **Atendendo às necessidades de proteção de mulheres jovens**

Quando se trata de criar programas para os jovens, a ilação mais perigosa é achar que

eles se encaixam precisamente em categorias determinadas. É fundamental compreender como eles percebem suas necessidades e suas capacidades para adotar comportamentos de proteção. Apesar disso, os estudos existentes até hoje se concentraram apenas em níveis e padrões de atividade sexual, gravidez antes do casamento, uso de contraceptivos e preservativos – em vez de examinar a percepção de risco e o processo de decisão quanto à saúde reprodutiva em si.<sup>27</sup>

Diferenciais de poder entre os parceiros sexuais exercem uma forte influência quando se trata de escolher o método de proteção, e se ele será usado. Muitas vezes, as mulheres jovens são mais vulneráveis do que as adultas em termos de disparidade de poder devido à idade, poder social de barganha e a falta de acesso a serviços de saúde e opções econômicas. Num estudo sobre assimetria de idade e condição econômica nos relacionamentos sexuais de mulheres adolescentes jovens na África Subsaariana, Luke descobriu que as adolescentes não são totalmente vítimas, mas tampouco estão no controle de seus relacionamentos sexuais.<sup>28</sup> Elas parecem ter bastante poder de negociação quanto a certos aspectos de seus relacionamentos sexuais, mas pouco poder sobre as práticas sexuais do casal. Em geral, o nível de informação é baixo, e a percepção de risco nem sempre é equivalente ao risco real.<sup>29-30</sup>

O primeiro passo é distinguir entre as mulheres que querem ficar grávidas e aquelas que querem evitar a gravidez, ao mesmo tempo examinando suas necessidades de proteção contra as ISTs e o HIV.

### **Mulheres que querem evitar a gravidez**

Para as jovens que desejam evitar a gravidez, o risco imediato de engravidar muitas vezes assume a prioridade sobre as preocupações com infecções, mesmo que as conseqüências das ISTs,

especialmente da AIDS, sejam muito graves. As evidências sugerem que as mulheres conseguem usar ou negociar o uso de preservativos para prevenir a gravidez com mais constância do que para prevenir doenças.

As mulheres casadas representam a maioria das mulheres jovens sexualmente ativas nos países em desenvolvimento. Aquelas que desejam adiar ou evitar a gravidez são, em geral, aconselhadas a usar contraceptivos que não são de barreira, que não oferecem proteção contra as ISTs/AIDS. As pesquisas indicam que o uso constante de contracepção altamente eficaz está negativamente correlacionado ao uso constante de preservativos.<sup>31</sup> As mulheres jovens casadas têm sido bastante ignoradas pelos programas de prevenção das ISTs e do HIV devido à suposição de que o casamento é um caminho para o sexo seguro. Conseguir que seus parceiros usem preservativos dentro do casamento (mesmo para evitar a gravidez) tem se mostrado difícil para muitas mulheres, enquanto que estimular seus parceiros a fazê-lo fora do casamento pode ser possível ou não.<sup>32</sup> No entanto, uma estratégia que promova explicitamente o uso de preservativos para evitar a gravidez, visando salvaguardar a fertilidade da mulher, pode se mostrar aceitável, mesmo em contextos com alta prevalência de ISTs e HIV. Os preservativos femininos vêm sendo difundidos no Zimbábue com este fundamento.<sup>33</sup>

### **Mulheres que desejam ter filhos**

Tanto mulheres casadas quanto solteiras podem desejar a gravidez. As evidências sugerem que algumas jovens solteiras usam a gravidez como estratégia para solidificar relacionamentos e/ou casamentos, nem sempre com sucesso. Com relação às mulheres casadas, as pesquisas indicam que muitas vezes espera-se de uma recém casada (e, muitas vezes, ela mesma deseja) ter um filho logo no início do casamento, não raro no primeiro ano.<sup>34</sup> Do contrário, surgirão suspeitas

em relação à sua fertilidade. As ISTs aparecem como uma preocupação bastante secundária, no entanto, podem decorrer de relacionamentos sexuais anteriores ou fora do casamento.

O dilema nesse caso é conciliar necessidades diferentes e, por vezes, conflitantes das mulheres jovens. Atualmente a única opção para uma mulher soronegativa que deseje ter filhos com um parceiro soropositivo é a inseminação com sêmen doado por um homem soronegativo fértil, ou a lavagem do sêmen do parceiro para eliminar o HIV e posterior inseminação.<sup>35</sup> Não são métodos muito conhecidos ou aceitos, e este último ainda não está disponível na maioria dos países. Portanto, há uma necessidade premente de descobrir um microbicida não-contraceptivo capaz de permitir a gravidez e, ao mesmo tempo, proteger, ao menos parcialmente, contra a transmissão das ISTs/HIV.

### **Tripla proteção: um passo adiante**

As mulheres jovens precisam de informações precisas e acesso a serviços de saúde. Mas a necessidade de apoio social para que elas consigam se proteger eficazmente também é essencial.

Um primeiro passo seria reconhecer os direitos sexuais e reprodutivos destas jovens, incluindo o direito a relacionamentos sexuais consensuais prazerosos e seguros, e o direito a um casamento seguro, livremente escolhido. Também deveriam ser fomentados programas governamentais e políticas públicas de cooperação intersetorial que contemplassem as amplas necessidades de saúde e desenvolvimento dos jovens.

É preciso educar homens e mulheres (de todas as idades) sobre os comportamentos sexuais saudáveis e o sexo seguro, a anatomia e o funcionamento básico da reprodução, os riscos do sexo sem proteção, os métodos de prevenção da gravidez e das ISTs, o que causa infertilidade ou não, e o que se pode fazer a respeito ou não. Isto pode ser obtido de muitas maneiras: através do fortalecimento dos programas

escolares de competências para a vida, incorporação dessas mensagens em programas de planejamento familiar, de saúde da família, de prevenção das ISTs e AIDS, nos serviços de atendimento pré-natal e obstétrico, nos serviços de aborto e pós-aborto e nos programas de saúde dirigidos aos adolescentes, bem como através de campanhas públicas educativas mais amplas.

Parte do desafio da abordagem dessas necessidades está na fragmentação dos serviços de saúde reprodutiva. Assim, o atendimento das ISTs é feito mais freqüentemente nos serviços básicos de saúde ou em clínicas especializadas. Em geral, os problemas relativos à infertilidade, quando tratados, o são pela medicina tradicional ou alternativa, especialmente entre as mulheres de baixa renda, ou por especialistas em infertilidade no caso das mais abastadas. Os contraceptivos são oferecidos principalmente por serviços de planejamento familiar, pelo mercado e por médicos particulares que podem ou não estar ligados aos cuidados pré-natais. Em sua maioria, os programas de controle da AIDS são verticais. Do ponto de vista filosófico, técnico e logístico, superar a fragmentação exigirá experiências com diferentes modelos de serviço criados sob medida para cada contexto. Os serviços de planejamento familiar, por exemplo, poderiam desempenhar um papel fundamental na prevenção e, em alguns casos, no tratamento de alguns aspectos da infertilidade, e, desta forma, auxiliar as pessoas com problemas de infertilidade, envolver os homens nos cuidados de saúde reprodutiva, reduzir as taxas de ISTs e ganhar maior confiança da comunidade.<sup>36</sup> De fato, a ampliação do escopo dos serviços poderá auxiliar na diminuição do estigma em torno das ISTs e do HIV, tornando mais viável uma integração de serviços, que poderão assim se tornar mais eficazes.

Em termos de pesquisa, é preciso realizar estudos explanatórios e preditivos sobre o modo



como os adolescentes entendem e usam a dupla/tripla proteção, e como compreendem as causas e conseqüências da infertilidade.

Finalmente, o status desigual de meninas e mulheres em muitas sociedades é uma questão

central para qualquer discussão séria sobre estratégias de proteção. Talvez a combinação de empoderamento feminino e de esclarecimento da população masculina seja o melhor caminho para conseguir-se algum avanço.

---

## Referências

1. UNAIDS/WHO. AIDS Epidemic Update: December 2002. Geneva: UNAIDS. 2002.
2. Gregson, S., Nyamukapa, C., Mlilo, M. Are women or men more affected by HIV in Southern Africa? Insights from studies in rural Zimbabwe. *SAfAIDS News* 2000;8(4).
3. Glynn, J.R., Caraël, M., Avert, B., et al. Why do young women have a much higher prevalence of HIV than young men? A study in Kisumu, Kenya, and Ndola, Zambia. *AIDS* 2001; 15(Suppl.4): S51-60.
4. Gerbase, A.C., Rowley, J.T., Heymann, D.H.L., et al. Global prevalence and incidence estimates of selected curable STDs. *Sexually Transmitted Infections* 1998; 74(Suppl.1): S12-S16.
5. World Health Organization. Women and Sexually Transmitted Infections: Fact Sheet, June 2000. At:<http://www.who.int/inf-fs/en/act249.html>. Acessado em 16 de julho de 2003.
6. United Nations. Programme of Action of the International Conference on Population and Development, Cairo, Egito, setembro de 1994.
7. Van Zandvoort, H., de Koning, K., Gerrits, T. Medical infertility care in low income countries: the case for concern in policy and practice [Viewpoint]. *Tropical Medicine and International Health* 2001; 6(7):563-69.
8. Stewart, G.K. Impaired fertility. In: Hatcher, R.A., Trussel, J., Stewart, F., et al., editores. *Contraceptive Technology*. 17th revised edition. New York: Ardent Media, 1998.
9. World Health Organization. Recent Advances in Medically Assisted Conception: Report of a WHO Scientific Group. WHO Technical Report Series, Nº. 820. Geneva: WHO, 1992.
10. Farley, T.M.M., Belsey, E.M. The prevalence of infertility. In: African Population Conference. International Union for the Scientific Study of Population 1988; 1: 2.1.15- 2.1.30.
11. Jejeebhoy, S.J. Adolescent sexual and reproductive behaviour: a review of the evidence from India. *Social Science and Medicine* 1998; 46(10):1275-90.
12. Bhatti, L.I., Fikree, F.F., Khan, A. The quest of infertile women in squatter settlements of Karachi. Pakistan: a qualitative study. *Social Science and Medicine* 1999; 49:63 7-49.
13. Otoide, V.O., Oronsaye, F., Okonofua, F.E. Why Nigerian adolescents seek abortion rather than contraception: evidence from focus-group discussions. *International Family Planning Perspectives* 2001; 27(2):77-81.
14. Okonofua, F.E., Harris, D., Odebiyi, A., et al. The social meaning of infertility in Southwest Nigeria. *Health Transition Review* 1997; 7(2):205-20.
15. Cates, W., Farley, T.M., Rowe, P.J. Worldwide patterns of infertility: is Africa different? *Lancet* 1985;2:596-98.
16. Bongaarts, J., Bruce, J. The causes of unmet need for contraception and the social content of services. *Studies in Family Planning* 1995; 26(2):596-75.
17. Blanc, A.K., Curtis, S.L., Croft, T.N. Monitoring contraceptive continuation: links to fertility outcomes and quality of care. *Studies in Family Planning* 2002;33(2):127-40.
18. Bharadwaj, A. Culture, infertility and gender: vignettes from South Asia and North Africa. *Sexual Health Exchange* 2002; 2:14-15.
19. Jackson, H. Having control of one's own fertility. *Sexual Health Exchange* 2002; 2:1-2.
20. Datta, B. "What about us?" Bringing Infertility into Reproductive Health Care. *Quality/Calidad/Qualité* 2002; 13:3-29.
21. Iammarrone, E., Balet, R., Lower, A.M., et al. Review: Male infertility. *Baillière's Best Practice and Research. Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2003; 17(2):211-29.
22. Cates, W., Brunham, R.C. Sexually Transmitted Infections and Infertility. In: Homes, K.K. Sparling, P.F., Mardh, P.A., et al., editors. *Sexually Transmitted Diseases*. 3rd edition. New York: McGraw-Hill, 1999; p. 1079-87.
23. Berger, R.E. Acute epididymitis. In: Holmes, K.K., Sparling, P.F., Mardh, P.A., et al., editors. *Sexually Transmitted Diseases*. 3rd edition. New York: McGraw-Hill, 1999; p. 847-58.
24. Sundby, J. Infertility: a priority reproductive health issue. *Sexual Health Exchange* 2002; 2:13-14.
25. Doumbia, S., Brady, M., Gomis, D. Understanding the dual protection needs of adolescents

- in Bamako, Mali, 2003. Unpublished.
26. Stone, K.M., Timyan, J., Thomas, E.L. Barrier methods for the prevention of sexually transmitted diseases. In: Holmes, K.K., Sparling, P.F., Mardh, P.A., et al., editors. *Sexually Transmitted Diseases*. 3rd edition. New York: McGrawHill, 1999; p. 1307-21.
  27. Gage, A. Sexual activity and contraceptive use: the components of the decision making process *Studies in Family Planning* 1998; 29(2):154-66.
  28. Luke, N. Age and economic asymmetries in the sexual relationships of adolescent girls in sub-Saharan Africa. *Studies in Family Planning* 2003; 34(2):67-83.
  29. Anhberg, B.M., Jylkäs, E., Krantz, I. Gendered construction of sexual risks: implications for safer sexual practices among young people in Kenya and Sweden. *Reproductive Health Matters*, 2001; 9(17):26-35
  30. Nzioka, C. Lay perceptions of risk of HIV infection and the social construction of safer sex: some experiences from Kenya. *AIDS Care* 1996;8(5): 565-80.
  31. Jacobi, J. Practical options for prevention of HIV/STD infections and unwanted pregnancy. *Sexual Health Exchange* 1999;1-3.
  32. Adetunji, J. Condom use in marital and non-marital relationships in Zimbabwe. *International Family Planning Perspectives* 2000;26(4): 196-200.
  33. Warren, M., Philpott, A. Expanding safer sex options: introducing the female condom into national programmes. *Reproductive Health Matters*, 2003; 10(21): 130- 39.
  34. Haberland, N. The neglected majority: married adolescents. In: Background Document for UNFPA Workshop on Adolescent and Youth Sexual and Reproductive Health: Charting Directions for a Second Generation of Programming. New York: Population Council. 2002.
  35. Meseguer, M., Garrido, N., Gimeno, C. Comparison of polymerase chain reaction-dependent methods for determining the presence of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus in washed sperm. *Fertility and Sterility* 2002; 78(6): 1199-202.
  36. Okonofua, F.E. Afterword In: "What about us?" Bringing Infertility Into Reproductive Health Care. *Quality/Calidad/Qualité* 2002; 13:30-31.

**Resumo:** Os problemas e os riscos do sexo sem proteção, da gravidez indesejada e das doenças sexualmente transmissíveis estão intimamente ligados. Nesse contexto, o problema crítico porém negligenciado da infertilidade também precisa ser abordado. Dupla proteção significa proteção concomitante contra a gravidez indesejada e as ISTs/AIDS. O presente trabalho propõe a idéia mais abrangente da "tripla proteção" a fim de incluir a salvaguarda da fertilidade. A intenção explícita é usar a ligação entre infertilidade e as ISTs – lançando mão da "visibilidade" da fertilidade e infertilidade e da ligação imediata das pessoas com estas questões – para reforçar a prevenção e o controle das ISTs. Tal abordagem poderia servir também para chamar a atenção sobre a relação entre infertilidade e práticas inseguras de aborto e parto, que ainda ocorrem em muitos países em desenvolvimento. Para a criação de programas eficazes é essencial compreender quais as percepções e o peso das preocupações de mulheres e homens jovens em relação às formas de proteção para iniciar, adiar ou evitar a gravidez. Trabalhando com base nos programas de dupla proteção, tem-se uma oportunidade estratégica de incluir a prevenção da infertilidade nas mensagens sobre sexo mais seguro, e de abordar a fragmentação da saúde reprodutiva e os programas de HIV/AIDS.

## Por que coito interrompido? Por que não? Perspectivas masculinas

Nuriye Ortayli,<sup>a</sup> Ayşen Bulut,<sup>b</sup> Metin Ozugurlu,<sup>c</sup> Muhtar Çokar<sup>d</sup>

- a Diretor Clínico do Instituto de Saúde Infantil e Desenvolvimento da Saúde da Família da Universidade de Istambul, Turquia. E-mail: ortaylin@who.int.  
b Diretor do Instituto de Saúde Infantil e Desenvolvimento da Saúde da Família da Universidade de Istambul, Turquia.  
c Professor da Universidade de Ancara, Escola de Ciências Políticas, Ancara, Turquia.  
d Consultor de Saúde, Fundação para o Desenvolvimento de Recursos Humanos, Istambul, Turquia.

**Abstract:** *Withdrawal is an ancient and prevalent form of male contraception which has largely been ignored by family planning programme managers all over the world. The objective of this study was to understand men's perspectives on withdrawal use, both users and non-users. In-depth interviews with 62 male factory workers in western Turkey are reported, on use of withdrawal, attitudes to family planning, information on contraception, marital and sexual experience, and gender values and attitudes. Advantages reported both by users and non-users of withdrawal were being free from side effects, ease of access and having no cost. While current users said withdrawal was easy to use and practical, non-users complained about the difficulties of using withdrawal, that it was coitus-dependent, caused anxiety and decreased pleasure during sexual intercourse. Current users emphasised taking responsibility as husbands for family planning and protecting their wives from possible side effects of contraceptives. Withdrawal should be seen as a valuable choice in a world where increasing method choice, male participation and responsibility taking in reproductive health are all desirable. With its cited advantages withdrawal is likely to fill an important niche among current contraceptive practices and deserves more attention and support.*

**Palavras-chave:** Coito interrompido, planejamento familiar, perspectivas masculinas, relações conjugais, prazer sexual, Turquia.

O programa de ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento de 1994 diz, em relação à saúde sexual e reprodutiva, que:

*“Esforços especiais deveriam ser empreendidos para enfatizar a responsabilidade partilhada dos homens e promover sua participação ativa na paternidade, no comportamento sexual e reprodutivo responsáveis, incluindo planejamento familiar, cuidados pré-natais, saúde da mãe e da criança, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis,*

*inclusive HIV, prevenção de gravidez indesejada e de alto risco e partilha do controle da contribuição para a renda familiar.”<sup>1</sup>*

No entanto, os homens continuam não sendo um grupo-alvo importante na maioria dos programas. Não se dá atenção adequada ao papel que os homens desempenham e às suas perspectivas em relação a questões de controle da natalidade, reprodução e sexualidade. O coito interrompido, sendo um método de regulação da natalidade praticado pelos homens, também tem sido negligenciado.

O coito interrompido vem sendo amplamente utilizado desde a antiguidade e é hoje um dos métodos contraceptivos mais adotados no mundo todo. Estima-se que ao menos 38 milhões de casais do mundo inteiro adotem o coito interrompido. Apesar disso é um dos métodos de planejamento familiar menos estudados.<sup>2</sup> A maior parte das pesquisas sobre métodos contraceptivos vem se pautando na questão da diminuição das taxas de natalidade. Assim, métodos rotulados como ineficientes, como o coito interrompido, acabam recebendo pouca atenção. No entanto, mesmo na era dos modernos contraceptivos, este método vem desempenhando papel importante na transição demográfica da Turquia.

### **Turquia: o coito interrompido como solução tradicional para um problema moderno**

O coito interrompido vem sendo o método mais usado para controle da fertilidade nas áreas urbanas da Turquia desde o início do século XX.<sup>3</sup> O país hoje tem setenta milhões de habitantes, mas em 1923 a República da Turquia tinha perdido grande parte de sua população masculina numa série de guerras devastadoras e epidemias de malária, tuberculose e sífilis nas áreas rurais assoladas pela pobreza. Apenas treze milhões sobreviveram. Juntamente com campanhas bem-sucedidas de erradicação dessas doenças, políticas de fomento à natalidade contribuíram muito para reerguer o país. Em duas décadas, a taxa de natalidade total chegou a sete, enquanto as taxas de mortalidade baixaram e a população cresceu 3%.<sup>4</sup> A industrialização após a Segunda Guerra Mundial provocou migração do campo para as áreas urbanas, com mudanças dramáticas no custo de ter filhos, na vida familiar e nos valores. Uma pesquisa nacional sobre natalidade de 1963, a primeira a ser realizada num país em desenvolvimento, revelou uma taxa de fertilidade de 6,1, sendo que

a grande maioria das mulheres desejava limitar sua fertilidade. Embora a distribuição e uso de contraceptivos fosse ilegal, 20% dos casais usavam métodos contraceptivos naturais, sendo que 50% adotavam o coito interrompido.<sup>4</sup>

O governo reagiu à situação rapidamente. A promoção, distribuição e uso de contraceptivos foi legalizada e o Programa Nacional de Planejamento Familiar iniciou-se em 1965. Infelizmente, o programa se baseava em grande parte num único método moderno, o DIU, e deixava os homens de fora, condenando todos os métodos tradicionais, inclusive o coito interrompido, e oferecendo pouca informação e comunicação, constituindo-se basicamente em equipes móveis que não davam continuidade ao serviço prestado.

Devido à ineficiência desse programa, em 1973 o uso de contraceptivos modernos tinha crescido de 1% para 3% apenas, enquanto que o uso do coito interrompido mais do que dobrara, indo de 10% para 24%. Tendências similares foram observadas na década seguinte: 31% dos casais entrevistados praticavam o coito interrompido em 1988, a mesma porcentagem atribuída aos usuários de todos os métodos modernos.<sup>5</sup> A taxa de natalidade havia caído para 3, metade da taxa de 1963. Era óbvio que o programa de planejamento familiar não atendia às exigências de uma sociedade que mudava rapidamente. Cada vez mais casais queriam ter famílias pequenas, mas os serviços de planejamento familiar estavam fora de seu alcance, ou não atendiam às suas necessidades. Alguns pesquisadores tentaram chamar a atenção para a estreita relação entre as atitudes masculinas quanto à fertilidade e o comportamento de contracepção<sup>4</sup> e recomendaram serviços dirigidos aos homens,<sup>6</sup> mas estas vozes não foram ouvidas nem atendidas.

Em 1983, o aborto foi legalizado e, em 1993, dezoito em cada cem gestações terminavam em aborto,<sup>7</sup> caindo para 11,3 em 2003.<sup>8</sup> O exame

detalhado dos dados da Pesquisa de Demografia e Saúde de 1998 revelou que a diminuição no número de abortos tinha sido provocada não apenas por uma mudança do coito interrompido para contraceptivos modernos, mas também por uma substancial diminuição nas taxas de insucesso do coito interrompido.<sup>9</sup> Assim, o coito interrompido parece ter desempenhado um papel importante no declínio da natalidade e diminuição das taxas de aborto na Turquia. Nessas circunstâncias, só o preconceito contra o uso de métodos “não-modernos” justifica o fato de que as pesquisas sobre coito interrompido tenham ficado restritas a dados quantitativos da Pesquisa de Demografia e Saúde e outros estudos menores.<sup>10-13</sup>

As mulheres preferem o coito interrompido por não ter efeitos colaterais,<sup>12-13</sup> ser *temiz* (limpo)<sup>12,14</sup> e apresentar menos efeitos negativos sobre o prazer sexual do parceiro, se comparado ao uso do preservativo.<sup>12</sup> Um estudo intersetorial comunitário realizado em Ancara mostrou que os métodos tradicionais são atraentes para casais que desejam espaçar os nascimentos e, embora as taxas de insucesso sejam maiores que as do DIU, tendem a ser praticados com mais constância, salvo no caso de uma gravidez não planejada.<sup>15</sup> Outros estudos mostraram que um insucesso do coito interrompido seguido de aborto, em geral, é o que leva à mudança para um contraceptivo moderno,<sup>15</sup> se o casal tiver acesso a tais serviços.<sup>16, 17</sup> As perspectivas masculinas são menos documentadas.<sup>18,19</sup> No entanto, na era pós-Cairo, a importância de encontrar modos de aumentar a participação masculina é um consenso.<sup>20-22</sup>

O presente estudo qualitativo trata da perspectiva que os homens, usuários e não-usuários, têm sobre os benefícios e desvantagens do coito interrompido, investiga como aprenderam sobre sexualidade e coito interrompido, quais são suas atitudes em relação ao controle da natalidade, e como este método pode ser

ensinado a outros homens/casais. Também estávamos interessados em saber se eles achavam que o coito interrompido desapareceria ou continuaria a ter seu lugar à medida que os contraceptivos modernos e serviços de saúde melhorassem.

## Metodologia e participantes

Devido à natureza delicada do assunto, e cientes de que os homens não gostam de falar sobre relações conjugais na frente dos outros, os dados foram coletados usando entrevistas em profundidade em vez de discussões em grupo.

Para a realização do estudo, foi selecionada uma fábrica com aproximadamente quinhentos trabalhadores na cidade industrial de Gebze, a trinta quilômetros de Istambul, pois ali era possível encontrar homens adultos com variadas experiências e atitudes em relação ao coito interrompido. Os trabalhadores de fábrica são a maioria da população da Turquia, com uma renda pequena, porém segura, incluindo homens que nasceram na cidade ou que migraram de áreas rurais nos últimos vinte anos, refletindo uma tendência nacional.<sup>23</sup>

A coleta de dados aconteceu entre maio e novembro de 2001. As informações demográficas básicas e sobre o uso de contraceptivos foram recolhidas através de um questionário preenchido por 405 trabalhadores, 312 dos quais foram devolvidos (77%). Estes dados foram lançados no computador usando o EpiInfo e utilizados para recrutar para entrevista candidatos de diferentes grupos etários, nacionalidades e tipo de contraceptivo usado. 68 homens foram entrevistados entre junho e novembro de 2001.

As entrevistas eram semi-estruturadas, conduzidas por dois entrevistadores com experiência anterior de recolhimento de dados quantitativos. Os tópicos abordados incluíam: emprego, histórico conjugal, participação nas tarefas domésticas, tomada de decisões familiares, atitudes de gênero, experiência com contraceptivos,

fontes de informação sobre contracepção, doenças sexualmente transmissíveis, sexualidade durante a infância e adolescência, experiência sexual antes do casamento, experiência de coito interrompido, padrões de utilização, efeitos sobre o prazer sexual e insucesso na contracepção. Foi solicitado a todos os candidatos que dessem seu consentimento e permissão para gravação. Todos consentiram, salvo um. Em média, as entrevistas duraram noventa minutos, e foram conduzidas e analisadas em turco.

Todas as entrevistas foram gravadas com sucesso, exceto duas em que ocorreu falha técnica, e foram descartadas da análise. Todas as gravações foram transcritas e digitadas em Microsoft Word. Cinco delas apresentaram problemas de técnica de entrevista, e foram excluídas. Uma das entrevistas-piloto era tecnicamente aceitável e continha informações importantes, e foi incluída. No total, 62 entrevistas foram analisadas e codificadas, e os dados foram transferidos e codificados em *Ethnograph*, versão 5.0. Outras questões serão apresentadas em estudos futuros.

As características dos participantes estão relacionadas na tabela 1. Apenas três dos atuais usuários de coito interrompido declararam em seus questionários que estavam adotando o método; catorze deixaram a resposta em branco e três disseram usar preservativos, embora apenas um deles de fato usasse preservativo associado ao coito interrompido. Nas entrevistas, vinte participantes disseram utilizar o coito interrompido, seis usavam esse método associado ao preservativo, dois o usavam em combinação com a tabelinha, e um em combinação com o DIU. A média de uso do coito interrompido no total de participantes era de  $3,0 \pm 3,8$  anos. Para os que estavam usando o método atualmente, a média era de  $6,29 \pm 1,22$  anos. Para os que usaram alguma vez, a média era de  $2,58 \pm 0,42$  anos ( $p=0,0128$ ).

**Tabela 1. Características demográficas dos participantes (n=62)**

Idade média	$32,2 \pm 5,6$
Estado civil	
Solteiro	4
Casado	56
segundo casamento	2
Idade média das esposas	$32,2 \pm 16,6$
Diferença de idade dos cônjuges <sup>a</sup>	$-0,3 \pm 16,9$
Média de filhos	$1,78 \pm 1,27$
Média de duração do casamento (anos)	$9,9 \pm 13,5$
Média de escolaridade (anos)	$8,9 \pm 4,7$
Média de escolaridade das esposas (anos) <sup>b</sup>	$6,9 \pm 3,4$
Média da diferença de escolaridade entre os cônjuges	$1,9 \pm 4,7^c$
Número de esposas assalariadas	5 <sup>d</sup>
Renda média	441,19 milhões liras turcas <sup>e</sup>

<sup>a</sup> Apenas três homens tinham esposas mais velhas que eles.

<sup>b</sup> Exceto por uma, todas tinham alguns anos de estudo.

<sup>c</sup> Dez mulheres tinham mais anos de estudo que os maridos.

<sup>d</sup> Duas dessas mulheres tinham grau universitário e duas tinham segundo grau completo, e as quatro trabalhavam. Uma tinha escola primária e era artesã.

<sup>e</sup> US\$ 1 = 1,6 milhões de liras turcas na época da pesquisa.

Havia treze homens que nunca tinham usado o coito interrompido, dos quais dois contavam 31 anos de idade e os demais tinham entre 24 e 31 anos. Três dos que nunca tinham usado o método estavam atualmente usando preservativos, outros três, DIU, um contraceptivo hormonal, e a esposa de um deles tinha feito ligadura das trompas. Os demais não estavam adotando métodos contraceptivos, ou por suas esposas estarem grávidas ou porque queriam ter filhos. Dos demais, 29 não estavam usando o coito interrompido, mas haviam usado no passado (de três meses a cinco anos); metade deles não sabia estimar com certeza o tempo de uso do método.

## **Casamento, partilha de tarefas e decisões domésticas**

Cerca de metade dos homens entrevistados tiveram casamentos arranjados. A maioria dos demais pudera recusar ou aceitar a companhia proposta, e muitos puderam visitar e passar algum tempo com suas noivas. Os demais escolheram suas esposas por si mesmos, ou depois de um longo namoro, ou porque eram conhecidas e moravam perto.

Quase todos os homens moravam em apartamentos com suas esposas e filhos, em geral, num prédio onde seus pais e irmãos casados também moravam, mas longe da família das esposas. Nessa família estendida, em geral, os orçamentos familiares eram separados, mas as refeições e a vida social eram partilhadas. Alguns preferiam viver sozinhos, sem os parentes.

Cerca de um terço dos entrevistados disseram tentar ajudar as esposas ao máximo possível, limpando a casa, lavando a louça, arrumando a mesa e, às vezes, cozinhando. Os demais não assumiam qualquer responsabilidade quanto às tarefas domésticas. Alguns riam da idéia de um homem lavando louça ou pendurando a roupa no varal, e os descreviam como *kilibik* [empoleirados]. Mesmo alguns homens dentre os que tinham orgulho de ajudar as esposas disseram que não gostariam que outros os vissem fazendo as tarefas domésticas.

O processo de tomada de decisão dentro da família mostrou-se muito variado. Em umas poucas famílias estendidas, o homem mais velho, ou um grupo de homens, é quem tomava as decisões. Na sua maioria, as decisões eram tomadas na família nuclear, com inclusão das esposas:

*“...Não mais o estilo clássico anatoliano, em que o homem tem a palavra final ou esmurra a mesa e toma a decisão. Talvez esse fosse o modo de nossos pais, mas agora não.”*

*“A palavra final é minha... (pausa...timidamente) se ela consentir.”*

## **Atitudes relativas ao planejamento familiar e fontes de informação**

As atitudes quanto ao planejamento familiar foram praticamente idênticas para todos os trabalhadores:

*“Não é difícil ter muitos filhos e deixá-los na rua. Difícil é criar seus filhos de maneira adequada... É preciso pensar no futuro deles.”*

Devido à sua situação econômica, a maioria pensa ter condições de criar dois filhos, alguns disseram três, e uns poucos, apenas um. Mesmo aqueles que tinham mais de dois filhos, disseram que o ideal era dois.

Sua maior fonte de informação sobre contraceptivos modernos são as esposas. Ficou claro que as mulheres partilham informações sobre contraceptivos, e a maioria dos homens afirma que as mulheres falam mais entre si que os homens. Alguns homens tinham aprendido sobre contracepção com amigos ou colegas íntimos, mas a maioria disse não falar com outros homens sobre essas questões, não considerando apropriado falar sobre assuntos íntimos ligados à vida familiar. A maior parte das conversas masculinas sobre sexo era sobre relacionamentos extraconjugais.

Outro motivo que leva as mulheres a ser mais informadas sobre contracepção é que elas recebem informações sobre planejamento familiar nas clínicas SMI/PF. Algumas vezes, elas trazem material impresso para casa, que, em geral, é o único lugar onde seus maridos têm acesso a essa informação. Os poucos homens que se lembraram disso também lembravam de todos os detalhes contidos nesse material.

Alguns participantes mencionaram suas mães como importante fonte de experiência, se não de informação, e isto poderá se tornar uma importante tendência na formação da segunda geração de usuários de contraceptivos. Seus pais foram expostos a contraceptivos modernos e informa-

ção, e suas experiências e percepções poderão desempenhar um papel na vida dos jovens.

*“Não quero aquele negócio com a mola. Minha mãe usava a mola; ela teve uma doença por causa disso. Não quero que minha esposa use.”*

*“[Depois dessa gravidez não-planejada]... minha mãe disse para minha mulher: ‘Diga a esse menino burro para se proteger’ (risos). Então comecei [a usar o coito interrompido].”*

Alguns homens que usam contraceptivos modernos, a maioria na faixa dos vinte anos, mencionaram os serviços de saúde como fonte de informação. No entanto, é provável que tenham recebido essa informação depois de decidir usar um método moderno e visitado algum serviço de saúde com a esposa, em vez de ter considerado a informação como parte de seu processo decisório.

### **Fontes de informação sobre coito interrompido**

Embora as mulheres fossem a principal fonte de informação sobre contraceptivos modernos, jamais foram citadas como fonte de informação sobre o coito interrompido, contrariamente aos achados de um estudo libanês.<sup>18</sup> O coito interrompido foi aprendido de maneira fragmentada, algumas vezes com amigos:

*“Nós tínhamos um supervisor. Ele mencionou esse método um dia. Ele disse que você precisa fazer no lixo se não quiser filhos. Fiquei pensando e descobri o que ele queria dizer.”*

*“Apreendi que, durante a relação, quando você sente que vai gozar, pode sair. Na verdade [meus amigos] me disseram menos que isso, mas eu adivinei. Eles não deram muitos detalhes.”*

A maioria dos participantes do estudo disse ter tido sua primeira relação sexual antes do casa-

mento com trabalhadoras do sexo, e nenhum deles pensou em contracepção ou proteção contra doenças sexualmente transmissíveis, nem usou preservativos ou outros contraceptivos. Todos presumiam que as mulheres estavam usando contraceptivos e que “afinal, era responsabilidade dela”. Apenas dois tiveram sua primeira relação dentro do casamento e cinco com mulheres conhecidas e sem pagar. Dentre estes, quatro praticaram coito interrompido sob a orientação de sua parceira, todas mais experientes que eles.

Os filmes pornográficos foram mencionados por vários homens como responsáveis pela idéia de interromper o coito. Nesses filmes a ejaculação é mostrada fora da vagina. Alguns participantes disseram que estas cenas lhes deram a idéia de usar a retirada do pênis como método contraceptivo.

No entanto, mais de um terço dos usuários disseram que jamais tinham ouvido falar disso, mas que usando o bom senso chegaram à conclusão de que não ejaculando dentro da vagina seria possível evitar a gravidez. Eles experimentaram e foram ganhando confiança com o passar do tempo.

*“Minha mulher estava tomando a pílula, mas queria parar. Então, comecei enquanto ela ainda estava tomando para ver se conseguia. Quando percebi que era possível, ela parou de tomar a pílula.”*

### **Motivos para usar o coito interrompido**

Evitar os efeitos colaterais negativos dos contraceptivos modernos é a vantagem do coito interrompido, como foi descrito em vários estudos,<sup>12, 13, 18</sup> e também por usuários e não-usuários do método entrevistados no presente estudo, incluindo os que jamais o usaram. Os usuários quase sempre começam por citar os efeitos negativos dos modernos contraceptivos femininos. Alguns descreveram experiências



negativas de fato, mas a maioria falou de preocupações criadas por coisas de que tinham ouvido falar. Algumas dessas preocupações diziam respeito aos efeitos colaterais dos contraceptivos modernos, mas outras se baseavam em rumores sem comprovação como, por exemplo, a crença de que o DIU migra pelo corpo e que a pílula causa câncer. Alguns usuários preferiam o coito interrompido por ser um método natural.

*“Mesmo quando tenho dor de cabeça, não tomo um analgésico. Durmo e a dor de cabeça passa. O mesmo vale para isso... Não fomos a um médico.”*

*“Não se pode ter certeza, mas talvez aquele [efeito colateral] apareça na sua mulher. Pode não ser o caso dos outros, mas talvez a sua mulher fique doente.”*

Portanto, esses homens não queriam pôr em risco a saúde de suas esposas e se dispuseram voluntariamente a assumir a responsabilidade pela contracepção.

Muitos homens expressaram preocupação e contaram casos que haviam ouvido sobre o insucesso de contraceptivos modernos, e a maioria entendia que não era fácil compreender o mecanismo desses métodos. No entanto, falaram de sua grande confiança no coito interrompido, como um método que podiam controlar. Dois homens que tinham usado o coito interrompido durante três anos afirmaram:

*“Não, não... não há risco de acidentes. É 100% seguro.”*

*“[o insucesso] depende da situação. Passamos anos usando o coito interrompido, e nada aconteceu.”*

Alguns estavam bem cientes da possibilidade do método falhar, e estavam preocupados, mas acreditavam que a ausência de efeitos colaterais e custo, bem como a facilidade de acesso eram

boas contrapartidas em relação a métodos com graves efeitos colaterais e que não oferecem 100% de eficácia. A falta de qualidade e de informação nos atuais serviços de saúde também fez do coito interrompido uma opção atraente. Uma vantagem adicional mencionada por alguns usuários é a de evitar ter de comparecer a um serviço de saúde, algo que exige tempo e dinheiro, e pode ser intimidador.

*“É difícil para ela ir ao hospital a cada três meses para tomar a injeção... Não quero que ela vá sozinha. Você sabe como é por aí... [A injeção] também causa doenças. Isso é responsabilidade do homem, ele deveria se controlar.”*

*“Acho que o motivo é esse: é barato. Não é preciso investir capital (risos).”*

*“Não consultamos um médico... Encontramos esse método... para que tentar outros? O custo também é um fator importante.”*

Vários usuários eventuais usavam o coito interrompido como segurança, ou durante um período de transição para outro método, mas preferiam outro método contraceptivo depois que a situação se definia. O coito interrompido não requer preparação. O livre acesso faz dele o método ideal para períodos de transição como depois do parto, durante a mudança de método contraceptivo, ou quando aparecem dificuldades para conseguir outros métodos ou repor o estoque.

Alguns usuários praticam o coito interrompido e usam preservativos durante o período fértil. Um número significativo de usuários eventuais também afirmou lançar mão desse método apenas num “período arriscado.” Um usuário atual, cuja esposa tinha um DIU, usava o coito interrompido para diminuir o risco de falha do método. Um outro usava o coito interrompido intercalando o uso de pílula com a esposa, e dessa forma ambos compartilhavam o ônus da contracepção.

Um outro motivo importante para usar o coito interrompido é sua conveniência no caso de um relacionamento novo, numa relação sexual inesperada ou não-programada, e nos relacionamentos extraconjugais de longa duração.

*“Você conhece a mulher, ela é limpa (sic). Existe intimidade. Você não pode usar preservativo, ela ficaria ofendida. Mas você não quer incorrer no risco [de uma gravidez]. Então você usa o coito interrompido.”*

### **Insucesso do coito interrompido e perspectivas quanto ao aborto**

Como era esperado, homens que nunca usaram e os usuários eventuais tinham muitas dúvidas sobre a eficiência do coito interrompido; e vários dos que o usavam raramente, haviam deixado de recorrer a ele depois de uma gravidez indesejada ou não planejada, ou por temê-la. Os homens que usavam o coito interrompido tinham inicialmente experimentado uma alta incidência de insucesso, mas, gradualmente, sendo mais cuidadosos, haviam chegado a taxas de insucesso baixas. O risco de insucesso percebido parece estar intimamente relacionado com o grau de controle que os homens têm sobre sua percepção de tempo da ejaculação. Quanto mais tempo usavam o coito interrompido sem insucesso, maior é a confiança no método e neles mesmos.

Dentre os que haviam usado o método no passado sem sucesso, constatou-se que era frequente o uso do coito interrompido apenas durante o período fértil. No entanto, apenas dois dentre os 62 homens entrevistados puderam explicar corretamente quando se dava o período fértil. Mas, para muitos deles, o insucesso era decorrente de sua própria prática:

*“Eu não consegui. Às vezes é difícil se controlar.”*

Todos os usuários atuais tinham a forte opinião

de que sua escolha pelo coito interrompido não estava relacionada com a disponibilidade do aborto. Alguns deles nunca tinham vivenciado uma gravidez não-planejada. Outros tinham, mas resolveram ter a criança, já que suas companheiras e familiares se opuseram ao aborto, ou não se sentiam confortáveis em relação a ele.

*“ Fizemos o aborto. Minha esposa ficou chateada, disse que era um pecado. Mas, se não podemos garantir o futuro de duas crianças, quem dirá de três? Então fizemos. Sabe, às vezes acontece um acidente: você não consegue segurar no último minuto. Agora sou muito mais cuidadoso...”*

### **Prazer sexual**

Na Turquia dificilmente se ouve falar em vasectomia, e ela não é uma opção de fácil acesso. A maioria dos homens do presente estudo havia experimentado preservativos e coito interrompido, e a decisão de usar um ou outro adveio dos efeitos do método sobre seu prazer sexual. Alguns dos não-usuários achavam que o preservativo é mais aceitável que o coito interrompido, pois não exige do homem tanto controle. Praticamente todos os usuários do coito interrompido disseram que ele reduzia o prazer sexual em certa medida, mas que o preservativo era pior: “É melhor ter contato carnal direto”. Por outro lado, o principal problema do coito interrompido era: “Você não pode se soltar, tem que estar sempre se controlando.” No entanto, homens que jamais tinham usado e alguns que tinham usado o coito interrompido no passado fizeram objeções mais negativas quanto à diminuição do prazer sexual:

*“Bem na hora você precisa sair.”*

*“É igual a uma masturbação.”*

*“Se você quer ficar satisfeito, precisa gozar dentro.”*

O motivo para essas diversas reações pode ser explicado simplesmente por diferenças de gosto pessoal, mas imaginamos que talvez houvesse outras razões. Havia indicações de que homens que usavam o coito interrompido há muito tempo tinham bastante autoconfiança quanto ao tempo da ejaculação e se comunicavam melhor com suas esposas:

*“Eu não falho, meu amigo! De jeito nenhum. Não me deixo prender tão fácil.”*

*“Ela tem que soltar você quando chega a hora. Como usamos esse método sempre, ela sabe, ela não me impede de [sair a tempo]. Ela até me lembra quando sente que estou perto de gozar.”*

Alguns dos homens que haviam usado o método anteriormente, ou que nunca tinham usado, disseram que não conseguiam controlar o tempo da ejaculação, ou tinham ansiedade em relação a ser capazes de fazê-lo, e isto diminuía seu prazer sexual.

*“Sejamos sinceros. Não consigo me controlar. Para fazer isso acho que os dois têm que se conhecer muito bem. Um amigo meu diz que usa esse método. Mas com eles é diferente. Ele e a esposa se conheciam há muito tempo antes de se casar. Eles entendem um ao outro. Nem todo mundo pode fazer isso. Algumas pessoas gozam rápido, outras não... Se eu conseguisse controlar, usaria, pois acho que é o mais saudável.”*

*“...Bem, eu não uso. Digamos que eu seja preguiçoso, é difícil se controlar.”*

*“É muita coisa para fazer. Você precisa pensar no seu [prazer], no dela, e depois sair na hora certa. É demais.”*

Alguns dos não-usuários também levantaram questões quanto ao efeito negativo sobre o prazer sexual da mulher: “Você goza, fica satisfeito,

mas deixa a mulher no meio do caminho”. No entanto, usuários mais freqüentes achavam que suas esposas estavam felizes com o coito interrompido, pois haviam encontrado modos de superar esse problema.

*“Eu sempre a espero, só depois que ela goza, eu vou.”*

*“Se ela não fica aliviada na primeira vez, então, depois de um intervalo, eu tento novamente. Leva mais tempo quando você tenta uma segunda vez.”*

*“Eu usei retardador\* por um tempo, para que ela também pudesse sentir prazer. Mas agora não precisamos mais.”*

### **O homem precisa assumir a responsabilidade**

Todos os participantes concordavam que o coito interrompido causava um certo grau de diminuição do prazer sexual. Então, por que havia homens dispostos a usar esse método por longos períodos de tempo? Os usuários quase sempre incluíam o respeito por suas esposas e a necessidade de tratar as mulheres com igualdade como sendo sua principal motivação:

*“Pensei bastante sobre isso. E falei a mim mesmo, olha, meu rapaz, você não pode colocar toda a responsabilidade na mulher. Um homem deve fazer algum sacrifício se não quiser outro filho... Você tem que pensar na mulher. Você preza seu prazer; ela também preza [o dela]. Se a mulher pode usar proteção, você também deve saber protegê-la. Disse à minha esposa, deixa isso comigo, eu protegerei você.”*

*“Não mandaria minha mulher colocar um DIU só para o meu prazer.”*

\* Creme vendido com a promessa de aumentar a duração da relação e retardar a ejaculação.

*“Se um homem gosta de sua esposa, se ele se importa com sua saúde, então ele se protege. Se ele não liga, diz: não vou me proteger, você que tome a pílula.”*

Ficou óbvio que estes homens tinham orgulho de ser responsáveis pela limitação do número de filhos e ser bons maridos, que sabem controlar e proteger a família, atributos que viam como características masculinas:

*“Eu agi de forma honrada, como um homem (erkeklik yaptım). Eu disse que usaria proteção... É preciso saber o que se está fazendo... Outros métodos são difíceis para minha esposa.”*

As dificuldades do uso contínuo de um método coito-dependente, a relativa diminuição do prazer sexual e o risco de insucesso foram as principais desvantagens manifestadas por usuários e não-usuários do coito interrompido. Contudo, os atuais usuários não viam nisto um problema tão grande, e entendiam que as vantagens eram maiores que as desvantagens.

O senso de responsabilidade é um dos aspectos mais importantes do uso do coito interrompido. Durante anos ouvimos discussões sobre os homens que não são responsáveis e não partilham o fardo da contracepção. Na verdade, nosso estudo mostrou que, de fato, alguns homens assumem a responsabilidade ou estão dispostos a fazê-lo, se puderem. É interessante notar que quando o fazem, não têm dificuldades em conciliar isto com o papel tradicional do homem: poderoso, de posse do controle, protetor.

## **Discussão**

Algumas das características inerentes ao coito interrompido conferem a ele uma posição única dentre as opções de contraceptivos modernos na Turquia. Embora muitos formuladores de políticas públicas e profissionais de saúde argumentem em contrário, o aumento na qualidade e facilidade de acesso a serviços de contracepção

difícilmente eliminará a constante e alta prevalência de uso do coito interrompido em vista do nível de satisfação que os usuários manifestaram neste estudo bem como em outros.<sup>13</sup>

Algumas das preocupações que os homens tinham sobre efeitos adversos dos contraceptivos modernos eram baseadas em mitos e boatos que haviam escutado, por vezes, de outros homens, mas, em geral, de suas esposas. E as mulheres podem ter deformado a informação para afetar as decisões de seus maridos. Portanto, pode-se argumentar que muitos homens mudariam de idéia sobre os contraceptivos modernos caso tivessem acesso a informações corretas. No entanto, era realmente forte o desejo por uma opção “natural”.

O coito interrompido é gratuito, fácil de aprender e muitas vezes auto-ensinado. A percepção quanto à facilidade de uso parece ter sido a maior diferença entre usuários e não-usuários. Especialmente interessante é o paralelo entre os usuários de preservativo e os de coito interrompido. Os usuários de preservativos mencionaram exatamente os mesmos argumentos – evitar os efeitos adversos dos modernos contraceptivos, partilhar a responsabilidade de contracepção com as mulheres e menor redução do prazer sexual. Nossa impressão, formada a partir deste estudo, é que os homens que usam o coito interrompido durante longos períodos, e estão satisfeitos com ele, são homens que conseguem controlar sua ejaculação facilmente e que acham que suas esposas também estão satisfeitas com o método.

O risco aumentado de insucesso vem sendo muitas vezes usado para justificar a condenação do coito interrompido e sua exclusão dos programas de planejamento familiar, mas estudos de eficácia são escassos e antigos, apresentando falhas metodológicas. Há uma necessidade evidente de estudos bem planejados que contemplem as taxas de eficácia do método,<sup>2</sup> pois há dados sugestivos de que as taxas de insucesso no uso de longo prazo são muito baixas.<sup>13</sup> No

nosso estudo, a maioria dos usuários atuais, e alguns dos usuários eventuais, eram da opinião de que o coito interrompido oferecia menos risco de insucesso que os modernos contraceptivos. Como em todos os métodos coito-dependentes, a eficácia do uso é muito afetada pela motivação e habilidade do usuário.

As falhas vivenciadas pelos participantes do estudo aconteceram entre homens que usavam o coito interrompido apenas nos dias que entendiam ser os dias férteis da mulher. Acreditamos que se mais homens e mulheres soubessem identificar corretamente esses dias, isto ajudaria a diminuir as taxas de insucesso. O acesso à contracepção de emergência também poderia ter um efeito marcante, pois em geral os homens percebem quando não retiraram o pênis a tempo, levando a uma gravidez. O acesso ao aborto seguro é uma garantia importante em caso de insucesso do coito interrompido e de todos os outros métodos. Não encontramos qualquer evidência de que o acesso ao aborto fosse um fator importante na decisão de usar o coito interrompido, ou mesmo que levasse a uma atitude de maior relaxamento no uso contínuo do coito interrompido. Pelo contrário, os usuários tinham a mesma preocupação que os não-usuários no que diz respeito ao interesse em evitar a gravidez não-planejada.

Uma característica marcante dos atuais usuários do coito interrompido foi a ênfase colocada no fato de assumir a responsabilidade da contracepção por prezar a saúde das esposas. O orgulho masculino, da forma como foi manifestado pelos usuários do coito interrompido, e os sentimentos

de culpa, como expressos por alguns não-usuários, em relação à sua falta de capacidade de assumirem a responsabilidade, são dados importantes quando se trata de aumentar a participação masculina na saúde reprodutiva. Este estudo mostra que a responsabilidade masculina existe, ao menos em algumas culturas, em sua forma tradicional, e isto constitui um ponto de partida.

Nossas conclusões indicam que o coito interrompido continuará a ter seu lugar entre os métodos contraceptivos na Turquia, e que os profissionais do planejamento familiar deveriam dedicar mais tempo e esforço para entender e fomentar o seu uso. O coito interrompido não tem efeitos colaterais, não custa nada, não exige serviços de saúde sofisticados, é fácil de aprender, é controlado pelo usuário e poderá contribuir para a comunicação sobre contracepção e sexualidade na intimidade do casal. Ignorar o coito interrompido é trabalhar contra a população. O coito interrompido deveria ser discutido como opção contraceptiva, tendo como coadjuvantes a informação sobre o período fértil e a contracepção de emergência; e deveria ser ensinado às pessoas em idade reprodutiva e também a adolescentes.

### Créditos

Este estudo foi custeado pelo programa especial de Pesquisa, Desenvolvimento e Treinamento em Reprodução Humana do Banco Mundial/Organização Mundial da Saúde, UNFPA/UNDP de Genebra. Agradecemos à Professora Ferhunde Ozbay da Bosphorus University, de Istambul, por seu aconselhamento e comentários em vários estágios do estudo.

---

### Referências

1. International Conference on Population and Development Programme of Action. 197, parágrafo 4, 27. New York:United Nations, 1995.
2. Rogow, D., Horowitz, S. Withdrawal a review of literature and an agenda for research. *Studies in Family Planning*. 1995;26(3): 140-53.
3. Duhon, A., Behar, C. Istanbul households: marriage, family and fertility, 1880-1940. Cambridge: Cambridge University Press, 1991.
4. Ozbay, F. Changing roles of young men and the demographic transition in Turkey: from nation building to economic liberalization. Paper presented at Seminar on Social Change and Demographic Transition, Family Structure and Gender Relations

- in Muslim Societies with Special Reference to Central Asia. SOAS and UNESCO. Londres. 6-9 de julho 1992.
5. Hacettepe University Institute of Population Studies. Turkish Population and Health Survey 1988. Ancara, HUIPS, 1989.
  6. Fisek, N., Sumbuloglu, K. The effect of husband and wife education on family planning in rural Turkey. *Studies in Family Planning* 1978; 9:10-11.
  7. Hacettepe University Institute of Population Studies, Macro International, Inc. Turkish Demographic and Health Survey 1993. Ancara: HUIPS. 1994.
  8. Hacettepe University Institute of Population Studies. Turkish Demographic and Health Survey 2003. Ancara: HUIPS, 2004.
  9. Senlet, P., Curtis, S. L., Mathis, J., et al. The role of changes in contraceptive use in the decline of induced abortion in Turkey. *Studies in Family Planning* 2001; 32(1):41-52.
  10. Bulut, A., Cilingiroglu, N., Bertan, M. Is withdrawal a handicap for fertility regulation? *Turkish Journal of Population Studies* 1986; 8:45-55.
  11. Pullum, T. W., Shah, I. H. Strategies of contraceptive use during fertility transitions. *International Population, Conference IUSSP Montreal*, 24 August - 1 September 1993.
  12. Bulut, A., Filippi, V., Marshall, T., et al. Contraceptive choice and reproductive morbidity in Istanbul. *Studies in Family Planning* 1997; 28(1):35-48
  13. Tugay Aytekin, N., Pala, K., Irgil, E., et al. Family planning choices and some characteristics of coitus interruptus users in Gemlik, Turkey. *Women's Health Issues* 2001; 11(5):442-47.
  14. Angin, Z., Shorter, C.F. Negotiation, reproduction and gender during the fertility decline in Turkey, *Social Science and Medicine*, 1998; 47(5):555-64.
  15. Bulut, A. Acceptance of effective contraceptive methods after induced abortion. *Studies in Family Planning* 1984;15(6): 281-84.
  16. Ortayli, N., Bulut, A., Nalbant, H. The effectiveness of pre-abortion contraception counseling *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2001 ;74(3):281-85.
  17. Bulut, A., Toubia, N. Abortion services in two public hospitals in Istanbul, Turkey: how well do they meet women's needs? *Mundigo, A., Indriso, C., editores. Abortion in the Developing World*. New Delhi:Vistaar Publishers for WHO, 1999. p.259-80.
  18. Myntti, C., Ballan, A., Dewachi, O, et al. Challenging the stereotypes: men, withdrawal and reproductive health in Lebanon. *Contraception* 2002; 65: 165-70.
  19. Schneider, J., Schneider, P. Sex and respectability in an age of fertility decline: a Sicilian case study. *Social Science and Medicine* 1991; 33(8):885-95.
  20. Mbizvo, M.T., Adamchak, D.J. Male fertility regulation: a study on acceptance among men in Zimbabwe. *Central African Journal of Medicine* 1992; 38(2): 52-57.
  21. Bawah, A.A., Akweongo, P., Simmons, R., et al. Women's fears and men's anxieties: the impact of family planning on gender relations in Northern Ghana. *Studies in Family Planning* 1999; 30(1):54-66.
  22. Mason, K.O., Taj, A.M. Differences between women's and men's reproductive goals in developing countries. *Population and Development Review* 1987; 13(4):611-38.
  23. Özugurlu, M., Erten, A.N. [Member characteristics research of metal workers' union. In Turkish]. *Metal İş Sendikası Yayını Araştırma Serisi*. No. 1. Istanbul, 1999.

**Resumo:** *O coito interrompido é uma forma de contracepção masculina antiga e muito usada, que tem sido ignorada pelos gerentes de programas de planejamento familiar em todo o mundo. O objetivo do presente estudo é compreender a perspectiva dos homens sobre o uso do coito interrompido, tanto daqueles que adotam o método como daqueles que não o adotam. Foram realizadas entrevistas em profundidade com 62 trabalhadores de um fábrica no oeste da Turquia, versando sobre o uso do coito interrompido, as atitudes quanto ao planejamento familiar, informação sobre contracepção, experiência conjugal e sexual, valores e atitudes de gênero. As vantagens apontadas por usuários e não-usuários foram o fato de não ter efeitos colaterais, ser de fácil acesso e sem custo. Os não-usuários reclamaram da dificuldade de usar o método, que depende do coito, causa ansiedade e menor prazer durante o ato sexual. Os usuários enfatizaram sua responsabilidade como maridos pelo planejamento familiar e proteção de suas esposas contra os efeitos adversos do uso de outros contraceptivos. O coito interrompido deveria ser visto como uma escolha válida num mundo em que se considera desejável ter mais opções de contracepção e a participação e responsabilidade masculina em relação às questões de saúde reprodutiva.*

## Um programa comunitário de saúde na área rural de Tamil Nadu, na Índia: a necessidade de justiça de gênero para mulheres

Mini Elizabeth Jacob,<sup>a</sup> Sulochana Abraham<sup>a</sup>, Susila Surya,<sup>a</sup>  
Shantidani Minz,<sup>a</sup> Daisy Singh,<sup>a</sup> Vinod Joseph Abraham,<sup>a</sup>  
Jasmin Prasad<sup>a</sup>, Kuryan George,<sup>a</sup> Anju Kuruvilla,<sup>b</sup> K. S. Jacob<sup>b</sup>

a Departamento de Saúde Comunitária, Christian Medical College, Vellore, Índia.

b Departamento de Psiquiatria, Christian Medical College, Vellore, Índia.

**Abstract:** *This article highlights the efforts of the Community Health and Development (CHAD) Programme of Christian Medical College to address the issues of gender discrimination and improve the status of women in the Kaniyambodi Block, Vellore, Tamil Nadu, India. The many schemes that are specifically for women and general projects for the community from which women can also benefit represent a multi-pronged approach whose aim is the improvement of women's health, education and employment in the context of community development. However, despite five decades of work with a clear bias in favour of women, the improvement in health and the empowerment of women has lagged behind that achieved by men. We believe this is because the community, with its strong male bias, utilises the health facilities and education and employment programmes more for the benefit of men and boys than women and girls. The article argues for a change of approach, in which gender and women's issues are openly discussed and debated with the community. It would appear that nothing short of social change will bring about an improvement in the health of women and a semblance of gender equality in the region.*

**Palavras-chave:** Programas e intervenções comunitárias, desenvolvimento, saúde da mulher, status da mulher, Índia.

**E**m muitas regiões da Índia, a saúde, educação e emprego das mulheres têm melhorado significativamente. Mas ainda persistem muitos problemas, que incluem: diminuição da proporção do sexo ao nascer,<sup>1</sup> persistentes desigualdades de gênero em relação à saúde,<sup>2-4</sup> baixos níveis de matrícula e frequência na escola de meninas, altas taxas de evasão escolar e menor status educacional das mulheres,<sup>5</sup> salários desiguais para trabalho similar ao dos homens,<sup>6</sup> maior desemprego feminino e leis trabalhistas

que favorecem os homens,<sup>7</sup> problemas com sistemas de micro-crédito e sua inabilidade de empoderar as mulheres do ponto de vista econômico,<sup>8</sup> associação entre gênero feminino, baixa escolaridade, pobreza, ansiedade e depressão,<sup>9</sup> e o abuso físico e psicológico sofrido por mulheres.<sup>7,10-15</sup>

A estrutura da sociedade indiana e a posição secundária que as mulheres ocupam influenciam significativamente todos os aspectos da saúde.<sup>16</sup> Com frequência, o objetivo de inúmeros

programas para essa população é uma colagem de propósitos definidos internacionalmente, alguns inatingíveis. O status de segunda classe atribuído às mulheres na sociedade indiana persiste apesar dos esforços do governo e de organizações não-governamentais. A perspectiva das mulheres continua a ser ignorada, marginalizada ou ausente.

Muitos programas comunitários de saúde nos países em desenvolvimento procuram abordar os preconceitos de gênero e a situação de desigualdade das mulheres<sup>17</sup> enfatizando sua saúde, educação e emprego. Apesar de tais esforços, as mulheres enfrentam discriminação e adversidades contínuas, especialmente na zona rural do país. O presente artigo revê as mudanças ocorridas na última década em Kaniyambadi Block, na zona rural de Tamil Nadu, e o trabalho que foi realizado para melhorar a situação das mulheres por parte do Programa Comunitário de Saúde e Desenvolvimento (CHAD), dirigido pelo Departamento de Saúde Comunitária da Christian Medical College em Vellore.

### **O trabalho do Departamento de Saúde Comunitária da Christian Medical College em Vellore**

O Departamento de Saúde Comunitária do Christian Medical College em Vellore vem trabalhando em Kaniyambadi Block nos últimos 50 anos.<sup>18,19</sup>

Essa área possui 127,4 km<sup>2</sup> de extensão e uma população de 108.873 habitantes (em 1999). O programa de saúde comunitária funciona em todos os 85 vilarejos da região. A maioria da população é adepta ao hinduísmo e fala a língua Tamil, e grande parte pertence a estratos sócio-econômicos inferiores. Agricultura e pecuária são as principais atividades.

O Programa Comunitário de Saúde e Desenvolvimento é dirigido pelo Departamento. O programa tem quatro componentes principais: atendimento à saúde, agricultura e pecuária,

educação de adultos e educação informal e desenvolvimento comunitário. Na linha de frente do programa estão as agentes comunitárias de saúde, parteiras tradicionais que moram no vilarejo e foram treinadas pelo programa. Essas trabalhadoras recebem suporte da equipe de saúde (incluindo médico, enfermeira, trabalhador comunitário e auxiliar de saúde), que visita os vilarejos a cada duas semanas. Casos que exigem maiores cuidados são encaminhados ao hospital de base.

O sistema de vigilância consiste num modelo de monitoramento em quatro níveis.<sup>20</sup> A região foi dividida em distritos de saúde, com uma equipe responsável pelo monitoramento de cada um. Semanalmente, a agente comunitária se reporta ao auxiliar de saúde relatando os casos de gravidez, parto, nascimento, morte, casamento, imunização e casais usando contracepção. Essas informações são verificadas pela enfermeira e, depois, pelo médico. Também são coletados dados sobre o movimento de pessoas para fora e para dentro do distrito. Os dados colhidos por esse sistema de monitoramento são computadorizados e os gerentes de programa levam essas informações de volta às equipes dos vilarejos mensalmente.

### **Programas com o objetivo de beneficiar as mulheres**

O Programa CHAD procura fazer uma contribuição significativa à melhora da saúde das mulheres da região, com ênfase nos cuidados durante a gravidez e o parto, contracepção, educação das meninas, emprego e empoderamento das mulheres. A tabela 1 lista os projetos especificamente desenhados para as mulheres e os projetos gerais dos quais as mulheres também se beneficiam. Juntos, representam uma abordagem multifacetada do empoderamento das mulheres e da melhoria de sua situação de saúde, educação e emprego no contexto do desenvolvimento da comunidade. Em reconhecimento ao



---

Tabela 1. Programas gerais e projetos especificamente desenhados para mulheres em Kaniyambadi Block

---

**Programas para mulheres**

**Programas de saúde**

- Treinamento e emprego de parteiras tradicionais.
- Treinamento e emprego de auxiliares de saúde para supervisionar agentes comunitários de saúde.
- Programa de cuidados pré-natais cobrindo 99% das mulheres grávidas da região, com atendimento semanal no hospital de base e a cada duas semanas nos vilarejos.
- Atendimento semanal para gravidez de alto risco no hospital de base.
- Partos realizados por equipe treinada para cerca de 92% das mulheres da região.
- Diagnóstico e tratamento para mulheres grávidas e recém-nascidos com HIV.
- Treinamento para mulheres com HIV/AIDS, para emprego em alfaiatarias ou estabelecimento de pequenos negócios.
- Programa de esterilização para mulheres.
- Atendimento às infecções do trato reprodutivo e doenças sexualmente transmissíveis.

**Programas de economia e emprego para mulheres**

- SHARE (Self-Help Association for Rural Education) [Associação de Auto-Ajuda para Educação Rural] com 21 centros de artesanato com 150 grupos de auto-ajuda freqüentados por 760 mulheres.
- Unidade de costura e bordado para mulheres.
- Unidade de solda para mulheres.
- Unidade de fabricação de toalhas higiênicas para mulheres.
- Unidade de mulheres pedreiras, unidade de fabricação de blocos.
- Unidade de papel artesanal para mulheres.
- Projeto de ajudantes de saúde para treinar mulheres em enfermagem e cuidados para idosos.
- Creche Balwadi para crianças abaixo dos cinco anos de idade, em apoio às mães que trabalham.
- Programa de conscientização e treinamento em liderança para mulheres.
- Projeto de criação de cabras e ovelhas para mulheres trabalhadoras comunitárias da saúde.

**Programas gerais que beneficiam as mulheres**

**Programas de saúde**

- Atendimento geral diário no hospital de base.
- Atendimento geral em cada vilarejo a cada dois meses.
- Atendimento semanal para pessoas com tuberculose e doenças reumáticas do coração.
- Aconselhamento sobre sexo, contracepção e casamento para todos os parceiros recém-casados da região.
- Centro de aconselhamento familiar.
- Monitoramento mensal de crescimento e nutrição infantil.
- Encaminhamento do atendimento primário para secundário em caso de necessidade de especialistas.
- Atendimento semanal de imunização para crianças.
- Aconselhamento voluntário, teste diagnóstico e clínica semanal de HIV/AIDS.
- Educação para a saúde nas escolas, incluindo educação sexual para alunos do curso secundário.
- Programa de massa de educação em saúde utilizando danças folclóricas e teatro.

**Programas de emprego**

- Programa habitacional para famílias de baixa renda.
- Armazém para pequenos fazendeiros.
- Unidade de fabricação de velas.
- Projeto de manejo de resíduos sólidos.
- Projeto de cabines telefônicas para deficientes físicos.
- Projeto de latrinas de baixo custo.
- Projeto de automóveis e transportes.
- Projeto de criação de cabras e ovelhas para pessoas com lepra.

trabalho realizado pelo programa, a Organização Mundial da Saúde conferiu ao Departamento o Prêmio WHO 50th Anniversary Primary Health Care Award [Atendimento Primário à Saúde - 50º Aniversário da OMS] em 1999.

### Indicadores de saúde para mulheres e meninas

Nas décadas de 1970 e 1980, muitos programas comunitários de saúde mudaram sua ênfase da intervenção focada na saúde para incluir também o desenvolvimento. Isto porque o desenvolvimento leva a uma melhora mais ampla na saúde do que simples intervenções médicas. Esse raciocínio foi aplicado também às questões das mulheres, e a educação e o emprego para elas se tornaram aspectos centrais das atividades de desenvolvimento e saúde da comunidade. Contudo, após duas décadas de esforços concentrados sobre a saúde, educação e emprego para as mulheres, seus índices de saúde ainda deixam a desejar.

Apesar de todo o trabalho de desenvolvimento e saúde comunitária, e do claro viés a favor das mulheres, a realidade no campo não mudou substancialmente. A Tabela 2 mostra alguns in-

dicadores de saúde em Kaniyambadi Block entre 1993 e 2003. Os números apontam a redução nas mortes maternas e a melhora na maioria dos índices relativos à mortalidade infantil. No entanto, houve mais ganhos na condição dos meninos que das meninas. A diferença na mudança ocorrida ao longo da década na taxa de meninos e meninas nascidos mortos ( $\chi^2=6,0$ ;  $df=1$ ;  $p<0,02$ ), taxa de morte perinatal ( $\chi^2=15,9$ ;  $df=1$ ;  $p<0,001$ ), taxa de mortalidade infantil ( $\chi^2=7,0$ ;  $df=1$ ;  $p<0,01$ ) e a taxa de mortalidade abaixo dos cinco anos ( $\chi^2=4,2$ ;  $df=1$ ;  $p<0,04$ ) foi estatisticamente significativa, com uma melhora menor para as meninas.

As meninas continuam a ser percebidas como um ônus. Os trabalhadores de saúde, enfermeiras e médicos percebem que as meninas são levadas ao hospital com doenças mais avançadas que os meninos. As evidências sugerem também que as mulheres jovens casadas apresentam altos índices de infecções do trato reprodutivo, e baixos índices de procura ao tratamento, fato relacionado ao status social inferior da mulher.<sup>21</sup>

O nascimento de uma menina e o insucesso em conceber um menino são importantes fatores de risco para depressão pós-parto na região.<sup>22</sup>

Tabela 2. Indicadores de saúde para os anos de 1993 e 2003 em Kaniyambadi Block

	Total 1993	Total 2003	Masculino 1993	Masculino 2003	Feminino 1993	Feminino 2003
Taxa de mortalidade materna	170 mortes em 100.000 nascidos vivos	120 mortes em 100.000 nascidos vivos				
Imunização: receberam todas as doses até os 12-23 meses	96%	98	98	100	94	96
Nascidos mortos	26,8	15,5	31,2	13,4	22,4	16,8
Mortalidade perinatal	46	31,3	50,1	24,4	42,6	38,8
Mortalidade infantil (0-1 ano)	42	38,8	44	37	40,4	40,8
Mortalidade infantil (abaixo dos 5 anos de idade)	59,9	50,3	63,3	49,3	56,7	51,4

Não são incomuns os casos de tentativa de suicídio após o nascimento de uma menina. A taxa de suicídio é muito alta entre mulheres entre 10 e 19 anos de idade<sup>23</sup> (148 por 100.000), comparada a 55 por 100.000 para homens do mesmo grupo etário, e 95 por 100.000 para a população em geral.<sup>24,25</sup>

Casos de agressão física e sexual contra meninas e mulheres da região estão documentados nos arquivos do hospital de base, do programa e em estudos locais.<sup>26</sup> Uma pesquisa realizada com mulheres de duas áreas aleatoriamente selecionadas da região mostrou que 42,4% (81/191) delas sofriam algum tipo de violência física, mental, sócio-econômica ou sexual infligida por seu parceiro do sexo masculino, enquanto a violência perpetrada por mulheres contra mulheres era de apenas 5,4%. A pesquisa também revelou que agressão física (93,8%) e agressão verbal (92,5%) eram as formas mais comuns de violência, embora muitas mulheres (41,9%) admitissem ser vítimas de abuso sexual. A violência foi significativamente associada à pouca escolaridade das mulheres e ao casamento antes dos dezoito anos de idade; mulheres que não trabalhavam fora e mulheres em famílias conjuntas, bem como aquelas cujos maridos abusavam de bebidas alcoólicas. Entrevistas em profundidade com essas mulheres revelaram que muitas vezes elas se culpavam pela violência sofrida. Os dados do hospital de base revelam também que, embora a comunidade recorra ao hospital para tratamento das mulheres agredidas, recusa-se a examinar ou tratar a questão da violência contra a mulher em si.

### **Indicadores do status social das mulheres**

O trabalho da mulher também é socialmente desvalorizado. As mulheres fazem o trabalho doméstico, recolhem lenha, carregam água dos poços até em casa e cuidam dos filhos. No entanto, essas atividades são vistas como nada mais que

sua obrigação. Outro exemplo de discriminação de gênero é o pagamento desigual para um mesmo trabalho desempenhado por homens e mulheres. Estudos qualitativos sobre comportamento e prática sexual realizados pelo programa na região mostraram que os empregadores frequentemente exigem sexo de mulheres viúvas ou separadas dos maridos.<sup>27</sup> Embora dados quantitativos não estejam disponíveis para que se registre as mudanças ocorridas ao longo do tempo, não há motivo para suspeitar de uma redução no nível de abuso sexual na região. Questões relativas a dote e direitos de herança são ignoradas e a discriminação contra as mulheres no tocante à propriedade e riqueza persiste.

Mulheres que não conseguem conceber durante os dois primeiros anos do casamento vão ao hospital de base para receber tratamento. Elas relatam que a infertilidade e falta de prole são atribuídas a elas, sendo que seus maridos não querem fazer os exames necessários para estabelecer a causa da infertilidade do casal.

A autonomia na tomada de decisões praticamente inexistente para as mulheres, e nem mesmo as decisões relacionadas a escolhas reprodutivas e contraceptivas estão em suas mãos. Em geral, o uso ou não de métodos contraceptivos é imposto, especialmente no caso de ausência de um filho do sexo masculino. Uma pesquisa sobre espaçamento de filhos mostrou que a maioria das mulheres apresentava um intervalo de dois anos entre os filhos. No entanto, menos de 2% dos casais casados usam métodos temporários de contracepção. Na realidade, 28% das mulheres usam o aborto induzido para conseguir esse intervalo.<sup>28</sup> Tais abortos são geralmente realizados por pessoas não treinadas, com alto risco de infecção e, em alguns casos, morte.

Tentativas por parte do governo de criar espaço para dar voz política às mulheres, reservando a elas um terço dos cargos do *panchayat* (conselho do vilarejo) também não deram certo. Os parentes homens das mulheres eleitas contro-

lam o funcionamento de rotina do conselho local através delas.

Esses exemplos sugerem claramente que a comunidade local tem usado os recursos e programas oferecidos pelo CHAD para favorecer uma agenda dominada pelos homens. A comunidade tem usado os serviços de saúde, educação e emprego mais para seus homens e meninos que para suas mulheres e meninas.

### **O uso de tecnologia em saúde contra as mulheres em todo o país**

Um estudo recente analisou os dados da Pesquisa Especial sobre Fertilidade e Mortalidade, realizada em 1998.<sup>29</sup> Mulheres casadas, ou que foram algum dia casadas, responderam sobre seu histórico de fertilidade e filhos nascidos em 1997. Para os 133.738 nascimentos estudados, a proporção de sexo escolhido para o segundo nascimento quando o filho anterior era uma menina foi de 759 para 1.000 meninos (99% IC 731-787). A proporção de sexo escolhido para o terceiro filho foi de 719 (675-762) se os dois filhos anteriores eram meninas. Em comparação, as proporções de sexo escolhido para o segundo e terceiro filho, se um ou ambos os anteriores eram meninos, era de 1.102 e 1.175, respectivamente. As mães com alta escolaridade tinham um índice menor de proporção de sexo escolhido (683, 610-756) do que as mães analfabetas (869, 820-917). O estudo concluiu que a determinação do sexo antes do nascimento, seguida de aborto dos fetos femininos, era a explicação mais plausível para a baixa prevalência de nascimento de meninas na Índia. As mulheres mais propensas a praticar o aborto para seleção de sexo eram as que já tinham uma ou duas meninas. Outros estudos relataram uma relação inversa entre o número de equipamentos de ultra-som em uma região e o declínio da proporção sexual macho-fêmea.<sup>1</sup> A educação das mulheres com relação a essa questão não parece ter funcionado, e, ao contrário, contribuiu para

o uso de tecnologia no sentido de prejudicar a situação da mulher na sociedade indiana.

### **Programas recentes e planos para o futuro**

Com base na análise da situação ao longo dos últimos anos, o Programa CHAD vem fazendo mudanças lentas, mas, constantes, em sua perspectiva de igualdade de gênero. As evidências apontam para a necessidade de mudar a abordagem. Não estamos mais convencidos de que possamos melhorar a saúde das mulheres ou sua situação social, a menos que nossos programas procurem confrontar abertamente o viés de gênero. Já faz tempo demais que nossos programas se recusam a discutir as questões das mulheres abertamente com a comunidade. Acreditamos que agora é hora de fazê-lo. Nada, a não ser uma mudança social, poderá melhorar a saúde das mulheres da região. Embora uma revolução social dessas proporções possa ser uma tarefa muito grande para os programas de saúde comunitária, o não reconhecimento da situação até agora é algo que requer discussão e debate.

O CHAD recentemente implementou uma série de programas que procuram desafiar estereótipos de gênero dentro da comunidade. Questões relacionadas à igualdade de gênero são agora ensinadas como parte da educação sexual da escola secundária. Esses temas também são discutidos com grupos de crianças que abandonam a escola, grupos de mulheres e de auto-ajuda. Questões de gênero são discutidas com todos os casais recém-casados da região, a fim de promover a divisão de responsabilidades e a igualdade de gênero. Muitas mulheres que freqüentam o centro de aconselhamento familiar têm problemas relativos a gênero. Problemas difíceis, que envolvem questões jurídicas, são gerenciados com esforços combinados do centro de aconselhamento familiar e das delegacias da mulher.

Programas para meninos e jovens visam sua mudança de atitude em relação às meninas e mulheres e os papéis tradicionais de gênero, e são uma ação importante para promover mudanças sociais. A educação para a vida familiar, conscientização de gênero, responsabilidade masculina partilhada quanto aos filhos e comportamento sexual, contribuição equilibrada para a renda familiar, saúde e nutrição, prevenção da violência contra as mulheres, e aconselhamento e serviços de saúde sexual e reprodutiva serão úteis no âmbito da comunidade e das escolas. Essas estratégias deveriam ser parte do diálogo com a comunidade, com os homens e as mulheres mais velhas que parecem perpetuar a situação atual. O Programa CHAD continuará a analisar dados desagregados por sexo.<sup>30</sup> Nossa equipe terá que ser re-sensibilizada para a questão de gênero. Todos os futuros programas terão que ser vistos através das lentes do gênero para que sejam capazes de produzir igualdade de saúde e resultados sociais para homens e mulheres, procurando oferecer não apenas maiores oportunidades para as mulheres.

### **Iniciativas governamentais**

O governo de Tamil Nadu introduziu recentemente muitas iniciativas para combater a desigualdade de gênero, incluindo maior assistência financeira para mulheres das tribos e das castas mais baixas, para que comprem terra, e esquemas de microcrédito para os grupos de auto-ajuda de mulheres.<sup>31</sup> O governo também oferece bicicletas para as meninas das tribos ou castas inferiores que queiram continuar cursando o 11 e 12º anos de escola. Estabeleceu uma força policial só de mulheres, e delegacias e cortes para lidar com as questões enfrentadas pelas mulheres.<sup>31</sup> Embora seja cedo para avaliar o impacto de longo prazo dessas medidas, sua influência já se evidencia no setor educacional, com um aumento na matrícula de meninas nas escolas secundárias.

Há igualmente a necessidade de rever a legislação dos direitos de família, casamento, propriedade e sucessão,<sup>32,33</sup> e criar políticas que reforcem salários iguais e condições de trabalho semelhantes. Envolver as indústrias locais e governos municipais nesses esforços é de vital importância.

Muitos parecem considerar a violência doméstica contra as mulheres na Índia como uma norma social aceitável. Acabar com este tipo de violência exige uma resposta coordenada da comunidade, em que profissionais de saúde, sistema judiciário e serviços sociais somem forças. Embora muitas destas reformas sejam bem-vindas, talvez não sejam suficientes para trazer as mudanças sociais necessárias. É preciso envolver urgentemente as comunidades e a população no debate, e desafiar os estereótipos tradicionais e as normas sociais aceitas.

### **Conclusão**

Os esforços iniciados para obter igualdade de gênero e maiores oportunidades de saúde, educação e emprego para as mulheres têm alcançado resultados menos significativos em termos de saúde e indicadores sociais. Embora tenha havido progresso, ele não é significativo se comparado ao obtido por meninos e homens. A principal razão disso, no nosso ponto de vista, é a comunidade utilizar os programas principalmente em benefício de homens e meninos e não de mulheres e meninas. Há necessidade de uma justiça de gênero agressiva para que as mulheres indianas atinjam uma situação social e de saúde igualitária no futuro. Os programas dirigidos a promover igualdade de gênero deveriam focalizar não só a provisão de oportunidades iguais ou maiores para mulheres, mas também em conseguir igualdade de gênero quanto aos resultados num tempo viável. Para tanto, todos os planos e projetos dos programas comunitários precisam ser examinados através da lente do gênero.

## Referências

1. Bardia, A., Paul, E., Kapoor, S. K., et al. Declining sex ratio: role of society, technology and government regulation in Faridabad district, Haryana. *National Medical Journal of India* 2004; 17: 207-11.
2. Pande, R. P., Yazbeck, A. S. What's in a country average? Wealth, gender, and regional inequalities in immunization in India. *Social Science and Medicine* 2003; 57: 2075-88.
3. Pandey, A., Sengupta, P. G., Mondal, S. K., Gupta, D. N., Manna, B., Ghosh, D., Sur, D., Bhattacharya, S. K. Gender differences in healthcare: seeking during common illnesses in a rural community of West Bengal, India. *Journal of Health Population and Nutrition* 2002; 20: 306-11.
4. Cowan, B. Let her die. *Indian Journal of Maternal and Child Health* 1990; 1: 127-8.
5. Ananthkrishnan, S., Nalini, P. Social status of the rural girl child in Tamil Nadu. *Indian Journal of Pediatrics* 2002; 69: 579-83.
6. Rajamma, G. Empowerment through income-generating projects. *Focus on Gender* 1993; 3: 53-5.
7. United Nations Development Program. Moving from policy to practice: A gender mainstreaming strategy for UNDP India. At: <http://www.undp.org/gender/resources/India>.
8. Mayoux, L. Women's empowerment and micro-finance programmes: strategies for increasing impact *Development in Practice* 1998; 8: 235-41.
9. Patel, V., Araya, R., de Lima, M., Ludermir, A., Todd, C. Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Social Science and Medicine* 1999; 49: 1461-71.
10. Jejeebhoy, S. J. Associations between wife-beating and fetal and infant death: impressions from a survey in rural India. *Studies in Family Planning* 1998; 29: 300-8.
11. Peedicayil, A., Sadowski, L. S., Jeyaseelan, L., Shankar, V., Jain, D., Suresh, S., Bangdiwala, S. I., IndiaSAFE Group. Spousal physical violence against women during pregnancy. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2004; 111: 682-7.
12. Ramiro, L., Hassan, F., Peedicayil, A. Risk markers of severe psychological violence against women: a WorldSAFE multi country study. *Injury Control and Safety Promotion* 2004; 11: 131-7.
13. Go V.F., Sethulakshmi C.J., Bentley M.E., Sivaram S., Srikrishnan A.K., Solomon, S., Celentano, D. D. When HIV-prevention messages and gender norms clash: the impact of domestic violence on women's HIV risk in slums of Chennai, India. *AIDS and Behavior* 2003; 7: 263-72.
14. Abha, Geetanjali, Radha, Ratna. Nyay karo ya jail bharo - Sathins of Rajasthan demand justice. *Manushi* 1992; 72: 18-20.
15. Roy, P. Sanctioned violence: development and the persecution of women as witches in south Bihar. *Development in Practice* 1998; 8: 136-47.
16. Desai, M. Empowering the family for girl child development. *Social Change* 1995; 25: 38-43.
17. Sharma, M., Bhatia, G. The voluntary community health movement in India: a strengths, weaknesses, opportunities, and threats (SWOT) analysis. *Journal of Community Health* 1996; 21: 453-64.
18. Patterson, I. There rest thy feet: The CHAD Experience. Vellore: Community Health Department, Christian Medical College, 1990.
19. Patterson, J. Signs of the times. Vellore: Community Health Department, Christian Medical College, 2005.
20. Joseph, A., Joseph, K. S., Kamaraj, K. Use of computers in primary health care. *International Journal of Health Sciences* 1991; 2: 93-101.
21. Prasad, J. H., Abraham, S., Kurz, K.M., et al. Reproductive tract infections among young married women in Tamil Nadu, India. *International Family Planning Perspectives* 2005; 31: 73-82.
22. Chandran, M., Tharyan, P., Muliyl, J., et al. Post-partum depression in a cohort of women from a rural area of Tamil Nadu, India. Incidence and risk factors. *British Journal of Psychiatry* 2002; 181: 499-504.
23. Aaron, R., Joseph, A., Abraham, S., et al. Suicides in young people in rural Southern India. *Lancet* 2004; 363: 1117-18.
24. Joseph, A., Abraham, S., Muliyl, J. P., et al. Suicide rates in rural India using verbal autopsies, 1994-9. *BMJ* 2003; 326: 1121-22.
25. Prasad, J., Abraham, V. J., Minz, S., et al. Rates and factors associated with suicide in Kaniyambadi Block, Tamil Nadu, South India, 2000-02. *International Journal of Social Psychiatry* 2006; 52: 65-71.
26. Ghosh, P., Jehangir, S., Abraham, V. J., et al. Violence against women in Kaniyambadi Block, Tamil Nadu: quantitative and qualitative studies. (não publicado)
27. John, R., Prasad, J., Abraham, S., et al. Sexual behaviour and symptoms of reproductive tract infection among adolescents: qualitative and quantitative studies in rural South India. *Indian Journal of Public Health* 2006 (no prelo)

28. Varkey, P., Balakrishna, P. P., Prasad, J. H., et al. The reality of unsafe abortion in a rural community in South India. *Reproductive Health Matters* 2000; 8: 83-91.
29. Jha, P., Kumar, R., Vasa, P., et al. Low male-to-female sex ratio of children boom in India: national survey of 1.1 million households. *Lancet* 2006; 367: 211-18.
30. Sandler, J. UNIFEM's Experiences in Mainstreaming for Gender Equality. At: [http://www.unifem.org/index.php?f\\_pagepid=188](http://www.unifem.org/index.php?f_pagepid=188).
31. Government of Tamil Nadu. Social Welfare and Nutritious Meal Programme Department, Policy Note - 2005-2006, Development of Women. At: <http://www.tn.gov.in/policyno-tes/socialwelfare3.html>.
32. Parashar, A. Family law as a means of ensuring gender justice for Indian women. *Indian Journal of Gender Studies* 1997; 4: 199-29.
33. Reddy, V. A blow to gender equality. Supreme Court judgement on Manushi's case on women's land rights. *Manushi* 1999; 24-5.

**Resumo:** *Este artigo salienta os esforços do Community Health and Development (CHAD) Programme of Christian Medical College [Programa de Saúde e Desenvolvimento Comunitário do Christian Medical College] no sentido de abordar as questões de discriminação de gênero e de melhorar a situação das mulheres em Kaniyambadi Block, Vellore, Tamil Nadu, na Índia. As muitas estratégias específicas para mulheres e os projetos para a comunidade, que podem também beneficiá-las, representam uma abordagem multifacetada cujo objetivo é melhorar a saúde das mulheres, sua educação e emprego, no contexto do desenvolvimento comunitário. Contudo, apesar de cinco décadas de trabalho dirigido claramente para a saúde e empoderamento das mulheres, o avanço obtido pelos homens é maior. Acreditamos que isto se deva ao fato da comunidade, com sua perspectiva fortemente masculina, utilizar os recursos de saúde, educação e emprego mais para o benefício dos homens e meninos do que para as mulheres e meninas. Este artigo defende uma mudança de abordagem na qual gênero e questões femininas sejam discutidas e debatidas com a comunidade. Somente uma mudança social poderá trazer melhora na saúde das mulheres e algum tipo de igualdade de gênero na região.*

## O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo.

Simone G. Diniz <sup>a</sup> e Alessandra S. Chacham <sup>b</sup>

<sup>a</sup> Diretora de Pesquisa, Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, São Paulo, Brasil. E-mail sidiniz@uol.com.br

<sup>b</sup> Professora adjunta, Departamento de Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

**Abstract:** *In the last fifty years, a rapid increase in the use of technology to start, augment, accelerate, regulate and monitor the process of birth has frequently led to the adoption of inadequate, unnecessary and sometimes dangerous interventions. Although research has shown that the least amount of interference compatible with safety is the paradigm to follow, vaginal birth is still being treated as if it carries a high risk to women’s health and sexual life in Brazil. This paper describes the impact of the intervention model on women’s birth experience, and discusses how the organisation of public and private maternity services in Brazil influences the quality of obstetric care. Brazil is known for high rates of unnecessary caesarean section (“the cut above”), performed in over two-thirds of births in the private sector, where 30% of women give birth. The 94.2% rate of episiotomy (“the cut below”) in women who give birth vaginally, affecting the 70% of poor women using the public sector most, receives less attention. A change in the understanding of women’s bodies is required before a change in the procedures themselves can be expected. Since 1993, inspired by campaigns against female genital mutilation, a national movement of providers, feminists and consumer groups has been promoting evidence-based care and humanisation of childbirth in Brazil, to reduce unnecessary surgical procedures.*

**Palavras-chave:** medicina baseada em evidências, cesárea, episiotomia, medicalização do parto, humanização do parto, Brasil.

**“S**e eu fosse mulher já teria, sei lá, pegado em armas, porque é muita violência... Ela vai para a maternidade e ou lhe fazem um corte na barriga, desnecessário na maioria das vezes, ou no períneo. De todo jeito alguém vai atacá-la com uma faca”

A. Atallah, Centro Cochrane do Brasil<sup>1</sup>

Nos últimos cinquenta anos, tem havido um rápido aumento no uso de tecnologias cujo propósito é iniciar, intensificar, regular e monitorar o parto, tudo para torná-lo “mais nor-

mal” e obter ganhos para a saúde da mãe e do bebê. Ao longo desse processo, tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento, a busca por maior qualidade nos serviços de assistência ao parto tem levado à sua medicalização e à adoção irrestrita de procedimentos inadequados, desnecessários, e por vezes perigosos, sem avaliação adequada de sua eficácia ou segurança.<sup>2,3</sup>

Contudo, no final do século XX, cresceu o movimento internacional a favor de cuidados médicos baseados em evidência empírica de se-



gurança e eficácia dos procedimentos em todas as especialidades médicas; a chamada Medicina Baseada em Evidências (MBE). No caso da gravidez e assistência ao parto, recorre-se a esses procedimentos durante processos usualmente considerados normais. A avaliação científica já demonstrou que a intervenção mínima – o mínimo de interferência compatível com a segurança – é o paradigma a seguir no caso do parto normal. Portanto, durante o trabalho de parto e o nascimento deve haver um motivo válido para interferir num processo natural, motivo este ligado a complicações da mulher ou da criança.<sup>2-4</sup>

A incorporação dessas mudanças nos países da América Latina tem sido lenta e encontrado grande resistência,<sup>5</sup> inclusive por parte das instituições de ensino. Na maioria das escolas de medicina do Brasil, os profissionais de saúde ainda aprendem o modelo intervencionista. Habilidades cirúrgicas e sofisticados exames patológicos são bastante valorizados, enquanto cuidados focados na mulher para um parto normal e a comunicação e interação com a parturiente recebem comparativamente pouca atenção.<sup>6,7</sup>

Este trabalho descreve e discute o impacto causado pelo modelo intervencionista na experiência do parto sobre a saúde e sexualidade da mulher no Brasil, tendo como subsídio informações qualitativas e quantitativas de trabalhos publicados na literatura médica. São apresentadas também citações de entrevistas com médicos, enfermeiras e pacientes, coletadas no curso de nossos próprios estudos sobre o assunto. Elas ilustram como a forma de organização dos serviços de maternidade nos setores público e privado influenciam a qualidade dos serviços obstétricos, contribuindo para altos índices de cesáreas e episiotomias desnecessárias.

### **Dar à luz no Brasil**

No Brasil, 96,5% dos nascimentos acontecem em hospitais.<sup>8</sup> No entanto, isso não significa

que as mulheres brasileiras recebam assistência de qualidade. Segundo o Ministério da Saúde, a taxa de mortalidade materna em 2002 foi de 74,8 óbitos a cada 100.000 nascidos vivos,<sup>9</sup> enquanto a estimativa do Relatório de Desenvolvimento 2003 do PNUD, uma taxa contestada no Brasil, registra 260 por 100.000.<sup>10</sup> A maioria dos óbitos durante o parto aconteceram em mulheres que fizeram acompanhamento pré-natal. Distúrbios hipertensivos da gravidez e hemorragias são as causas mais comuns, seguidas por complicações da tentativa de aborto.<sup>6</sup> A desigualdade de parâmetros sociais, econômicos e regionais é uma característica significativa do serviço de saúde no Brasil. As mulheres brasileiras podem ser divididas entre o grupo das 30% mais abastadas, que possuem algum tipo de seguro-saúde privado, e as 70% mais pobres, que dependem do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo a Constituição Federal (1988), o acesso aos serviços de saúde é um direito universal, sendo dever do Estado oferecê-los. Tanto no setor público quanto no privado encontramos serviços de boa e má qualidade, mas os serviços abaixo do padrão mínimo prevalecem. Dados do Ministério da Saúde mostram que em 2002 somente 5% das mulheres grávidas inscritas em serviços de acompanhamento pré-natal receberam esses cuidados.<sup>11</sup>

Serviços médicos e seguro-saúde privados são preferidos por qualquer um que possa pagar por eles. Em geral, dentre os diversos planos e seguros de saúde existentes, define-se um grupo de profissionais de saúde e hospitais que as mulheres podem procurar. Os planos de saúde mais caros dão à mulher o direito de escolher qual médico a assistirá no parto, normalmente o mesmo que fez o acompanhamento pré-natal. Esta continuidade no atendimento é muito valorizada, mas raramente está ao alcance das mulheres que usam o SUS. Elas fazem o acompanhamento pré-natal com o médico do posto de saúde e são atendidas no parto pelo médico

de plantão no hospital que, na maioria das vezes, nunca viram antes. Como os médicos não costumam se apresentar nessa ocasião, muitas vezes as mulheres nem ficam sabendo o nome do profissional que as atendeu.<sup>6</sup>

### **Peregrinação obstétrica**

As mulheres que usam o SUS durante o pré-natal frequentemente não conseguem reservar um lugar para o parto. As normas para o atendimento pré-natal recomendam que os profissionais de saúde forneçam à mulher no final da gravidez uma carta de recomendação a um hospital, para ajudá-las a conseguir um leito para o parto. Os profissionais de saúde referem-se jocosamente a esta carta como um “alvará de vire-se”, pois em geral não produz resultado.<sup>12</sup> Na maioria das vezes, o hospital que escolheram está cheio e as mulheres precisam sair à procura de um leito, não raro tendo que ir a mais de um. Um estudo realizado em 2002 na cidade de São Paulo mostrou que entre as mulheres de baixa renda 76% percorreram mais de um hospital durante o trabalho de parto para encontrar um leito, 61% foram a mais de uma instituição e 15% tinham ido a três ou mais.<sup>13</sup> Para mulheres com gravidez de alto risco esta “peregrinação” para encontrar um leito pode ser fatal. Em São Paulo, 55% das mortes maternas ocorreram durante ou logo após essa peregrinação.<sup>14</sup>

Muitas iniciativas públicas vêm tratando desse problema ao longo da última década. Em 2002, o Ministério da Saúde lançou o Programa para a Humanização do Parto e deu aos órgãos municipais da saúde incentivos para encontrar soluções para o problema. Em Belo Horizonte, a terceira maior cidade do Brasil, cada uma das nove regionais de saúde tem seu próprio hospital de referência desde 2002. As mulheres daquele distrito vão diretamente para o hospital de sua região, e se o hospital estiver cheio, é do hospital a responsabilidade de encontrar

um leito em outro lugar e levar a mulher até lá. No entanto, as mulheres reclamam que sua escolha ficou limitada, pois agora precisam ir ao hospital de referência quer gostem dele ou não (Dra. Sônia Lansky, Comitê de Mortalidade Materna, Belo Horizonte, comunicação pessoal em 2003).

Para mulheres que dependem do SUS, o acesso a um leito em qualquer maternidade apresenta vários problemas. Um deles é quando se dirigir ao hospital para assegurar acesso a um leito. Por não haver consenso sobre quando o trabalho de parto começa, alguns hospitais aceitam a mulher logo no início do processo, o que tende a produzir mais intervenções. Outros só aceitam as mulheres que estão prestes a dar à luz, o que dá a elas pouquíssimo tempo para procurar um leito.<sup>7</sup>

O segundo problema é que a epidemia de cesarianas contribui para a falta de leitos. Um parto vaginal sem complicações significa uma estadia de 24 horas no hospital, enquanto uma cesárea sem complicações acarreta 72 horas de internação. Além disso, a disponibilidade de leitos depende da quantidade necessária para o pós-parto e os cuidados neonatais, especialmente na gravidez de alto risco. Em São Paulo, devido à epidemia de cesáreas, há demanda de muitos leitos de cuidado intensivo neonatal para bebês com prematuridade iatrogênica, uma complicação comum da cesárea eletiva.\* Quando estes leitos neonatais estão ocupados, os hospitais não aceitam mais mulheres e as enviam para outro hospital.

---

\* Um estudo de tendências sobre o baixo peso no nascimento em São Paulo comparou grupos de nascidos em 1999 e 1994 e descobriu um aumento na taxa de baixo peso no nascimento (BPN) no parto de mulheres de renda mais elevada, provavelmente associado à cesárea eletiva.<sup>15</sup>

## **A abordagem de linha de montagem: um risco à segurança e integridade física da mulher**

Um terceiro problema é que a falta de leitos é usada para justificar intervenções sem base em evidência científica. Assim, muitos médicos pensam que o trabalho de parto deve ser induzido para liberar mais leitos, especialmente nos hospitais públicos.

*“Deixar a mulher em trabalho de parto durante muito tempo num leito é uma perda de espaço e limita o número de casos que podem ser atendidos. Por isso induzem todos os partos.”*

Médico residente, São Paulo<sup>7</sup>

*“Eu comparo isto a um canteiro de obras: não se pode parar. Não dá para ir pelo livro, nem esperar a natureza agir. Eu boto todo mundo na ocitocina.”*

Ginecologista e obstetra, Rio de Janeiro

Além dos riscos médicos envolvidos, a indução e aceleração do parto são consideradas muito dolorosas pelas mulheres. Alguns profissionais de saúde acreditam que uma intensificação da dor é aceita pelas mulheres porque abrevia o tempo do trabalho de parto.<sup>6,7,16</sup> No Rio Grande do Sul, mulheres mais velhas alegam que a indução e a dor aumentada pela pitocina muitas vezes ajudam na obtenção de uma cesárea, já que servem como “prova” de que o trabalho de parto não terá resultados.<sup>17</sup> Essas intervenções, a chamada “obstetrícia de linha de montagem,”<sup>18</sup> são parte da rotina de saúde brasileira.

Muitas intervenções destinadas a acelerar trabalho de parto e nascimento têm efeitos indesejados. Frequentemente esses novos problemas são resolvidos com mais intervenções. Essa corrente de eventos foi denominada “cascata de intervenções”, e inclui o uso de várias substâncias para induzir o parto, o rompimento de membranas artificialmente antes ou durante o parto, a episiotomia, e outras.<sup>19</sup> Outras intervenções

obsoletas, embora proscritas pelos manuais médicos, por serem muito arriscadas, como a manobra de Kristeller (pressão fúndica, quando o médico ou a enfermeira faz pressão sobre o abdômen para acelerar o parto), ainda são adotadas com frequência.<sup>6,7,16</sup> Os profissionais da saúde reconhecem que as mulheres rejeitam essas intervenções:

*“Quanto à manobra de Kristeller, pessoalmente eu não gosto... as mulheres também não gostam, e às vezes o ambiente na sala de parto fica bem agressivo.”<sup>16</sup>*

Esvaziar a enfermaria é também um recurso usado pelos profissionais de saúde para gerenciar sua carga de trabalho e encontrar tempo para dormir antes do próximo turno. Deixar a enfermaria cheia para o próximo turno é considerado incorreto, então os médicos entendem ser sua obrigação “limpar” a enfermaria usando indução ou cesáreas.<sup>6,7,16</sup>

*“Se você sente que a paciente está levando muito tempo, é preciso tomar uma atitude... Eu teria vergonha de entregar um plantão cheio assim.”<sup>6</sup>*

Em São Paulo, alguns hospitais universitários adotam o parto com fórceps como rotina para todas as primíparas a fim de acelerar o trabalho de parto e para propósitos de treinamento, sem consideração de indicação clínica (Dr. Jorge Kuhn, Professor de Obstetrícia da Universidade Federal de São Paulo, em comunicação pessoal, dezembro de 2003). Estudo recente mostra que o parto com fórceps está associado a um aumento de dez vezes no risco de lesão perineal se comparado ao parto não instrumental.<sup>20</sup> As lesões perineais estão associadas a incontinência anal e urinária, prejuízo das funções sexuais, dor pós-parto e maior dificuldade na amamentação e formação de vínculo.<sup>21</sup>

Os novos profissionais de saúde podem treinar a

episiotomia e o uso do fórceps usando modelos prostéticos em vez do corpo de uma mulher. Os ativistas argumentam que as habilidades que os novos profissionais precisam aprender na sala de parto são o julgamento clínico, a indicação correta e o respeito pelo direito da mulher à integridade física.

*“Os residentes entram num hospital e passam a ser caçadores de patologia. Quando aparece uma mulher normal, eles não sabem o que fazer. (...) O conhecimento cirúrgico é mais fácil que o emocional. Quanto mais passiva a paciente, mais fácil para a prática médica.”*

Professor de medicina, São Paulo<sup>7</sup>

Em 2003, a Rede Globo de TV apresentou em seu programa “Grávidas” um “parto natural” de uma paciente de serviço privado de saúde, da seguinte forma: a mulher estava deitada na horizontal, sob anestesia peridural. Foi feita a episiotomia e a manobra de Kristeller. Vendo isto, não é à toa que muitas mulheres têm horror ao parto vaginal. Nas palavras de uma mulher grávida de classe média que participou de um fórum eletrônico:

*“Minha amiga visitou a prima dela e o bebê na maternidade, e me contou chorando que seu peito e abdômen estavam cheios de hematomas, a episiotomia era maior que a ponte Rio-Niterói, e o bebê tinha a cabeça deformada pelo fórceps. Ela me disse que eu era irresponsável em pensar num parto vaginal.”*<sup>22</sup>

É chegado o momento de reconhecer as práticas dolorosas, perniciosas e não-científicas adotadas nas maternidades como problemas de saúde pública e direitos humanos.

### **Cesárea: o “corte por cima”**

A cesárea é praticada em mais de dois terços dos nascimentos do setor privado de saúde no

Brasil onde, teoricamente, as mulheres têm mais escolha. Vários estudos, que procuraram entender se e por que as mulheres brasileiras preferem o parto cesáreo ao parto vaginal, mostram que a maioria das mulheres declara preferência pelo parto vaginal. No entanto, através de processos como a estimativa exagerada de risco fetal, ou a interpretação da dor materna como uma exigência de cesárea, bem como a consideração de suas agendas e conveniências, os médicos acabam decidindo pela cesárea apesar da vontade das mulheres, especialmente no setor privado. Um outro fator que parece promover a crença dos profissionais na superioridade da cesárea é a preocupação de preservar a genitália feminina.<sup>23-28</sup>

Em São Paulo, um esquema típico do setor privado é o de agendar todas as mulheres em torno da 38ª semana de gravidez para um dia de cesárea coletiva, o chamado “dia da cirurgia”.<sup>25</sup> No setor privado, não há praticamente nenhum controle sobre o índice de cesáreas, que chegam a 80 ou 90% dos nascimentos totais.<sup>25</sup> No estado de São Paulo, 59 hospitais privados apresentam índices acima de 80%. Para mulheres paulistas com mais de onze anos de escolaridade (mais propensas a terem uma faixa de renda mais alta e utilizarem os serviços privados) as chances de ter um parto cesáreo passam dos 85%. O Conselho Paulista de Medicina fez uma amostragem em 99 hospitais públicos e privados e encontrou um índice de cesáreas maior que 35 em cem nascimentos para 82% dos hospitais; maior que cinquenta em cem nascimentos para 63% dos hospitais; e maior que setenta em cem nascimentos em 36% dos hospitais (24% dos hospitais públicos e 40% dos privados).<sup>30</sup>

Desde 1998, uma medida governamental condicionou o reembolso de custos com parto a uma taxa de 30% de cesáreas no setor público, provocando um impacto sobre os índices oficiais dos serviços do SUS. No entanto, num

estudo multicêntrico do Ministério da Saúde, realizado em 2001 em cinco estados, foram comparados os dados sobre tipo de nascimento do sistema nacional de nascidos vivos (SI-NASC) com os índices fornecidos por hospitais sobre número de partos vaginais em hospitais públicos chegando-se apenas a um índice de 49,3%. Iniciativas para redução do índice de cesáreas parecem ter sido mais bem aceitas pelos mentores das políticas de saúde pública do que pelos diretores de hospitais e médicos obstetras. Ficou evidente também que os números são freqüentemente manipulados, registrando-se algumas cesáreas como parto vaginal para cumprir as metas governamentais.<sup>31</sup>

### **Episiotomia: o “corte por baixo”**

*“Eu sei que não deveria fazer a episiotomia como rotina. Conheço a evidência científica. Mas quando vejo a cabeça do bebê na vulva... minha mão vai sozinha.”*

Médico, S. Paulo

A episiotomia vem sendo usada como rotina desde meados do século XX na crença de que facilita o nascimento e preserva a integridade genital da mulher. No entanto, desde meados da década de 1980, já existe suficiente evidência científica para recomendar a abolição da episiotomia de rotina. Seu uso é hoje recomendado, no máximo, entre 15 e 30% dos casos, ou menos,<sup>34</sup> quando houver evidência de sofrimento fetal ou materno, ou para conseguir progresso quando o períneo é responsável pelo progresso inadequado.<sup>2</sup> Não há justificativa para a episiotomia de rotina: ela não traz benefícios para a mãe nem para o bebê, aumenta a necessidade de sutura do períneo e o risco de complicações no sétimo dia pós-parto, trazendo dor e desconforto desnecessários. Além disso, a rigidez do períneo geralmente é consequência de uma episiotomia anterior.<sup>21</sup>

“Onde você pensa que os cirurgiões de qualquer especialidade dão seu primeiro ponto? Aqui. É sempre numa episiotomia.” (médico, São Paulo)<sup>7</sup>

*“É difícil observar o treinamento de episiotomia sem sentir pena da mulher. Ela está deitada ali tendo contrações e eles têm que tentar várias vezes com a agulha até achar o lugar certo para a anestesia. E depois do nascimento, há uma longa espera até que se faça a sutura, alguns mal sabem segurar os instrumentos cirúrgicos ou dar o nó de sutura.”*

Médico, Rio de Janeiro<sup>6</sup>

O grau de dor experimentado pela mulher brasileira no parto é indicativo do lugar onde deram à luz. Mulheres atendidas por médicos particulares que adotam procedimentos dolorosos como indução, episiotomia e a manobra de Kristeller recebem anestesia peridural. No entanto, as mulheres que usam o SUS suportam a episiotomia e o reparo de laceração perineal sob anestesia local. O grau de dor sentido por mulheres durante a sutura perineal é muito pouco estudado, embora evidência anedotal sugira que o procedimento pode estar associado a dor considerável.<sup>33</sup>

*“... a paciente teve laceração perineal. Durante a sutura ela chorou do primeiro ao último ponto.”<sup>34</sup>*

Um estudo conduzido na América Latina entre 1995 e 1998 mostrou que nove entre dez primíparas com parto vaginal hospitalar foram submetidas à episiotomia. No Brasil, a taxa foi de 94,2%. Esta proporção foi semelhante para hospitais públicos e privados, hospitais gerais e de referência, e também para o atendimento por médicos ou obstetras. Assim, na América Latina, a rotina desnecessária da episiotomia vem desperdiçando cerca de US\$ 134 milhões anualmente, somente com o procedimento,

sem contar com os custos adicionais das complicações que dela decorrem.<sup>35</sup>

Não há dados oficiais do SUS, mas a episiotomia está incluída no pacote de assistência ao parto como parte do atendimento padrão. Como enfatiza um dos manuais de obstetrícia mais usados no Brasil:

*“A passagem do feto pelo anel vulvoperineal raramente é possível sem lesar a integridade dos tecidos maternos, com lacerações e roturas as mais variadas, a condicionarem frouxidão irreversível do assoalho pélvico. (...) É a episiotomia quase sempre indispensável nas primíparturientes e nas múltiparas nas quais tenha sido anteriormente praticada”.*<sup>36</sup>

### **Sexualidade e assistência ao parto**

No Brasil, um dos principais argumentos usados a favor tanto da episiotomia quanto da cesárea de rotina é o de que o parto vaginal torna os músculos vaginais flácidos, comprometendo os atrativos sexuais da mulher. No entanto, segundo evidência científica, a episiotomia de rotina danifica as estruturas vaginais mais do que as protege. Mulheres cujos filhos nasceram por um períneo intacto mostram os melhores resultados no geral, enquanto os traumas perineais e o uso de instrumentação obstétrica são fatores relacionados à frequência e gravidade da dispareunia pós-parto, indicando que é importante minimizar a extensão do dano perineal durante o parto.<sup>40</sup>

O parto vaginal vem sendo tratado como um alto risco à saúde e vida sexual da mulher. Diante do fato de que não existem experiências humanas livres de risco, é preciso avaliar o grau de risco advindo do processo natural de dar à luz e o grau de risco advindo de intervenções desnecessárias e danosas. A grande maioria das mulheres pode ter um parto vaginal seguro e satisfatório, com melhor tônus vaginal após o parto do que antes dele, se receber assistência baseada

em evidências científicas e forem respeitados os seus direitos sexuais e reprodutivos. Esta sinergia não é apenas possível como necessária.

O período posterior ao parto é uma oportunidade para as mulheres realizarem exercícios para o assoalho pélvico, a fim de manter o tônus vaginal, e receberem conselhos sobre prevenção de incontinência urinária.<sup>38, 39</sup> No entanto, tal orientação em geral não integra a assistência pré ou pós-natal, e nem mesmo os cuidados ginecológicos no Brasil. A avaliação, gerenciamento e prevenção de disfunções do assoalho pélvico, incluindo sua dimensão sexual, continuam sendo uma parte negligenciada da educação e treinamento de muitos profissionais de saúde. Conhecimento impreciso, mitos e idéias errôneas sobre a incidência, causas e tratamento da disfunção do assoalho pélvico abundam.<sup>40</sup> Muitas mulheres, mesmo profissionais de saúde, não sabem identificar, contrair ou relaxar os músculos do assoalho pélvico. Se esta informação não integra os cuidados de rotina, as mulheres grávidas precisam pressionar para receber este treinamento.<sup>41</sup>

No Brasil, a associação conceitual: ativo-masculino e passivo-feminino<sup>42</sup> reforça a construção médica da vagina como órgão passivo – apertada ou flácida (segundo a perspectiva do falo durante a relação sexual) – em vez de compreender a vagina e vulva como tecidos musculares ativos e eréteis, capazes de relaxar e contrair.

A dissecação da vagina sugere que as atuais descrições da anatomia uretral e genital de fêmeas humanas são imprecisas, subestimando a extensão das estruturas clitorícas e vulvares.<sup>43</sup> Muitas destas estruturas podem ser danificadas por intervenções no parto, não apenas a função de contrair e relaxar os músculos, mas também os vasos sanguíneos, nervos e tecido erétil.<sup>44</sup> Frequentemente, as conseqüências iatrogênicas e seqüelas sexuais dessas intervenções são confundidas com o próprio parto vaginal. Algumas mulheres são levadas a acreditar que o parto

natural é como um estupro, uma forma horrenda de vitimização sexual, e que a cesárea é o melhor modo de evitar isso.

*“Eu não teria um parto natural de jeito nenhum. Detestaria ter minhas pernas abertas e minha sexualidade invadida e destruída.”*<sup>45</sup>

Os médicos não fazem a episiotomia de rotina por serem indiferentes ao sofrimento feminino, ou por ignorarem as evidências científicas. Trata-se de uma questão de crenças. Se eles acreditam que a vulva e vagina são passivas, fica difícil compreender que esses tecidos são capazes de se distender para o parto e depois se contrair. Assim, através da episiotomia, os médicos desconstroem e reconstroem a vagina, de acordo com suas crenças culturais.<sup>46</sup> A imagem sugerida pelo discurso médico é que, após a passagem do bebê, o pênis do parceiro seria pequeno demais para estimular ou ser estimulado pela vagina, agora distendida.<sup>7</sup> Assim, o parto é percebido como estupro, o bebê sendo causador de um dano definitivo à função sexual da mulher, e esta como tendo que ser restituída a seu “estado virginal.”<sup>21</sup>

Os profissionais que entrevistamos muitas vezes se referiram ao “ponto do marido”, concebido para fazer a entrada da vagina ainda menor após o parto. Frequentes complicações decorrentes deste artifício são: dor na vulva ou vagina, cicatrizes e deformidades, que levam à necessidade de correção cirúrgica posterior.<sup>7</sup> As conseqüências de longo prazo da episiotomia sobre as relações sexuais precisam ser mais bem estudadas.

*“... temos colegas que aleijam mulheres. Chamamos algumas episiotomias de ‘hemibundectomia lateral direita’, tamanha é a episiorrafia, entrando pela nádega da paciente, que parece ter três nádegas.. Sem falar das episiotomias que fazem a vulva e vagina ficarem tortas, que chamamos de ‘AVC*

*vulvar’, sabe, como quando alguém tem um AVC e a boca e as feições ficam assimétricas?”*

Diretor de uma maternidade em São Paulo<sup>7</sup>

As mulheres aceitam a episiotomia de rotina no Brasil porque a maioria acredita que ela seja necessária, do ponto de vista médico, para proteger sua saúde e a do bebê. Como a episiotomia é uma decisão do médico, as mulheres presumem que este está fazendo a coisa mais correta. Se a mulher acreditar que terá problemas sexuais e uma vagina flácida depois do parto normal, e que a episiotomia é solução para isto, ela concorda. Num estudo feito no Uruguai, 11% das mulheres entrevistadas disseram que não acreditavam que a episiotomia fosse necessária, 13% não tinha opinião formada sobre o assunto, e 76% acreditava que seu uso era justificado.<sup>32</sup>

*“Se eu fosse dar à luz hoje, tudo seria diferente... o mais importante: nada de episiotomia. Não faz mal se eu tivesse alguma laceração, não seria tão desconfortável para ficar sentada depois – ou agora que estou com 50 anos, para ter relações sexuais. Agora mais do que nunca, quando as taxas de estrogênio diminuem, dói muito durante a penetração. Tenho falado disso com muitas médicas como eu, e muitas outras mulheres sentem a mesma coisa.”*<sup>47</sup>

Nos fóruns eletrônicos onde as mulheres brasileiras falam sobre alternativas para o parto, muitas dizem que escolheram a cesárea para fugir da episiotomia, especialmente depois de uma experiência traumática anterior que deixou seqüelas duradouras.<sup>48</sup>

### **Humanização do parto no Brasil**

No caso brasileiro, a cesárea e a episiotomia desnecessárias são também um problema racial e de classe social. Mulheres brancas de classe média, atendidas por serviços do setor privado, tendem

a receber “o corte por cima” (cesárea), enquanto a mulher negra e pobre que recorre ao SUS (70% das mulheres do país) tende a receber “o corte por baixo” (episiotomia). Como as mulheres negras apresentam características diferenciadas quanto à cicatrização, com maior tendência a problemas cicatriciais e formação de quelóides,<sup>49</sup> elas poderão estar mais expostas a complicações na cicatrização da episiotomia. Não raro precisam recorrer aos serviços de um cirurgião plástico para corrigir desvios e retrações dos lábios vaginais decorrentes da episiotomia.<sup>50</sup>

A expressão “humanização do parto” refere-se, no Brasil, ao respeito e promoção dos direitos da mãe e da criança à assistência baseada em evidências, incluindo segurança, eficácia e satisfação. Quando têm acesso à informação de qualidade, as mulheres passam a entender que a episiotomia nem sempre é necessária. Para obter os serviços que desejam hoje, muitas mulheres trocam de médico durante a gravidez, com a ajuda de um promissor recurso de mudança – sites e grupos de apoio eletrônicos criados e usados por consumidores que desejam assistência humanizada e baseada em evidências. Mulheres que escolhem a cesárea porque não sabiam que um parto sem episiotomia era possível criaram um site para educar o público.<sup>48</sup>

Desde 1993, existe uma Rede Nacional para a Humanização do Parto (Rehuna) que reúne profissionais de saúde progressistas, elaboradores de políticas de saúde, feministas, terapeutas alternativos, obstetizes e grupos organizados de usuários do serviço de saúde. Estes mantêm diversas listas eletrônicas, fóruns, sites e blogs, incluindo o dinâmico “Amigas do Parto”. As feministas brasileiras participam da Rehuna desde a sua fundação, defendendo a visão de uma “maternidade voluntária, prazerosa, segura e apoiada pela sociedade”.<sup>29</sup>

Desde meados de 1990, diversas iniciativas governamentais, e muitas em parceria com ONGs, vêm dando apoio a propostas de mu-

dança da assistência à maternidade no Brasil, centradas principalmente na redução do número de cesáreas. Estas incluem a instituição pelo Ministério da Saúde do Prêmio Dr. Galba de Araújo em 1998, concedido às maternidades mais humanizadas; um programa de treinamento para enfermeiras obstétricas; e o Programa de Humanização Pré-Natal e do Parto (PHPN) em 2000. Em 2001, o Ministério da Saúde distribuiu aos médicos e enfermeiras de todo o país uma versão em língua portuguesa do manual da Organização Mundial da Saúde para assistência ao parto vaginal.<sup>52</sup> No âmbito regional, vários estados criaram serviços com uma abordagem humanizada, tanto no setor público como no setor privado. Há um programa bastante promissor para estabelecer Centros de Parto Normal, com experiências muito bem sucedidas em vários pontos do país, mas que encontrou forte resistência em outros setores mais conservadores.<sup>53</sup>

A Rehuna vem fazendo uma campanha pelo direito de pacientes do SUS e dos serviços privados a companheirismo e apoio do grupo social durante o parto, uma forma simples, barata, eficaz e satisfatória de fazer do parto uma experiência melhor para as mulheres.<sup>2-5, 54, 55</sup> Em junho de 2003, a Rehuna lançou a Campanha Contra a Episiotomia de Rotina. O primeiro evento aconteceu em São Paulo e reuniu representantes da Faculdade de Saúde Pública, Federação Brasileira de Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica (ABENFO), formadores de políticas públicas, ONGs feministas, consumidores organizados, Conselho Regional de Medicina, Centro Cochrane do Brasil, Rede Nacional de Saúde e Direitos Reprodutivos, entre outros.

Na esteira do movimento contra a mutilação genital feminina em sociedades não ocidentais, a episiotomia de rotina foi considerada por muitos como uma forma de mutilação genital,<sup>56, 57</sup>



e violência de gênero cometida por instituições e profissionais.<sup>58</sup> Alguns propõem mudanças na nomenclatura, chamando as episiotomias desnecessárias de “lesão iatrogênica genital”, “dano sexual iatrogênico” ou “lesão sexual iatrogênica.”<sup>51</sup> O grande número de episiotomias tem sido considerado um caso típico de violação de direitos humanos em relação à saúde.<sup>59</sup>

A campanha foi uma oportunidade de combinar as perspectivas da medicina baseada em evidências e do direito reprodutivo, o que foi possível através da parceria com o Centro Latino Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano (CLAP) e o Comitê Latino Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher (CLADEM). Atualmente, buscamos o apoio das autoridades governamentais da área da saúde a fim de seguir as recomendações propostas, inclusive para o treinamento de profissionais de saúde, a introdução do consentimento informado para a episiotomia nos serviços do SUS e o monitoramento do progresso.<sup>51</sup>

A prevenção de cesáreas e episiotomias desnecessárias e a promoção do parto normal vaginal com um períneo intacto exigem transformações profundas na assistência obstétrica. Será preciso

uma mudança nos estereótipos de gênero e uma compreensão mais profunda do corpo feminino antes que essas práticas possam ser transformadas. Isto está relacionado ao direito da mulher de ter acesso à informação baseada em evidência, privacidade, liberdade de escolher a posição para o trabalho de parto e o parto, direito de ter um acompanhante no parto e apoio social durante o trabalho de parto, direito a um adequado controle da dor e prevenção de dor iatrogênica, bem como direito ao aprendizado de exercícios pélvicos para obter uma vagina “poderosa”. Embora o foco da campanha da Rehuna seja a abolição da episiotomia de rotina, o objetivo mais amplo é contribuir para a promoção de mudanças nos serviços de saúde reprodutiva e sexual, promovendo a integridade genital da mulher e sua satisfação e segurança reprodutiva e sexual.

### Créditos

Este trabalho relata parte da pesquisa de Simone Diniz sobre “Expectativas e satisfação dos usuários e profissionais de saúde na humanização do parto”, com o apoio da Fundação de Apoio à Pesquisa de São Paulo (FAPESP/Cemicamp).

### Referências

1. Atallah Á. Apresentação no Seminário “Práticas Obstétricas Baseadas em Evidências”. Instituto de Saúde de São Paulo, 1999. (Não publicado)
2. Enkin, M. W., Kierse, M. J., Renfrew M. J., et al. *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford: Oxford University Press, 2000.
3. World Health Organization. *Care in Normal Birth: A Practical Guide*. Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. Genebra: WHO, 1996.
4. Chalmers, I. WHO appropriate technology for birth revisited. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1992;99 (16 Sept): 709-10.
5. Langer, A., Villar, J., Promoting evidence-based practice in maternal care would keep the knife away (Editorial), *BMJ* 2002; 324 (20 April); 928-29.
6. Dias, M. A. B. Cesariana: Epidemia Desnecessária? Dissertação de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Fernandes Filgueira. Pós-graduação em Saúde da Mulher e da Criança, 2001.
7. Diniz, C. S. G. Entre a Técnica e os Direitos Humanos – Limites e Possibilidades das Propostas de Humanização do Parto. Tese de Doutorado. Dep. de Medicina Preventiva – FM-USP, 2001. At: [www.mulheres.org.br/parto](http://www.mulheres.org.br/parto)
8. BRASIL DATASUS. Indicadores de Cobertura. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Porcentagem de Parto Hospitalar. At: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2000/f07.def>.
9. BRASIL. Ministério da Saúde, Comissão Nacional de Mortalidade Materna do Ministério da Saúde. Nota técnica sobre dados de mortalidade materna divulgados pela Organização Mundial de Saúde, 2003. (Mimeo)
10. United Nations Development Programme. Human develop-

- ment indicators. Millenium Development Goals: Report 2003. At: [http://www.undp.org/hdr2003/indicator/indic\\_293.html](http://www.undp.org/hdr2003/indicator/indic_293.html). Acessado em 10 de março de 2004.
11. Serruya, S. J. A experiência do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil. Tese de Doutorado. Campinas: Unicamp. 2003.
  12. Coletivo Feminista/FMUSP/ Conselho Regional de Medicina de São Paulo. Série O que nós como profissionais de saúde podemos fazer. DINIZ SG, pesquisa e texto. São Paulo, 2003.
  13. Comunicação Universidade Federal de São Paulo. Gestantes peregrinam em busca de assistência médica na rede pública. Ano 15. Nº 170. Agosto, 2002. At: <http://www.unifesp.br/comunicacao/jpta/ed170/pesquisa.html>.
  14. Tanaka, A.C. d'A. Maternidade Dilema entre Nascimento e Morte. São Paulo/Rio de Janeiro: Ed. Hucitec/ABRASCO, 1995.
  15. Silva, A.A., Barbieri, M.A., Gomes, U.A., et al. Trends in low birth weight: a comparison of two birth cohorts separated by a 15-year interval in Ribeirão Preto, Brazil. *Bulletin of World Health Organization* 1998; 76 (1):73-84.
  16. Ratto, K.M.L. Maternidade Leila Diniz (1994 a 1996): Nascimento de um novo profissional de saúde? Dissertação de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Fernandes Filgueira. Pós Graduação em Saúde da Mulher e da Criança, 1997.
  17. Behague, D.P., Victora, C.G., Barros, F.C. Consumer demand for caesarean sections in Brazil: informed decision making, patient choice, or social inequality? A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. *BMJ*, 2002 ;324f7343:942-45.
  18. Sheila Kitzinger's letter from Europe: obstetric metaphors and marketing. *Birth* 1999;26 (1):55-57.
  19. Maternitywise. Cascade of intervention. At: <http://www.maternitywise.org/mw/aboutmw/index.html?cascade>.
  20. Christianson, L.M., Bovbjerg, V.E., McDavitt, E.C., et al. Risk factors for perineal injury during delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2003; 189 (1): 255-60.
  21. Goer, H. *Obstetric Myths Versus Research Realities*. Bergin and Garvey, 1995
  22. Postado no blog "Eu odeio Dráuzio Varella". At: [www.euodeiodrauzioarella.blogspot.com.br](http://www.euodeiodrauzioarella.blogspot.com.br).
  23. Faúndes, A.E., Cecatti, J.G. Operação cesárea no Brasil: incidência, tendência, causas, conseqüência e propostas de ação. *Cadernos de Saúde Pública* 1991 ;7(2): 150-73.
  24. De Mello e Souza, C. C. Sections as ideal birth: the cultural construction of beneficence and patients rights in Brazil. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 1994; 3: 358-66.
  25. Hopkins, K. Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean? *Social Science and Medicine*. 2000;51(5):725-40.
  26. Rattner, D. Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesárea do Estado de São Paulo, Brasil. *Revista Saúde Pública* 1996;30: 1: 19-33.
  27. Faúndes, A., Cecatti, J.G., Osis, M.J. De. Módulo Social do Estudo Latino Americano sobre cesáreas: satisfação de médicos e mulheres no Brasil. Relatório técnico final, 2002 (Mimeo)
  28. Chacham, A.S. A medicalização do corpo feminino e a incidência do parto cesáreo em Belo Horizonte. Dissertação (Doutorado em Demografia) Cedeplar, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 1999.
  29. Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. Dossiê Humanização do Parto. Diniz, S.G., Chacham, A.S. (pesquisa e texto). São Paulo, 2002.
  30. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Avaliação dos Serviços de Assistência ao Parto e ao Neonato no Estado de São Paulo. São Paulo, 2000.
  31. Souza, M.R. Parto: entre o desejo e a realização. Anais da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 2002. At: [http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/GT\\_REP\\_ST39\\_Souzatexto.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/GT_REP_ST39_Souzatexto.pdf).
  32. Tomasso, G., et al. ¿Debemos seguir haciendo la episiotomia en forma rutinaria? *Revista de Obstetricia y Ginecologia de Venezuela* 2002; 62(2):115-21.
  33. Sanders, J., Campbell, R., Peters. Effectiveness of pain relief during perineal suturing. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2002;109 (9): 1066-68.
  34. Alves, M.T.S.B., Silva, A.A.M. Avaliação da qualidade de Maternidades - Assistência à mulher e recém-nascido no SUS. São Luís: UFMA/UNICEF, 2000.
  35. Althabe, F., Belizán, J., Bergel, E. Episiotomy rates in primiparous women in Latin America: hospital based descriptive study. *BMJ* 2002; 324:945-46.
  36. Rezende, J. *Obstetricia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. pág.337.
  37. Signorello, L.B., Harlow, B.L., Chekos, A.K., et al. Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2001;184(5):881-88 and discussion 888-90.

38. Chiarelli, P., Murphy, B., Cockburn, J. Acceptability of a urinary continence promotion programme to women in the postpartum period. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2003 ;110(2): 188-96.
39. Incontinent. Web's Leading Resource on Incontinence and Other Pelvic Muscle Disorders. At: [www.incontinent.com](http://www.incontinent.com).
40. Davis, K., Kumar, D. Pelvic floor dysfunction: a conceptual framework for collaborative patient-centred care. *Journal of Advanced Nursing* 2003;43 (6):555-68.
41. Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. Fique Amiga Dela. Saúde Sexual para Mulheres. At: [www.mulheres.org.br/fiqueamigadela](http://www.mulheres.org.br/fiqueamigadela).
42. Parker, R.G. *Corpos, prazeres e paixões: a cultura sexual no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Best Seller, 1991.
43. O' Conner H.E. Hutson J.M., Anderson C.R. et al. Anatomical relationship between urethra and clitoris. *Journal of Urology* 1998;159 (6): 1892-97.
44. Chalker, R. *A Verdade Sobre o Clitórís*. Ed. Imago, 2001.
45. Parto Vaginal é Retrógrado? Parto Humanizado. At: [http://partohumanizado.blogger.com.br/200J\\_12\\_0\\_1\\_archive.html](http://partohumanizado.blogger.com.br/200J_12_0_1_archive.html).
46. Davis Floyd, R. *Birth as an American Rite of Passage*. Berkeley: University of California Press, 1992.
47. "Dra. Stella" [Carta]. At: [www.mulheres.org.br/parto](http://www.mulheres.org.br/parto).
48. Xô Episio! Episiotomia Não! At: <http://www.xoepisio.blogspot.com.br>.
49. Datubo-Brown, D.D. Keloids: a review of the literature. *British Journal of Plastic Surgery* 1990;43(1):70-77.
50. Vitalitá Cirurgia plástica e estética. Cirurgia Íntima Feminina. Um especialista para cada cirurgia. At: <http://www.vitalita.med.br/cirfem.asp>.
51. Abaixo a Episiotomia de Rotina! Amigas do Parto. At: [www.amigasdoparto.com.br/episiotomia4.html](http://www.amigasdoparto.com.br/episiotomia4.html).
52. Organização Mundial da Saúde. Unidade de Maternidade Segura, Saúde Reprodutiva e da Família, Assistência ao Parto Normal: um guia prático. Geneva: OMS, 1996.
53. Casas de parto no mundo. Campanha pelas Casas de Parto no Rio de Janeiro. At: <http://www.casasdeparto.com.br/casasdeparto/index.asp>.
54. Smith, H.J., et al. Improving quality of childbirth experience may reduce demand for caesarean sections [carta]. *BMJ*. At: <http://bmj.bmjournals.com/cgi/eleletters/324/7343/928#22194>.
55. Hodnett, E.D. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002; 186 (5. Suppl Nature):S 160-72.
56. Wagner, M. Episiotomy: a form of genital mutilation. *Lancet*, 1999; 353: 1977.
57. Hughes, J. Episiotomy: ritual genital mutilation in western obstetrics. At: <http://www.changesurfer.com/Hlth/episiotomy.html>.
58. Diniz, C.S.G., d'Oliveira, A.F.P. Gender violence and reproductive health. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1998;63 (Suppl.):S33-42.
59. França, Jr. I. Saúde pública e direitos humanos. Em: Zóbole, E., Fortes, P., (editores), *Bioética e Saúde Pública*. São Paulo: Ed. Loyola, 2003.

**Resumo:** Nos últimos cinquenta anos, o rápido aumento da utilização de tecnologia para iniciar, intensificar, acelerar, regular e monitorar o processo de nascimento tem levado à adoção de procedimentos inadequados, desnecessários e por vezes perigosos. Embora as pesquisas tenham demonstrado que o paradigma a ser adotado é o do mínimo de interferência dentro dos limites da segurança, no Brasil o parto vaginal continua sendo tratado como um alto risco à saúde e à vida sexual da mulher. O presente trabalho descreve o impacto desse modelo de intervenção na experiência do parto, e discute como a organização dos serviços públicos e privados de assistência ao parto influencia a qualidade dos cuidados obstétricos no país. O Brasil é conhecido por altos índices de cesáreas desnecessárias ("o corte por cima"), praticadas em dois terços dos partos no setor privado, onde 30% das mulheres dão à luz. Recebe menos atenção o índice de 94,2% de episiotomias ("o corte por baixo") praticadas em partos vaginais, afetando 70% das mulheres de baixa renda, que recorrem ao setor público. É necessária uma mudança na compreensão do corpo da mulher para que possa ocorrer uma mudança nos procedimentos mencionados. Desde 1993, e inspirado em campanhas contra a mutilação genital feminina, um movimento nacional de profissionais de saúde, feministas e grupos de consumidores vem promovendo serviços de saúde baseados em evidências e a humanização do parto no Brasil, reduzindo assim procedimentos cirúrgicos desnecessários.

## Interrupção da gravidez por anormalidade fetal incompatível com a vida: a vivência de mulheres brasileiras

Lúcia de Lourdes Ferreira da Costa<sup>a</sup>, Ellen Hardy<sup>b</sup>,  
Maria José Duarte Osis<sup>c</sup>, Anibal Faúndes<sup>d</sup>

- a Assistente Social, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), São Paulo, Brasil. E-mail: lucial@unicamp.br  
b Professor Adjunto, Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP; Pesquisadora Sênior do Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas (Cemicamp), São Paulo, Brasil.  
c Pesquisadora Sênior, Cemicamp, São Paulo, Brasil.  
d Professor Voluntário de Obstetrícia, Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP; Pesquisador Sênior, Cemicamp, São Paulo, Brasil.

**Abstract:** *Fetal abnormality incompatible with life is a fact and the options for dealing with it are abortion or birth followed by death. This paper reports a qualitative study of the experience of ten women who had a pregnancy termination in a university hospital in Brazil for fetal abnormality incompatible with life. The women were interviewed approximately forty days after the procedure. The experience was marked by strong emotions for the women, who had a terrible shock on learning of the diagnosis, which was given between 13 and 25 weeks into their pregnancies. They cried and experienced fear, despair, anguish, a sense of uselessness and refusal to accept the situation. When they took the decision to terminate their pregnancies, the women experienced sadness, despair and guilt, and all these feelings caused them intense suffering. The killing of the fetus was the most difficult part of the termination for them. Nevertheless, afterwards they were satisfied with the decision taken and believed that it was the correct one, despite the anguish it caused. The inclusion of fetal abnormality incompatible with life in the Brazilian law on pregnancy termination would help reduce women's suffering and contribute to the provision of supportive care by the health services.*

**Palavras-chave:** anormalidade fetal incompatível com a vida, aborto induzido no segundo trimestre, questões psicossociais, política e legislação sobre o aborto, Brasil.

A disponibilidade de técnicas de diagnóstico intra-uterino permite o diagnóstico preciso de uma ampla gama de anormalidades fetais, inclusive aquelas incompatíveis com a vida. Quando essas anormalidades são detectadas no diagnóstico pré-natal, levanta-se a questão de interromper ou não a gravidez em função da anormalidade.<sup>1</sup> As anormalidades incompatíveis com a vida mais comuns,

para as quais as mulheres precisam pedir autorização legal para o aborto, são os defeitos do tubo neural, incluindo anencefalia e também múltiplas malformações congênitas e anormalidades do sistema urinário.<sup>2</sup> Nesses casos, há somente duas opções para as mulheres: interromper a gravidez ou esperar que o bebê nasça, para em seguida morrer dentro de pouco tempo. Muitas interrupções de gravidez com

este fundamento são realizadas durante o segundo trimestre da gravidez.

A legislação brasileira sobre o aborto data de dezembro de 1940, e só permite a interrupção da gravidez decorrente de estupro ou para salvar a vida da mãe.<sup>3</sup> No entanto, desde 1991 vêm se multiplicando as autorizações judiciais para interrupção da gravidez por anormalidade fetal incompatível com a vida.<sup>2</sup> Em geral, essas autorizações sustentam que não se pode justificar que a mulher corra o risco de complicações obstétricas, que freqüentemente acompanham as anormalidades fetais, inclusive distúrbios psicológicos e emocionais.<sup>4,5</sup> O aumento de decisões judiciais nesse sentido criou uma jurisprudência que poderá levar a futuras mudanças no Código Penal.<sup>6</sup> Isto foi sugerido em decisão do Ministro Marco Aurélio de Melo do Supremo Tribunal Federal em 1º de julho de 2004, que permitiu liminarmente a interrupção da gravidez em casos de anencefalia, até que o Supremo Tribunal Federal se pronuncie sobre a questão.<sup>7</sup>

Quando os casais se vêem diante de uma gravidez na qual existe anormalidade fetal incompatível com a vida, enfrentam a difícil decisão de interrompê-la ou não.<sup>8,9</sup> Alguns autores relatam que a decisão pela interrupção pode ter um efeito negativo sobre o relacionamento do casal, muitas vezes levando a desentendimentos, projeção de raiva, angústia ou culpa.<sup>9</sup>

A aceitação do diagnóstico de anormalidade fetal é muito difícil para as mulheres e, de fato, também para seus parceiros, já que devem enfrentar a dramática interrupção de suas esperanças e expectativas. As pesquisas sugerem que, diante desse diagnóstico, emergem fantasias de incapacidade, morte e destruição, iniciando-se um período de luto pela perda de uma criança saudável.<sup>10</sup> Nesse mesmo contexto, as mulheres que sofrem interrupção da gravidez por anormalidade fetal relatam ter sentimentos de choque, negação, culpa e angústia psicológica. Os seguintes eventos são considerados críticos: o

período de espera antes do aborto, a assinatura do termo de consentimento, a cessação dos movimentos fetais e a expulsão do feto.<sup>11</sup> No entanto, relativamente pouco se sabe sobre como a mulher vivencia todo o processo de interrupção da gravidez quando o motivo do aborto é malformação fetal incompatível com a vida.

Estudos brasileiros anteriores sobre o tema limitaram-se a analisar a reação emocional das mulheres diante do diagnóstico de que estão gestando um feto que não sobreviverá após o nascimento. Nenhum estudo visou compreender as vivências das mulheres e como se sentem durante o aborto, um período no qual é fundamental oferecer apoio psicológico adequado. Este é o objetivo do presente estudo.

### **Diagnóstico de malformação fetal em um dos hospitais do complexo hospitalar da Universidade Estadual de Campinas, em São Paulo**

O Ambulatório de Pré-Natal Especializado do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), tem uma equipe multiprofissional que atende mulheres com diagnóstico ultra-sonográfico de malformação fetal, e que ali chegam enviadas por outros serviços de saúde ou pelo Ambulatório de Pré-Natal do CAISM. Sempre que possível, as mulheres passam por um segundo exame ultra-sonográfico e, dependendo da patologia fetal diagnosticada, um obstetra confirma o diagnóstico inicial, ou agenda uma consulta com cirurgião neonatal, geneticista, cardiologista ou neurocirurgião.

Em casos de anormalidade fetal incompatível com a vida, o obstetra informa a mulher, acompanhada (ou não) de seu parceiro, amigos ou parentes sobre o diagnóstico e as opções de levar a gravidez a termo ou requerer uma interrupção através de autorização judicial. O procedimento médico ou cirúrgico usado para induzir o aborto ou parto é então explicado, bem

como o método usado para causar a morte do feto. O método mais comumente adotado é a administração vaginal de misoprostol, seguida pela introdução de um cateter de Fowley no colo uterino com ou sem infusão intravenosa de oxcitocina, conforme o caso. Injeta-se cloreto de potássio no cordão umbilical ou no coração do feto para causar sua morte. Esse procedimento é seguido por determinação do Parecer Consulta 23.480/98 do Conselho Regional de Medicina de São Paulo. A mulher e seu parceiro, ou parente, recebem apoio psicológico e orientação quanto aos aspectos legais da decisão. A mulher deve então decidir se quer ou não interromper a gravidez. Algumas das mulheres discutem o problema com o padre ou pastor de sua igreja.

### **Sujeitos e métodos**

Dez mulheres, cuja gravidez foi interrompida num hospital universitário em Campinas mediante autorização judicial, foram selecionadas entre maio e novembro de 2002. Todas as mulheres convidadas a participar do estudo aceitaram. Tratou-se de uma amostragem intencional com entrevistas em profundidade.<sup>12</sup> O número de participantes foi determinado segundo o conceito de saturação de informação.<sup>13</sup> Novas participantes foram incluídas até que não se obtivesse nenhuma nova informação.

A coleta de dados foi feita quarenta dias após a interrupção da gravidez, quando as mulheres voltaram para consulta de rotina após o aborto e para aconselhamento genético. As entrevistas semi-estruturadas basearam-se na experiência de vida e testemunho pessoal seguindo um roteiro temático. As entrevistas foram gravadas, transcritas literalmente e conferidas pelo pesquisador principal, em uma segunda leitura, para verificar se havia discrepâncias. Em seguida, o conteúdo de cada entrevista foi digitalizado usando-se o *Ethnograph*, versão 5.0.<sup>14</sup>

O conceito de “vivências” refere-se a tudo que

é vivido por uma pessoa e tudo aquilo que fica, deixando marcas, apesar das mudanças constantes próprias da vida.<sup>15</sup> No presente estudo, a palavra “vivências” se refere àquilo que foi pensado, sentido e percebido ou imaginado pelas mulheres ao longo desse processo.

Foi pedido às mulheres que descrevessem o que aconteceu quando foram informadas do diagnóstico de malformação fetal, ao longo do processo de decisão sobre interrupção da gravidez ou não, no procedimento de interrupção da gravidez propriamente dito, e no período imediatamente posterior, bem como sobre os planos de outra gravidez, as repercussões da interrupção da gravidez sobre o relacionamento do casal, o relacionamento da mulher com sua família, e a avaliação geral de sua experiência.

Para análise temática, foi usada a metodologia de Minayo<sup>16</sup> para identificar as unidades significativas nos testemunhos das mulheres. Este estudo seguiu as normas para pesquisa envolvendo seres humanos definidas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.<sup>17</sup> O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. A participação das mulheres foi voluntária e elas assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes de serem incluídas no estudo.

### **Resultados**

A idade das mulheres variou entre dezessete e 29 anos de idade; oito delas haviam completado o curso primário. Duas não tinham parceiro fixo. Uma disse ter planejado a gravidez, e quase todas (exceto uma), desejavam de alguma forma a gravidez. A idade gestacional em que foi feita a detecção de anormalidade fetal variou entre treze e 25 semanas. Somente uma delas fez a interrupção da gravidez na 16ª semana. As demais passaram pelo procedimento após a 22ª semana, sendo que a gravidez mais avançada chegou à 31ª semana.

## O diagnóstico de malformação

Segundo as participantes, a informação sobre o diagnóstico nem sempre foi dada de forma adequada. A notícia foi um choque e resultou em choro, medo, desespero, angústia, sofrimento, culpa e sentimentos de inutilidade e recusa da notícia.

*“...falei para minha mãe mesmo, a minha vontade era se matar, falei para minha mãe que eu pensava é no outro que eu tinha, porque se não, eu não agüentava não... Ah! é uma sensação muito ruim, muito ruim, porque é a perda de um filho, e por mais né, nossa eu fiquei ruim, só que eu pensava no outro que eu também tinha, porque eu não podia só pensar em mim, eu tinha que pensar nele, né, foi pensando nele, né, e pensando nela também [referindo-se ao feto]...”*

Cristiane, 17 anos, segunda gestação

## A decisão de interromper a gravidez

As mulheres só tomaram a decisão de interromper a gravidez depois da confirmação de que o bebê não sobreviveria após o nascimento. Algumas mulheres estavam preocupadas com os riscos que a gravidez poderia representar para sua própria saúde em função da malformação. Escolheram a interrupção acreditando que isto aliviaria tanto o sofrimento do feto como o seu. Ao tomarem essa decisão, tiveram o apoio de seus parceiros. Contudo, foram momentos de muito desespero e sofrimento.

*“Então aí eu optei a fazer porque não adiantava, não adiantava eu ficar com uma criança que não ia sobreviver, eu ia só manter uma esperança sabe, eu já tinha comprado as coisinhas, roupinhas pra ele, tudo, está até guardadinho até hoje, certo, então adiantava eu ficar mantendo a esperança? Ver, sentia ele mexendo na barriga, porque se ele ia morrer...”*

Tatiana, 19 anos, segunda gestação

## Solicitando a autorização judicial

Obter a autorização judicial para interromper a gravidez foi difícil tanto emocional quanto burocraticamente. As mulheres se sentiram humilhadas por serem obrigadas a conseguir permissão legal num período tão doloroso, e ter que enfrentar perguntas quanto a seu direito de decidir sobre suas vidas e sobre a gravidez.

*“É complicado falar sobre isso porque é um momento muito difícil, você estava com aquela dor indo lá [Procuradoria]. Será que eles estão pensando nisso, no que eu estou passando? O que é que eu estou sentindo? E eu ter que ir lá, eu e o meu marido sozinhos... ter que assinar papel..., é muito difícil, muito difícil mesmo.”*

Vanessa, 18 anos, primeira gestação

## O processo de interrupção da gravidez

As mulheres também acharam muito difícil falar sobre o que passaram durante o procedimento de interrupção da gravidez. Para elas foi algo terrível, um pesadelo. Elas relataram ter sentido choque, tristeza e pânico, incapacidade de aceitar a situação, agonia, solidão e medo. Muitos destes sentimentos perduraram depois da expulsão do feto. A descrição de como o feto seria morto, feita na ocasião em que as mulheres foram informadas sobre o procedimento de interrupção da gravidez, e o momento em que isto estava acontecendo foram os mais difíceis para a maioria das mulheres.

*“... porque você começa olhar pelo ultra-som... então você começa falar assim: eu estou matando, eu estou ajudando a matar o nenê dentro da minha barriga, então eu não queria isso, é uma coisa muito difícil para fazer, esse processo [interrupção]... a gente sente uma perda... na hora que ele já começa a fazer o feticídio, daí a gente já começa a falar: vai morrer dentro da gente.”*

Joseane, 23 anos, segunda gestação

Para as mulheres foi importante ver o corpo do feto morto para que pudessem confirmar as anormalidades, quando eram externas. Ver o corpo também foi uma oportunidade para vivenciar melhor o luto.

*“Ah, mas foi difícil... Fui sozinha, fui, vi, vi os defeitinhos que ela tinha, era menina, e vi também o lado bom, sabe que eu vi que ela tinha o defeito que o médico realmente falou... que o pezinho dela era torto, o pescocinho que era grudado com o peito, só isso que eu vi nela, e eu vi a parte bonita, eu vi que os olhos puxaram o pai, sabe, a mãozinha era muito pequenininha, os dedinhos perfeitinhos, sabe, isso que me deixou mais contente”.*

Vanessa, 18 anos, primeira gestação

### **Depois da interrupção da gravidez**

Imediatamente após a interrupção da gravidez, as mulheres vivenciaram tristeza, pânico, não aceitação do fato, dor e remorso. Por outro lado, também sentiam alívio, por entenderem que tinham tomado a decisão certa. Algumas descreveram uma sensação de conquista porque sentiam que isso era a única coisa que podiam fazer pela criança naquele momento.

*“Eu me senti uma vitoriosa, porque era a única coisa que eu poderia fazer por ela [feto] naquele momento, não poderia fazer mais nada, e eu tinha que ter força para aquilo. Me senti uma vitoriosa.”*

Vanessa, 18 anos, primeira gestação

Cerca de quarenta dias após a interrupção da gravidez, por ocasião da entrevista, as mulheres disseram ter aceitado a situação, mas ainda choravam muito, sentiam culpa, tristeza e vulnerabilidade. Elas vivenciaram a interrupção da gravidez como uma experiência muito marcante porque entendiam que haviam perdido um filho. No entanto, todas acreditavam que a

decisão de interromper a gravidez havia sido a melhor solução.

*“Eu não posso falar que eu estou 100% e eu não estou bem, assim porque você começa a tocar no assunto, aquilo começa vir. A hora que eu cheguei aqui [Ambulatório de Obstetrícia para consulta de revisão de parto] eu já fiquei, eu já, assim... me senti mal, é você lembrar de tudo que passou [choro]... aquela culpa de eu, eu, eu acabei com a vida da minha filha, vamos dizer assim, depois você muda as palavras, mas a gente tem um sentimento de culpa, tem um pouquinho de culpa, a gente tem, porque a gente que decidiu, por mais que o médico falou... mas a decisão final tinha que ser minha e dele [referindo-se ao marido].”*

Marina, 28 anos, primeira gestação

### **Planos em relação a outra gravidez**

Embora com medo de passar pela mesma situação, as mulheres afirmaram que gostariam de ficar grávidas novamente, mas depois de esperar algum tempo.

*“Um dia, sim, eu penso. Eu tenho medo de, por exemplo, de acontecer tudo de novo. Se acontecer tudo de novo, acho que eu não vou estar preparada o suficiente para ver de novo os mesmos processos [referindo-se à vivência com a interrupção dessa gestação].”*

Joseane, 23 anos, segunda gestação

### **Repercussão no relacionamento conjugal**

As mulheres sentiram que seu relacionamento conjugal havia melhorado porque a experiência de interromper a gravidez havia fortalecido os laços afetivos, e disseram que não haviam ocorrido mudanças em seu relacionamento sexual.

*“... eu lembro que depois que ele [marido] soube de tudo assim... eu falei para ele uma coisa assim, que a psicóloga disse umas palavras que eu achei*



*muito importante, sabe? Ajuda um pouco, eu lembro que ela falou assim: que nesse curto espaço de vida dela [bebê], que ela pode ter trazido... algumas coisas boas, assim, algumas modificações entendeu?... Daí eu tentei tirar alguma coisa boa disso, entendeu?... Eu acho que a união, e creio que a gente criou um vínculo maior, mais forte, entendeu? Porque uma filha, né. Depois de tudo o que aconteceu, um dando força para o outro...”*

Julia, 21 anos, primeira gestação

### **Avaliação geral da experiência**

As mulheres disseram que tinham recebido o apoio de suas famílias e amigos, muito embora tivessem tido contato com pessoas, tanto familiares como outros, que não aceitaram sua decisão por motivos religiosos. No entanto, segundo as mulheres, suas crenças religiosas não influenciaram a decisão.

Em geral, as participantes consideraram que a interrupção da gravidez e perda do bebê foi uma experiência de grande tristeza que as marcou, causou sofrimento, afetou-as emocionalmente, e que era difícil de aceitar. No entanto, e apesar de tudo, elas entenderam que a vivência tinha mudado seus valores, suas famílias haviam se tornado mais unidas após a interrupção da gravidez, e elas mesmas haviam se tornado mais maduras e fortes.

*“Ah, o que teve de bom foi a auto-estima, porque eu nunca pensei que um dia eu fosse passar por tudo isso e ainda por cima estar andando de cabeça erguida... De ruim foi eu ter perdido ele [bebê]... ter perdido a criança, é uma coisa muito ruim, saber que você está gerando uma, um ser vivo que não vai ficar com você... É de ter ficado grávida, apesar de eu não, eu não planejei nada, e nem a criança...”*

Adriana, 27 anos, primeira gestação

Os cuidados médicos interdisciplinares que as mulheres receberam durante o processo de to-

mada de decisão, no procedimento de interrupção da gravidez, e também no período posterior, foram considerados um mecanismo eficaz de apoio que as ajudou a superar as dificuldades.

*“Olha, os médicos são muito assim, eles ajudam muito, eles conversam com você... eles deixam você mais segura... então acho assim, que no tempo que eu fiquei aqui, eu fiquei tranqüila, porque eu sabia que ia ter uma hora... ia ter que acontecer, então a gente tem que vir preparada mesmo... Olha, eu me senti muito preparada, porque a psicóloga também, ela ajuda a gente... vinha acalmando a gente, a gente saber como vai ser os processos, dali em diante, então a gente já vem já com a consciência daquilo...”*

Joseane, 23 anos, segunda gestação

### **Discussão**

As experiências descritas neste trabalho foram pautadas por muito sofrimento e fortes emoções negativas. Os sentimentos de choque, medo, culpa e angústia que as mulheres sentiram quando receberam o diagnóstico de anormalidade fetal, seguidos por sentimentos de inutilidade e incapacidade de produzir uma criança normal, são similares aos resultados encontrados em outros estudos no Brasil.<sup>10, 18</sup> A ambivalência das mulheres no que diz respeito à decisão de interromper a gravidez ficou óbvia, mesmo que elas entendessem que estavam tomando a decisão certa. Essa ambivalência foi também relatada por Dallaire, et al.<sup>11</sup> Contudo, as mulheres procuraram aprender alguma coisa positiva com a experiência, e sentiram que alguns aspectos de suas vidas haviam se fortalecido, particularmente sua auto-estima e seu relacionamento conjugal.

A interrupção da gravidez aconteceu porque a vida do bebê não era viável, e não porque a gravidez era indesejada. Assim, vale lembrar que atualmente se tem debatido a possibilidade de que nos casos de anormalidade fetal incompa-

tível com a vida a interrupção da gravidez não deveria ser classificada como aborto induzido, nem na área médica nem na jurídica, mas sim como parto prematuro terapêutico.<sup>19</sup> Conseqüentemente, não estaria incluído no escopo das restrições legais ao aborto.

Com relação ao processo decisório, é preciso notar que, embora a maioria das mulheres tenha contado com o apoio de seus parceiros, elas sentiram que suportaram o maior peso durante o processo. Esta é uma questão de papéis de gênero, pois tradicionalmente a responsabilidade pela reprodução é atribuída às mulheres.<sup>20, 21</sup>

Uma vez que o pior momento do processo de interrupção é aquele em que o feto recebe a injeção letal, os profissionais de saúde precisam estar preparados para se comunicar adequadamente com as mulheres nessa ocasião.<sup>22</sup> Tanto profissionais de saúde quanto pacientes precisam ser conscientizados de que matar o feto e interromper a gravidez poderá ajudar os casais a evitar a experiência ainda mais angustiante de ver o feto agonizar aos poucos no período pós-parto. Além disso, o procedimento usado para matar o feto pode ser realizado de forma humanizada, incluindo a hospitalização da mulher, o uso de anestesia e a presença do parceiro ou de alguém próximo. A imagem ultra-sonográfica do procedimento não deveria ser mostrada ao casal, pois isto aumenta desnecessariamente seu sofrimento.

Ver o corpo do bebê imediatamente após a interrupção da gravidez foi percebido como positivo, pois possibilitou que as mulheres verificassem as malformações fetais que haviam sido diagnosticadas, permitindo também que pudessem vivenciar seu luto de forma menos traumática. Maldonado argumenta que embora esse seja um momento doloroso para a mulher, é vital para marcar a realidade da perda e um estágio fundamental no processo de luto.<sup>24</sup>

É também necessário lembrar que o modo como o médico dá a informação à mulher pode ter um efeito positivo ou negativo sobre o pro-

cesso de decisão posterior. É fundamental que ela seja tratada com grande cuidado e respeito, recebendo, ao mesmo tempo, informações detalhadas sobre o diagnóstico do feto e sobre o procedimento de interrupção da gravidez. Os profissionais de saúde devem agir com neutralidade e respeito diante da decisão da mulher de interromper ou não a gravidez.<sup>9, 11</sup> Seria ideal ter uma equipe interdisciplinar de profissionais de saúde.<sup>9, 10, 25</sup> e, de fato, isso foi considerado pelas mulheres como um aspecto positivo, que possivelmente as ajudou a passar pela difícil experiência, incluindo a assistência psicológica, que as permitiu aceitar a decisão do ponto de vista emocional.

Embora as mulheres que participaram deste estudo tenham dito que seu relacionamento conjugal melhorou e se fortaleceu depois da experiência vivida, outros estudos relataram exatamente o oposto, que esta experiência pode levar a complicações nas relações conjugais.<sup>11, 26</sup> Os resultados do presente estudo podem refletir o fato de que a decisão de interromper a gestação foi partilhada pelo casal, e o que o nível de cuidado e apoio recebidos foi elevado.

Assim como relatado por outros autores,<sup>11, 27, 28</sup> as mulheres do presente estudo falaram de sentimentos de alívio e do acerto da decisão de interromper a gravidez, apesar do sofrimento diante da confirmação de que o feto não era viável.

Uma queixa comum da maioria das mulheres foi a vergonha e a humilhação resultantes do processo de solicitação da autorização judicial. Elas questionaram a validade da lei no que diz respeito ao seu direito de decidir sobre sua vida e sobre a interrupção da gravidez, e o fato de ter que arcar com o peso de obter permissão legal em um período tão doloroso.

Este dado indica a necessidade de mudanças na lei brasileira sobre o aborto em casos de anormalidade fetal incompatível com a vida. Uma emenda à lei vem sendo apoiada não apenas pelos movimentos de mulheres, mas também

por organizações médicas como a Federação Brasileira de Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e pelo Conselho Federal de Medicina. Além disso, todas as pesquisas realizadas nos últimos anos mostraram que a opinião pública apóia fortemente a descriminalização do aborto nesses casos. A legalização do aborto eliminaria o constrangimento descrito pelas participantes do estudo, e lhes garantiria o direito de decidir sobre a antecipação do desenlace de uma perda que, do ponto de vista delas, já acontecera quando foi definida a gravidade da malformação.<sup>6, 29</sup> A permissão temporária dada pela liminar concedida pelo Ministro Marco Aurélio de Mello para todos os casos de interrupção da gravidez por anencefalia representou um avanço nesse sentido.

Por fim, é preciso garantir que as mulheres que passam por essa experiência tenham apoio psicológico. A mudança legal discutida acima, associada a cuidados hospitalares abrangentes e de boa qualidade, que ofereçam apoio eficaz,

poderá constituir uma grande ajuda às mulheres que passam pela experiência dolorosa do diagnóstico e interrupção da gravidez de um feto gravemente malformado.

### Agradecimentos

Os autores gostariam de agradecer às mulheres que compartilharam suas vivências com o primeiro autor, cientes de que lembrar e falar sobre o assunto causaria sofrimento. Somos também gratos à Dra. Helaine Maria Bestetti Pires Mayer Milanez por sua revisão crítica do conteúdo médico da proposta de pesquisa. Nosso reconhecimento à equipe do Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas (Cemicamp) por sua colaboração ao longo do estudo. O projeto teve o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e do Fundo de Apoio ao Ensino e à Pesquisa (FAEP) da Universidade Estadual de Campinas. Este estudo foi realizado como parte da tese de mestrado do primeiro autor.

---

### Referências

1. Gollop, T.R. Aborto por anomalia fetal. *Bioética* 1994; 2(1):67-72.
2. Brasil. Código Penal: Decreto-Lei nº 2848 de 7/12/1940; Art. 124 e 128. São Paulo: Saraiva, 1996.
3. Frigério, M. V., Salzo, I., Pimentel, S., et al. Aspectos bioéticos e jurídicos do abortamento seletivo no Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Fetal*, 2001; 7:12-18.
4. Diniz, D. O aborto seletivo no Brasil e os alvarás judiciais. *Bioética*, 1997; 5(1):19-24.
5. Torres, J. H. R. Abortamento nos casos de malformação fetal. *Cadernos Jurídicos da Escola Paulista da Magistratura*, 2001; 2(3):101-15.
6. Gollop, T.R. Abortamento. In: Garrafa, V., Costa, S. I. F., editores. *A Bioética no Século XXI. Coleção Saúde, Cidadania e Bioética*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2000. p.79-83.
7. Freitas, S. SIF libera aborto em caso de anencefalia. *Folha de S. Paulo*. São Paulo. 2 de julho de 2004. Suplemento *Folha Cotidiano*. p. 4.
8. Setubal, M. S. V., Messias, T. S. C., Milanez, H., et al. Interrupção legal em gestações de fetos com patologias letais: aspectos epidemiológicos e emocionais. *Reprodução e Climatério*, 2003; 18:41-45.
9. Benute, G. G., Gollop, T. R. O que acontece com os casais após o diagnóstico de malformação fetal? *Femina* 2002; 30(9):661-63.
10. Maldonado, M. T. *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*, 14ª ed. São Paulo: Saraiva, 1997. p.15-56.
11. Dallaire L., Lortie, G., Des Rochers, M., Parental reaction and adaptability to the prenatal diagnosis of fetal defect or genetic disease leading to pregnancy interruption. *Prenatal Diagnosis*, 1995; 15:249-59.
12. Patton, M. Q. *Qualitative Evaluation and Research Methods*. 2nd edition. London: Sage, 1990. p.168-98.
13. Denzin, N. K., Lincoln, Y. S. *Handbook of Qualitative Research*. California: Sage, 1994. p. 220-30.
14. Seidel, J. *The Ethnograph*. Version 5.0. Salt Lake City UT: Qualis Research Associates, 1998.
15. Lopes Ibor, J. J. *Lecciones de Psicología Médica*. Madrid: Paz Montalvo, 1964. p. 15-16

16. Minayo, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7ª ed. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2000. p. 191-247.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96 - sobre pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética*, 1996; 4:15-25.
18. Duailibi, D., Cabral, A. C. V., Vitral, Z. N. R., et al. Acompanhamento psicológico de mães de fetos malformados no Centro de Medicina Fetal da Universidade Federal de Minas Gerais. *Femina*, 2003; 31(1):27-30.
19. Diniz, D. Antecipação terapêutica do parto: uma releitura bioética do aborto por anomalia fetal no Brasil. In: Diniz, D., Ribeiro, D. C., editores. *Aborto por Anomalia Fetal*. Brasília: Débora Diniz, 2003. p. 21-92.
20. Bandeira, L. Relações de gênero. Corpo e sexualidade. In: Galvão, I., Diaz, J., editores. *Saúde sexual e Reprodutiva no Brasil*. São Paulo: HUCITEC/Population Council. 1999. p. 180-97.
21. Heilborn, M. L. Gênero: uma breve introdução. In: Ribeiro das Neves, M. G. R., Costa, D. M., editores. *Gênero e Desenvolvimento Institucional em ONGs*. São Paulo: IBAM/ENSUR/NEMPP. 1995. p. 9-14.
22. Garel, M., Kaminski, M. Patients' and professionals' opinions on third trimester termination of pregnancy. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2002;31:2S84-90.
23. Dommergues, M., Cahen, F., Garel, M., Mahieu-Caputo, D., Dumez, Y. Feticide during second and third trimester termination of pregnancy: opinions of health care professionals. *Fetal Diagnosis and Therapy*, 2003; 18:91-97.
24. Maldonado, M. T. Maternidade e Paternidade. Rio de Janeiro: Atheneu. 1982. p. 81-90.
25. Caron, O. A. F. Centro de Medicina Fetal: Proposta de Atenção à Saúde. In: Moron, A. F., Cha, S. C., Isfer, E. V., editores. *Abordagem Multiprofissional em Medicina Fetal*. São Paulo: Antônio Fernandes Moron, Sang Choon Cha, Eduardo Valente Isfer, 1996. p. 17-20.
26. Kroeff, C. Q., Maia, C. R., Lima C.P. O luto e o filho malformado. *Femina*, 2000; 28(7): 395-96.
27. David, H. P. Psychosocial studies of abortion in the United States. In: David, H. P., Friedman, H. L., Van der Tak, J., et al., editores. *Abortion in Psychosocial Perspective - Trends in Transnational Research*. New York: Henry P. David. 1978. p. 97.
28. White-Van Mourik, M. C. A., Connor, J. M., Ferguson-Smith, M. A. The psychosocial sequelae of a second-trimester termination of pregnancy for fetal abnormality. *Prenatal Diagnosis*, 1992; 12: 189-204.
29. Suplicy, M. Projeto de Lei nº 1956/96. Autoriza a interrupção da gravidez nos casos previstos na presente lei. *Diário da Câmara dos Deputados*, 6 de junho de 1996: 17850.

**Resumo:** *Diante de anormalidades fetais incompatíveis com a vida, colocam-se as opções de abortamento ou nascimento, que será seguido de óbito. Este trabalho descreve as vivências de dez mulheres que tiveram a gravidez interrompida num hospital universitário brasileiro devido à anormalidade fetal incompatível com a vida. As mulheres foram entrevistadas aproximadamente quarenta dias após o procedimento. A experiência foi marcada pelas fortes emoções dessas mulheres, que sofreram um choque terrível ao saber o diagnóstico, realizado entre treze e 25 semanas de gestação. Elas choraram e vivenciaram medo, desespero, angústia, sensação de inutilidade e não aceitação da situação. Ao tomarem a decisão de interromper a gravidez, as mulheres sentiram tristeza, desespero e culpa, e esses sentimentos causaram intenso sofrimento. Saber que o feto teria que ser morto foi a parte mais difícil de aceitar. No entanto, posteriormente, elas se sentiram satisfeitas com a decisão que haviam tomado, entendendo que tinha sido a resolução correta, apesar da angústia dela advinda. A inclusão da interrupção da gravidez por anormalidade fetal incompatível com a vida na legislação brasileira ajudaria a reduzir o sofrimento das mulheres e contribuiria para o oferecimento de cuidados adequados por parte dos serviços de saúde.*

## Avaliação estratégica do programa de saúde reprodutiva e reprodução responsável de Buenos Aires

Mónica Petracci<sup>a</sup>, Silvina Ramos<sup>b</sup>, Dalia Szulik<sup>c</sup>

- a Pesquisadora sênior do Centro de Estudos de Estado e Sociedade (CEDES), Buenos Aires, Argentina, e-mail: petracci@cedes.org.  
b Diretora executiva e pesquisadora sênior do CEDES, Buenos Aires, Argentina.  
c Pesquisadora assistente do CEDES, Buenos Aires, Argentina.

**Abstract:** *Since 1991, Argentina has had provincial reproductive health laws, a far-reaching national programme and strong public consensus in support of reproductive health policies. Nevertheless, the challenges of strengthening public services, increasing the number of programme sites and resisting conservative attacks remain. This article describes an assessment of the reproductive health programme of the city of Buenos Aires, passed in 2000, whose objectives are to prevent unwanted pregnancies and sexually transmitted diseases/HIV and to train health personnel. The programme operates in every public hospital and primary health care centre in the city. The assessment was conducted jointly by the Ombudsperson's Office of Buenos Aires and the Centre for the Study of State and Society (CEDES). Hormonal contraceptives, IUDs and male condoms were mostly available, but emergency contraception, female condoms and other barrier methods were not. Some health professionals and service users were knowledgeable about the new laws and the reproductive rights recognised under the law. Over 90% were satisfied with quality of care in service delivery but many professionals described excessive workloads, deficient infrastructure, and shortages of supplies and staff. Wanting help to obtain a tubal ligation was the most frequent reason for the claims lodged with the Ombudsperson's Office, followed by HIV, quality of care, and abortion. Information and training for both health care providers and women's and human rights NGOs was carried out.*

**Palavras-chave:** serviços de saúde reprodutiva e sexual, direitos reprodutivos, legislação e políticas, avaliação estratégica, qualidade dos serviços, Argentina.

O Programa de Ação da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD) estabeleceu uma série de objetivos e metas, incluindo, entre outros, o acesso universal aos serviços de saúde reprodutiva. O compromisso em promover e garantir direitos sexuais e reprodutivos na agenda de políticas públicas nacionais foi reafirmado tanto na CIPD+5 de 1999<sup>1</sup> quanto na CIPD+10 de 2004.<sup>2</sup> As medidas a serem adotadas incluem o

desenvolvimento de padrões e diretrizes para os serviços, treinamento de pessoal, mecanismos e indicadores nacionais para supervisionar, monitorar e avaliar a implementação dessas políticas no âmbito nacional.<sup>3-5</sup>

O monitoramento é uma estratégia eficaz para observar como essas políticas funcionam, e medir seu resultado e impacto, sendo também um processo de aprendizado institucional através do qual se criam oportunidades de mudança. O

monitoramento permite detectar as conquistas e os problemas presentes na implementação de uma política, além de ser uma forma de ouvir a população, cujas necessidades precisam ser consideradas. Além disso, o monitoramento é útil para as organizações da sociedade civil em seu empenho de promover a responsabilidade social e exigir que o Estado honre seus compromissos em relação às políticas públicas.

Este artigo descreve a estratégia e o processo usados para avaliar a política de saúde reprodutiva da cidade de Buenos Aires, na Argentina, bem como seus resultados e lições aprendidas.

### **A política de saúde sexual e reprodutiva na Argentina**

A situação da saúde reprodutiva na Argentina está profundamente marcada pela desigualdade social, de gênero, e étnica, além do acesso diferenciado aos cuidados médicos e de saúde e aos direitos humanos relacionados à sexualidade e à reprodução nas políticas sociais. Assim, as mulheres jovens, pobres e de menor escolaridade, especialmente as que vivem na zona rural, são mais afetadas pela gravidez na adolescência e a mortalidade materna.<sup>6-8</sup>

Muitos dos fatores que condicionam o planejamento e a implementação de políticas de saúde reprodutiva, como o grau de vontade política das autoridades, os conflitos de interesse entre estas e os grupos afetados, as barreiras ideológicas, culturais e sociais às mudanças propostas e, as limitações orçamentárias são comuns à maioria dos processos de formulação de políticas.<sup>9-12</sup> No caso da saúde sexual e reprodutiva existem também obstáculos políticos e ideológicos à introdução de mudanças na organização e gerenciamento de serviços de saúde e recursos humanos correlatos.<sup>13</sup> Como as políticas sociais relativas à sexualidade podem ser punitivas ou solidárias do ponto de vista da justiça social e da saúde pública,<sup>14</sup> esses fatores tendem a pôr em risco a implementação das políticas, e, muitas vezes,

produzem lacunas entre o que foi originalmente proposto e o que finalmente se realiza.

Desde a década de 1980, a evolução das políticas relacionadas à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos na Argentina esteve atrelada a três fatores principais. O primeiro envolve a abertura gradual do espaço público, que rompeu o silêncio em relação às questões de saúde sexual. O segundo foi a aprovação da lei de saúde sexual e reprodutiva e o desenvolvimento de políticas e programas públicos, conquistas que tinham sido alvo de ataques conservadores e contínua oposição durante os cinco governos anteriores, e que ilustra o conflito entre interesses políticos e posições ideológicas ainda presentes na Argentina atualmente.

### **Do silêncio ao consenso social**

Desde o início do século XX, a Argentina tem tido uma ideologia pró-natalista, refletida na política de saúde, que esteve excluídas do debate social. De meados dos anos 1970 até o início da década de 1980, era proibido oferecer serviços de planejamento familiar nos postos de atendimento público ou de previdência social. Com a volta da democracia, o país recomeçou lenta e sistematicamente a pensar no significado e na relevância da saúde reprodutiva como uma questão fundamental de direitos humanos e políticas públicas.

Em 1985, o parlamento ratificou a Convenção sobre Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW) e seus princípios foram incorporados à emenda constitucional de 1994, assegurando que os direitos protegidos pela CEDAW e que são responsabilidade do Estado em questões de saúde reprodutiva se tornassem parte da lei básica do país. Durante os anos 1990, os acordos da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (Cairo, 1994) e da Conferência Mundial sobre as Mulheres (Beijing, 1995) também contribuíram para isso. Os esforços constantes do movi-

mento de mulheres no sentido de incluir a saúde reprodutiva na agenda pública também desempenharam um papel-chave nesse processo.<sup>15</sup>

Um forte consenso público começou a ser construído em torno de questões centrais de saúde reprodutiva. Em 1994, uma pesquisa realizada pelo Consejo Nacional de la Mujer com uma amostra representativa de duzentas mulheres com mais de dezoito anos de idade, moradoras de Buenos Aires, descobriu que a educação sexual tinha aceitação ampla: 80% das mulheres achavam que devia ser oferecida em escolas, centros de atendimento primário à saúde e através da mídia. As informações que consideravam necessárias na educação sexual incluíam: doenças sexualmente transmissíveis (99%), uso de preservativos (99%), uso de métodos contraceptivos (98%), menstruação (98%), gravidez e parto (96%), aspectos sociais e psicológicos do sexo (95%), prostituição (93%), legalização do aborto (93%), violência e abuso sexual (92%), mudanças físicas da adolescência (91%) e masturbação (85%).<sup>16</sup>

Durante esse período, o debate público que levou à aprovação de novas leis de saúde reprodutiva aconteceu na maioria das províncias.\* O primeiro ocorreu em 1991, seguido por outros nove entre 1996 e 1999. A pressão da Igreja Católica e a posição do então presidente Carlos Menem em relação à saúde e direitos sexuais e reprodutivos impediu que se pensasse em uma

lei nacional. O governo Menem, alinhado ao Vaticano, enfatizou sua oposição aos direitos sexuais e reprodutivos, fazendo objeções a muitos parágrafos dos acordos de Cairo e Beijing, e também propondo incorporar, na Constituição, o direito à vida desde o momento da concepção, o que não foi aceito.<sup>17</sup>

A partir de 2000, outras nove províncias e a cidade de Buenos Aires também aprovaram leis sobre saúde reprodutiva. A maioria dessas leis criou programas ou postos de prestação de serviços de contracepção, detecção e tratamento de câncer de colo de útero e de mama, e de doenças sexualmente transmissíveis. Essas leis reconhecem o direito de mulheres e homens de controlar a natalidade e tornam o Estado responsável pela saúde reprodutiva. O grau em que cada uma dessas iniciativas foi implementada difere conforme as limitações orçamentárias para financiamento de recursos humanos, compra de contraceptivos e desenvolvimento de atividades de promoção da saúde.<sup>18</sup>

### **Do consenso social às políticas públicas**

No final de 2002, foi aprovada uma lei nacional de saúde reprodutiva (Lei 25.673/2002), refletindo o compromisso político do governo do presidente Néstor Kirchner e do Ministro da Saúde dr. Ginés Gonzalez Garcia, então em exercício. Apesar de o ambiente político da época ser favorável, o processo de negociação política que culminou na aprovação da lei foi prolongado e conflituoso. O legislativo criou o Programa Nacional de Saúde Sexual e Procriação Responsável para promover a educação e a informação sobre saúde sexual, e o acesso à contracepção sem discriminação de idade ou sexo. Segundo relatório recente do Consórcio Nacional para Direitos Sexuais e Reprodutivos, o CONDERS, ([www.conders.org.ar](http://www.conders.org.ar)), entre agosto de 2003 e agosto de 2004 o número de postos de prestação de serviço aumentou de trezentos para três mil em todo o país.

\* La Pampa (1363/1991); Córdoba (8535/1996); Corrientes (5146/1996 e 5527/2003); Chaco (4276/1996); Mendoza (6433/1996); Rio Negro (3059/1996 e 3450/2000); Neuquén (2222/1997); Misiones (Decreto 92/1998; Chubut (4545/1999); Jujuy (5133/1999); Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Lei 418/2000); Tierra del Fuego (509/2000); La Rioja (7049/2000); Santa Fe (11888/2001); San Luis (5344/2002 e Decreto 127/2003); Buenos Aires (13066/2003); Corrientes (5527/2003 e 5146/1996); Entre Rios (95012033).

Em maio de 2004, o governo federal definiu a saúde reprodutiva como uma das áreas-chave da política nacional de saúde para os próximos três anos.<sup>19</sup> Em âmbito regional, e depois que a Argentina mudou sua posição mantida durante os anos 1990, foi possível assinar o Acordo sobre a participação de Estados do Mercosul, Chile e Peru, para a elaboração de um posicionamento comum em conferências internacionais sobre população e desenvolvimento. Este acordo ratifica o Programa de Ação da CIPD e a Plataforma de Ação de Beijing como ferramentas para desenhar políticas de saúde na região, e constitui uma estratégia para coordenar as políticas de saúde e rever a legislação em cada país.

### **Velhas tentativas, novas perspectivas**

As mudanças positivas e o amplo consenso popular que as apóiam ainda são frágeis. Grupos minoritários ligados aos setores mais conservadores da Igreja Católica iniciaram ações de inconstitucionalidade para derrogar as leis de saúde reprodutiva. Também tentaram limitar o fornecimento de métodos contraceptivos a menores de idade e proibir a contracepção de emergência.<sup>6</sup> Nem todas essas ações foram julgadas, e até agora não conseguiram impedir a implementação das políticas existentes.

Dentro dessa perspectiva, pareceu apropriado verificar a opinião pública. Uma pesquisa realizada em 2003 por três organizações da sociedade civil\* — com uma amostragem representativa de trezentos residentes em Buenos Aires e adjacências, com mais de dezoito anos de idade —, mostrou que a maioria era favorável ao programa. 69% concordaram que os adolescentes entre treze e catorze anos deveriam ter acesso

\* CEDES (Centro de Estudos do Estado e da Sociedade), CELS (Centro de Estudos Legais e Sociais) e FIEM (Fundação para Estudos e Pesquisa sobre as Mulheres).

a serviços de saúde reprodutiva independentemente do consentimento dos pais, e, 89%, no caso de adolescentes entre 15 e 17 anos. Sobre a laqueadura, 91% disseram que a mulher deveria ter acesso gratuito, quando houvesse indicação médica. Isso é especialmente relevante porque a esterilização cirúrgica não faz parte do Programa Nacional.

Em relação a este, quase todos os entrevistados apóiam seus objetivos: prevenir a transmissão de HIV (100%), oferecer gratuitamente métodos contraceptivos em serviços de saúde (98%), evitar a gravidez na adolescência (99%), fomentar a participação da mulher nas decisões sobre saúde sexual e reprodutiva (99%), e evitar a gravidez indesejada (98%), além de discordarem de propostas conservadoras para impedir a implementação do Programa Nacional. 97% rejeitaram uma liminar concedida para proibir a produção e a venda de contraceptivos hormonais e DIU no país, e outra liminar do mesmo juiz que ordenava o encerramento do Programa Nacional.<sup>16,20</sup>

A atual perspectiva é substancialmente melhor do que nas décadas anteriores. A Argentina aprovou uma lei federal e fez de um programa abrangente uma prioridade nacional. Além disso, há um forte consenso popular no tocante ao papel das políticas públicas em questões de saúde reprodutiva, e o debate social sobre esses temas ganhou grande visibilidade. No entanto, ainda restam desafios a enfrentar para fortalecer as políticas públicas, melhorar a qualidade dos serviços de saúde reprodutiva, aumentar o número de postos de atendimento e resistir aos ataques jurídicos dos conservadores.

### **Avaliação do programa de Buenos Aires**

A cidade de Buenos Aires foi pioneira na implementação de políticas e programas de saúde reprodutiva na Argentina. Em 1988, foi lançado o primeiro programa de procriação responsável do país, uma experiência-piloto para um núme-



ro limitado de postos de atendimento à saúde. Durante muito tempo, o programa não teve orçamento e, portanto, teve uma pequena cobertura e nenhuma atividade de disseminação. No entanto, em consonância com o Programa de Ação do Cairo, a constituição municipal de 1996 reconheceu os direitos reprodutivos como direitos humanos.

Em 2000, a Câmara Municipal de Buenos Aires aprovou a Lei 418/2000 que criou seu próprio Programa de Saúde Reprodutiva e Procriação Responsável, que passaremos a chamar de “Programa”.<sup>21-22</sup> Seus principais objetivos eram evitar a gravidez indesejada, oferecer informação e acesso aos métodos contraceptivos (inclusive entre os adolescentes), promover o uso do preservativo como método de prevenção de ISTs/HIV, fomentar o envolvimento dos homens na saúde reprodutiva e na paternidade responsável, e treinar profissionais de saúde para lidar com essas questões. Hoje, o Programa funciona em todos os hospitais públicos e postos de atendimento primário à saúde da cidade, oferecendo serviços e aconselhamento, bem como atividades educativas e de promoção de saúde.

Buenos Aires também foi líder no monitoramento de políticas de saúde reprodutiva. Em 2002, a Ouvidoria em Direitos Humanos da Defensoria Pública da Cidade de Buenos Aires decidiu avaliar o funcionamento do Programa.\* O Centro de Estudos do Estado e da Sociedade ficou a cargo do processo. Os objetivos desse projeto eram desenvolver estratégias e ferramentas para monitorar a implementação de políticas públicas e treinar organizações da sociedade civil para realizar esse monitoramento no futuro. Foram empregadas três estratégias principais, analisadas a seguir.

---

\* Esta iniciativa foi desenvolvida durante a administração da dra. Diana Maffia, através do Programa para Promoção, Controle e Defesa dos Direitos Sexuais e Reprodutivos, com o apoio da Fundação Ford.

## **Denúncias e intervenções da Ouvidoria**

Os cidadãos podem fazer denúncias, reclamações ou pedidos de intervenção através de cartas e entrevista pessoais, e formulários oficiais. A Ouvidoria também pode mover ações por sua iniciativa, seguida de investigações que no final permitem retificar as violações das políticas públicas.

Para analisar essas alegações, foram pesquisados os arquivos do período entre 1/8/1998 e 30/6/2002, usando palavras-chave relacionadas à saúde sexual e reprodutiva. 53 queixas foram identificadas: duas em 1998, quatro em 1999, dezoito em 2000, dezenove em 2001 e dez na primeira metade de 2002. Elas versavam sobre laqueaduras tubárias (27), HIV/AIDS (10), qualidade dos serviços (8), aborto (6), infertilidade (1) e a Lei 418/2000. A maioria das denúncias (47 das 53) foi feita por cidadãos, e as restantes pela Ouvidoria. O uso dessa estratégia e os temas abordados parecem aumentar, talvez como indício da maior conscientização da população quanto aos seus direitos e de uma crescente participação social.

A exigência de laqueaduras foi motivo de 27 reclamações, a maioria feita por mulheres que tinham muitos filhos, que fizeram várias cesáreas, tinham gestações de alto risco ou doenças pré-existentes, que não podiam usar outros métodos contraceptivos ou que viviam em situação sócio-econômica instável. Elas queriam que a Ouvidoria interviesse em relação à Lei 17.132/1967, que regula a prática médica em Buenos Aires (artigo 20) e não permite que os médicos façam esterilizações sem indicação terapêutica e sem exaurir todos os meios para preservar os órgãos reprodutivos. A Ouvidoria entrevistou individualmente cada uma das mulheres para assegurar-se dos detalhes de cada caso, informar seus direitos, e encaminhá-las aos serviços jurídicos gratuitos. Acompanhou todos os casos e tentou melhorar a comunicação com os profissionais dos hospi-

tais. O envolvimento da Ouvidoria reduziu a frequência de casos levados a juízo e permitiu respostas mais rápidas aos pedidos de laqueadura. Muitos desses casos foram resolvidos porque havia uma indicação terapêutica precisa ou risco de vida ou à saúde, sendo esta última definida a partir de uma abordagem biopsicossocial. Foi obtido consentimento informado de todas as mulheres e não foi necessária autorização judicial.

Sobre HIV/AIDS, as queixas versavam quanto à obtenção de drogas anti-retrovirais e outras, sobre sua qualidade, o custo do tratamento para estrangeiros, e pessoas que careciam da documentação necessária para obter os medicamentos gratuitamente. As queixas em relação à qualidade dos serviços de saúde se relacionavam aos abusos por parte do pessoal administrativo ou ausência do profissional de saúde adequados quando necessário, ou falha no fornecimento de informação ao paciente sobre sua condição, por exemplo uma mulher que havia tido um aborto espontâneo. As situações relativas ao aborto envolviam a sua realização num caso de anencefalia fetal e de estupro de mulher deficiente mental. Um homem infértil que não tinha recursos para realizar o tratamento entendia-se no direito de recebê-lo por meio do governo. Uma mulher tentou alegar que a lei do Programa de Buenos Aires era inconstitucional.

### **Relatórios feitos pelos serviços de saúde pública**

A Ouvidoria tem o poder de solicitar informações sobre as atividades realizadas para implementar a legislação em vigor. Em 2002, foram pedidos aos chefes dos programas relatórios sobre o fornecimento de métodos contraceptivos (disponibilidade e origem) para identificar os pontos fortes e fracos do Programa.

Com relação ao suprimento de contraceptivos, verificou-se que os contraceptivos hormonais e

preservativos estavam sempre disponíveis, que DIU e supositórios vaginais espermicidas estavam disponíveis esporadicamente, mas a contracepção de emergência, diafragmas, esponjas e outros espermicidas, e preservativos femininos nunca estavam disponíveis. Quanto à origem dos suprimentos, o governo de Buenos Aires fornecia a maioria dos DIU, preservativos masculinos, contraceptivos orais e injetáveis e supositórios vaginais espermicidas. As indústrias farmacêuticas também foram mencionadas como fornecedores desses métodos e os únicos que forneciam contraceptivos de emergência.

Quanto aos pontos fortes, o grande compromisso das equipes de profissionais de saúde foi salientado como o ponto alto do Programa. Outros aspectos mencionados foram as reuniões de informação sobre Saúde Reprodutiva e Procriação Responsável, e a boa comunicação entre os usuários e as equipes dos serviços de saúde.

Quanto aos pontos fracos, a análise mostrou que a institucionalização do Programa foi limitada dentro dos serviços de saúde pública. Havia poucos profissionais em postos remunerados, poucas equipes interdisciplinares, o treinamento em saúde reprodutiva era insuficiente, faltava pessoal administrativo, as horas de atendimento eram limitadas, havia problemas no sistema de marcação de consultas e faltava espaço físico adequado e equipado.

### **Avaliação dos serviços prestados pelo Programa de Saúde Reprodutiva e Procriação Responsável**

Um estudo abrangente, usando quatro técnicas de coleta de dados, foi desenhado para obter a visão dos chefes de programa, dos profissionais de saúde e dos usuários dos serviços.

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os chefes dos programas em todos os locais (n=47), dos quais 27 (57%) eram mulheres. A idade média era de 49 anos. Perguntas

foram feitas sobre o funcionamento dos serviços e o conhecimento da lei e da política de saúde reprodutiva.

Também foi feita uma pesquisa entre 665 mulheres que haviam freqüentado os serviços do Programa ao menos uma vez. A idade média era de 29 anos (de 13 a 54 anos). 35% tinham completado a escola primária, 51% a escola secundária e 14% o ensino superior. Metade das mulheres eram donas de casa, 26% trabalhavam fora, a maioria como empregada doméstica ou como operárias sem qualificação, e 12% eram estudantes. Nove em cada dez mulheres não tinham cobertura da previdência social. A escolha dos locais de atendimento do Programa onde as mulheres responderiam à pesquisa foi intencional, com base em dois critérios. Em primeiro lugar, o número de consultas médicas realizadas no ano anterior, para incluir locais com o maior número de visitas. Em segundo, a composição das equipes de profissionais de saúde, que garantiu a escolha de locais em que havia equipes interdisciplinares e equipes formadas apenas por pessoal da área médica.

Foi aplicado um questionário a todos os profissionais em todos os locais (n=195). 86% eram mulheres. A idade média era de 42 anos de idade. 58% eram médicos (ginecologistas, obstetras, pediatras, psiquiatras). 18% eram profissionais das ciências sociais (assistentes sociais, sociólogos, antropólogos e educadores). 14% eram parteiras e enfermeiras, e, 10%, psicólogos. 79% tinham postos remunerados.

Completada a análise dos questionários dos usuários e profissionais, quatro grupos focais foram formados com usuários e cinco com profissionais de saúde para obter informações mais aprofundadas sobre os resultados da pesquisa. Essa estratégia incluiu também a observação do serviço nos consultórios médicos e nas salas de espera, onde foi registrada a presença de material impresso de informação, educação e comunicação (IEC). Esses materiais, disponíveis

na maioria dos locais, tratavam de HIV/AIDS, contracepção e aleitamento materno. Menos serviços dispunham de materiais sobre doenças sexualmente transmitidas, violência, câncer de mama e cervical.

### **Conhecimento sobre as novas políticas dentre os profissionais e usuários**

As duas pesquisas perguntavam sobre conhecimentos das atuais normas de saúde sexual e reprodutiva, a percepção dos direitos sexuais e reprodutivos, e se as mulheres sentiam que podiam exercer seus direitos.

47% dos chefes do Programa mencionaram espontaneamente a Lei 418/2000, que criou oficialmente o Programa, e citaram os seguintes objetivos da lei: acesso à informação e suprimento de métodos contraceptivos, prevenção da gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis e cuidados para os adolescentes. 26% mencionaram a lei 25.673/2002, que criou o Programa Nacional de Saúde Sexual e Procriação Responsável. Finalmente, menos de dez mencionaram as disposições do código penal sobre o aborto, a CEDAW, o documento produzido por especialistas em laqueadura, uma recomendação feita pela Ouvidoria quanto à anencefalia fetal, a Lei de Proteção Integral aos Adolescentes da Cidade de Buenos Aires e a Lei Básica da Saúde.

Apenas 13% das mulheres entrevistadas tinham conhecimento das novas leis, e o Programa foi o mais mencionado. Quanto ao conteúdo da lei, as mulheres mencionaram apenas o acesso às informações, o oferecimento de métodos contraceptivos, livre acesso aos serviços de saúde reprodutiva.

Com relação aos direitos sexuais e reprodutivos, as mulheres mostraram um alto nível de conscientização de todos os direitos listados, mas ao mesmo tempo havia uma lacuna considerável entre o conhecimento e a habilidade de colocar esses direitos em prática [tabela 1].

**Tabela 1. Consciência versus prática de direitos sexuais e reprodutivos entre usuárias do serviço de saúde (n=665)**

Direitos	Consciência (%)	Prática (%)
Ter a informação e recursos necessários para tomar decisões sobre a vida sexual	100	34
Manter relacionamento sem medo de ficar grávida	99	36
Decidir livre e responsabilmente sobre ter ou não filhos e quantos filhos ter	99	37
Decidir quando e com quem manter relação sexual	99	51
Ser consultada sempre que um procedimento médico for ser realizado	100	62

As mulheres afirmaram que os maiores obstáculos para pôr seus direitos em prática eram a falta de educação e informação (62%), falta de interesse ou oposição do parceiro (17%), falta de ação governamental (11%) e oposição por parte da Igreja Católica. Questões como problemas econômicos ou distribuição ineficaz de contraceptivos praticamente não foram mencionados.

80% dos profissionais que sabiam sobre as regulamentações existentes sobre saúde reprodutiva ou sexual mencionaram o Programa. As únicas outras regulamentações mencionadas foram o Código Penal (4%), a Lei de Proteção Integral ao Adolescente da Cidade de Buenos Aires (4%) e a Lei Federal sobre a AIDS (2%). Outros (17%) não fizeram menção espontânea a essas disposições legais. Quase todos os pro-

fissionais pesquisados acreditavam que tinham a oportunidade de promover os direitos sexuais e reprodutivos da Tabela 1 em sua prática diária. Os três principais obstáculos para promover os direitos sexuais e reprodutivos por eles mencionados foram: as condições de trabalho, a falta de educação e informação das mulheres e a oposição ou falta de interesse dos parceiros das mulheres atendidas.

### **Perspectivas sobre a qualidade dos cuidados entre usuários dos serviços e profissionais**

Para avaliar a qualidade dos serviços foi usado o modelo desenvolvido por Donabedian<sup>23,24</sup> que abrange as dimensões técnicas, interpessoais, de conforto e das instalações. A literatura recente sobre saúde sexual e reprodutiva foi revista para determinar indicadores para cada dimensão do ponto de vista de gênero e direitos. Questões sobre a dimensão interpessoal enfocaram o tratamento pessoal, a disposição dos profissionais para responder perguntas e esclarecer dúvidas, a habilidade em atender às necessidades do usuário e clareza da informação oferecida pelos profissionais. Questões sobre assuntos técnicos incluíam o tempo para entrega dos métodos contraceptivos, a possibilidade de fazer reclamações, a informação dada sobre os procedimentos administrativos, o tratamento pessoal dado pela equipe administrativa e o tempo de espera para receber os serviços. Privacidade durante a visita e limpeza foram aspectos abordados no item conforto e instalações. A qualidade percebida dos serviços foi medida segundo o nível de satisfação geral e ao verificar se a mulher recomendaria o Programa a outras mulheres. 95% das mulheres estavam muito satisfeitas ou suficientemente satisfeitas com os serviços prestados, o que é consistente com dados de outros estudos na Argentina e América Latina,<sup>29-33</sup> e 90% disseram que recomendariam os serviços do Programa a outras mulheres.<sup>27,30</sup>

A maioria das mulheres relatou ter sido tratada com respeito pelos profissionais (95%), que as cumprimentaram ao chegar (81%), ouviram com atenção (90%), levaram sua situação familiar/pessoal em consideração (80%), chamaram-nas pelo nome (79%) e fizeram com que se sentissem à vontade para fazer perguntas (82%). Em relação às informações oferecidas pelos profissionais, a maioria das mulheres disse que receberam informações sobre pílulas (85%), preservativos (83%), DIU (72%), vantagens e desvantagens dos métodos contraceptivos (82%), exame Papanicolau (81%), direito de receber métodos contraceptivos sem custo (77%), prevenção de HIV/AIDS (74%), direito de receber cuidados médicos gratuitos (73%), infecções sexualmente transmissíveis (60%), amamentação (54%) e direito de conhecer sua ficha médica (45%). Menos da metade recebeu informações sobre outros métodos contraceptivos, aborto, violência, disposições legais sobre saúde sexual e reprodutiva, laqueadura, infertilidade e esterilidade.

A possibilidade de fazer reclamações, de obter informação sobre procedimentos administrativos, o tratamento dado por pessoal administrativo e o sistema para marcação de consultas tiveram uma avaliação menos positiva, enquanto o tempo de espera para ser atendido (em média, 1h45min) foi o que teve a pior avaliação. A limpeza dos consultórios contrasta com a falta de limpeza dos banheiros. Por fim, quatro em cada dez mulheres disseram não ter privacidade durante a consulta (pessoas entrando e saindo do consultório, ou não ter lugar adequado para se despir).

Quanto à qualidade do atendimento, 12% dos profissionais a consideraram excelente, 45% muito boa, e 37% boa, enquanto os 4% restantes a consideraram nem boa nem ruim ou ruim ou péssima. Apesar do alto índice de satisfação com seus empregos (79% muito ou suficientemente satisfeitos), os profissionais identificaram problemas de excesso de trabalho (50%),

infraestrutura deficiente (48%), falta de suprimentos (48%) e falta de pessoal (45%).

Nove entre dez profissionais afirmaram sempre dar informações às mulheres sobre o direito de receber cuidados médicos gratuitos, receber gratuitamente métodos contraceptivos, fazer exame Papanicolau, vantagens e desvantagens de diferentes métodos contraceptivos e sobre HIV/AIDS. No tocante ao direito da paciente de conhecer sua ficha médica, e ser informada sobre a contracepção de emergência e violência, 49% disseram sempre oferecer tais informações, e 34% sempre que necessário; 16% não mencionavam o direito da paciente conhecer sua ficha médica. No caso da contracepção de emergência, 46% disseram que sempre davam esta informação, 42% sempre que necessário e 11% nunca. No caso de informações sobre violência, metade relatou fornecer a informação somente quando necessário, 40% sempre e 8% nunca. Um terço dos profissionais disseram que a apresentação de informações oferecia dificuldades. A maioria relacionou as dificuldades com a falta de compreensão das mulheres (83%); os outros 17% com a falta de tempo durante as consultas, de material impresso com informações e da participação masculina. Quanto aos métodos contraceptivos, disseram que os fatores mais importantes a considerar eram o método que a mulher queria usar, sua idade e atitude com relação ao método.

No geral, 94% dos usuários e 92% dos profissionais fizeram uma avaliação positiva. Contudo, usuários e profissionais apontaram a necessidade de reduzir o tempo de espera para atendimento. O tempo de espera foi considerado muito longo e ocioso, pois não utilizado para atividades de informação e disseminação de informações. Outras mudanças sugeridas pelos usuários dizem respeito à melhoria das condições de privacidade, enquanto os profissionais pediram melhoria na infra-estrutura e nos recursos humanos.

## **Análise dos resultados da avaliação**

Esta avaliação foi a primeira desse tipo a ser desenvolvida na Argentina, e a informação colhida servirá como padrão para que se possa medir as melhoras e piores do Programa.<sup>34</sup> A lei de 2000 ampliou claramente a disponibilidade de métodos contraceptivos, estendendo-a a todos os serviços públicos de saúde de responsabilidade da cidade de Buenos Aires, e os legitimou como parte da política oficial do governo. A qualidade dos serviços foi percebida como positiva, principalmente o relacionamento do profissional de saúde com o usuário. Quanto aos direitos sexuais e reprodutivos, as mulheres sabem que um conjunto de direitos relacionados à vida sexual e reprodutiva existe, mas também estão conscientes da dificuldade de colocá-los em prática. Os profissionais tinham mais informação do que os usuários sobre a legislação sexual e reprodutiva vigente, mas nem todos os primeiros conheciam a lei que regulamenta o Programa no qual estão trabalhando.

Do ponto de vista histórico, é importante lembrar a fragilidade que caracterizou as políticas de saúde sexual e reprodutiva na Argentina durante várias décadas. Assim, a implementação de um programa de saúde reprodutiva, regulado por uma lei que reconhece os direitos sexuais e reprodutivos da população e que define a obrigação do Estado por sua promoção e proteção, sem dúvida constitui uma situação muito mais positiva.

No entanto, é preciso ressaltar a existência de vários problemas. Por um lado, o Programa não cobre muitos aspectos do atendimento à saúde reprodutiva; mesmo em relação ao fornecimento de contraceptivos, muitos métodos não são oferecidos, e a ameaça jurídica à contracepção de emergência ainda não foi superada. O conhecimento limitado dos profissionais sobre a inclusão de direitos sexuais e reprodutivos nas leis provinciais e nacionais tolhe sua

habilidade de promover esses direitos. E mais, em certas áreas críticas da saúde reprodutiva, a situação é muito negativa. Por exemplo, no tocante ao tratamento de complicações decorrentes do aborto inseguro<sup>36-39\*</sup> podemos citar casos de maus-tratos institucionais e a falta de aconselhamento sobre a contracepção após o aborto. No caso da prevenção e do tratamento de infecções sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS, há falta de promoção da dupla proteção.<sup>40</sup> Ambos estão cobertos por outros programas da Secretaria de Saúde de Buenos Aires (Romero, M., CEDES, comunicação pessoal em junho de 2004).

## **Lições aprendidas, medidas adotadas e recomendações**

Tanto os profissionais quanto as usuárias dos serviços consideraram a falta de escolaridade e informações por parte das mulheres o obstáculo principal ao exercício dos direitos sexuais e reprodutivos. Ao mesmo tempo, os profissionais e as mulheres discordavam sobre a quantidade de informação oferecida e recebida. Os dois conjuntos de percepções indicam a necessidade de intervenções.

A combinação de Ouvidoria e conhecimentos técnicos do CEDES legitimou o processo de avaliação e ajudou a obter a colaboração das autoridades do Programa, chefes do setor de saúde e profissionais de saúde. As três principais estratégias que foram usadas também se mostraram eficazes na identificação das necessidades e no estabelecimento das prioridades.

Como resultado do grande número de reclamações sobre laqueadura, um Encontro de

---

\* O aborto é ilegal na Argentina salvo em duas exceções: quando a saúde ou a vida da mulher estiver em risco e esse risco não puder ser evitado de outra forma, ou quando a gravidez for resultado do estupro de uma mulher "idiota" ou "demente".<sup>35</sup>

Consenso de Especialistas foi organizado pela Ouvidoria em maio de 2000, o que levou ao projeto 874/03, mais tarde implementado pelo Departamento Municipal de Saúde. O projeto estabelece que a laqueadura deveria ser acessível mediante o consentimento da mulher, com base em sua situação ou risco de saúde, quando indicado por um médico ou uma equipe interdisciplinar de saúde, sem necessidade de outra autorização.

Os relatórios dos chefes de departamento foram úteis para identificar necessidades centrais do serviço de atendimento à saúde, mostrando que a promoção dos direitos e o treinamento das equipes no tocante à saúde sexual e reprodutiva são de vital importância. Assim, a Ouvidoria preparou e distribuiu uma brochura listando todas as leis nacionais e municipais sobre saúde sexual e reprodutiva. Também foram feitas oficinas de treinamento em vários serviços de saúde. Além disso, as exigências feitas pelos chefes do Programa de mais treinamento e melhores horários para profissionais e pessoal administrativo levaram a um relatório da Ouvidoria que foi apresentado às autoridades da Saúde.

Ainda falta satisfazer as necessidades dos profissionais de saúde do Programa e das mulheres, no sentido de menor carga de trabalho, melhor infra-estrutura e informação para as mulheres.

Os resultados da pesquisa ajudaram a identificar indicadores-chave para lutas futuras e a realização de monitoramento. Essas ferramentas foram o cerne das atividades de treinamento, oficinas e pequenos projetos de intervenção por parte de organizações da sociedade civil (ONGs na área de direitos humanos e das mulheres), e contribuíram para as habilidades técnicas destas ONGs, constituindo um primeiro passo para a criação de uma rede de organizações capazes de monitorar a formação de políticas públicas no futuro.

A inclusão de tantos atores-chave nesse projeto promoveu uma interseção de seus interesses, fazendo com que as atividades não se restringissem à avaliação, mas também promovessem a defesa de direitos. Acreditamos que esse processo fortaleceu o papel e o reconhecimento público da Ouvidoria, que é uma instituição nova para promoção e defesa dos direitos humanos das mulheres dentro da infra-estrutura da democracia Argentina,<sup>41</sup> e que se construiu sobre a base das experiências de outros países latino-americanos.<sup>42</sup>

Concluindo, hoje, o principal desafio articulado por Jacobson, é a aplicação de princípios de saúde pública e de direitos humanos às políticas de saúde reprodutiva:

“Precisamos de compromissos de longo prazo por parte dos atores institucionais no sentido de trabalhar com a sociedade civil para alcançar essas metas; e um compromisso recíproco por parte dos atores da sociedade civil no sentido de se articularem com as instituições de forma pro-ativa e, ao mesmo tempo, manter sua independência e habilidade em defender direitos para obter mudanças de fora do sistema de saúde.”<sup>43</sup>

## **Agradecimentos**

Esta pesquisa teve o apoio da Fundação Ford e da Agência Nacional de Promoção da Pesquisa da Argentina. Somos gratos à Lila Alzenberg e Cynthia del Rio Fortuna por suas contribuições, Betty Galiano e Nina Zamberlin pela tradução desse trabalho do espanhol para o inglês, Alícia de Santos pela edição e Mariana Romero por seu apoio. Somos também gratos aos colegas Diana Maffia, Beatriz Kohen, Malu Moreno, Paula Bodnar e Carmen Hernáez, com quem partilhamos essa experiência desafiadora. Por fim, nossos agradecimentos aos profissionais de saúde e às mulheres que generosamente dispuseram de seu tempo e valiosas informações.

## Referências

1. Fondo de Población de las Naciones Unidas en Venezuela. Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1° de julio de 1999). Caracas: FPNU en Venezuela, 2003.
2. CEPAL. Comité Especial de Población y Desarrollo Conmemoración del Décimo Aniversario de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: acciones emprendidas para la implementación del Programa de Acción en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: CEPAL, 2004.
3. Family Care International Enfrentando el Desafío del Cairo. Aprendizajes y Acciones Futuras, capítulo III, Ampliar el contenido y diversidad de los servicios de salud reproductiva, sección 4. New York: FCI, 1999-2000. p. 10.
4. Haslegrave, M. Implementing the ICPD Programme of Action: what a difference a decade makes. *Reproductive Health Matters* 2004; 12 (23): 12-18.
5. Petchesky, R. P. *Gendering Health and Human Rights*. London: Zed Books, United Nations Research Institute for Social Development, 2003.
6. Área Salud, Economía y Sociedad del CEDES. La salud y los derechos sexuales y reproductivos: 2000-2003, un período de avances y retrocesos. Em: *Derechos Humanos en la Argentina Informe 2002-2003*. Buenos Aires: CELS, 2003.
7. Ramos, S., Romero, M., Karolinski, A., et al. Para que cada muerte materna importe. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, CEDES, 2004.
8. Área Salud, Economía y Sociedad del CEDES. El embarazo en la adolescencia: diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud. Executive Summary. At: <http://www.cedes.org/informacion/index2.html>.
9. Walt, G., Gilson, L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy and Planning* 1994; 9 (4): 353-70.
10. Kingdon, J. *Agendas, alternatives and public policies*. New York: Harper Collins, 1995.
11. Reich, M. Applied political analysis for health policy. *Current Issues in Public Health* 1996; 12 (4): 186-91.
12. Foltz, A. The policy process. Em: Janovsky, K., editor. *Health Policy and Systems Development: An Agenda for Research*. Geneva: World Health Organization, 1996. p. 207-23.
13. World Health Organization. Transformando los sistemas de salud: género y derechos en salud reproductiva, traducido por CEDES. WHO: Buenos Aires, 2001.
14. Berer, M. Sexuality, rights and social justice. *Reproductive Health Matters* 2004; 12(23): 9.
15. Gutiérrez, M. A., Gogna, M., Ramos, S. Hacia nuevas formas de relación entre la sociedad civil y el Estado: la experiencia de mujeres autoconvocadas para decidir en libertad (Argentina). In: Doria Bilac, Baltar da Roca, M. I, editores. *Saúde reproductiva na América Latina e no Caribe. Temas e problemas*. São Paulo: PROLAP-ABEP-NEPO/ UNICAMP, 1998.
16. Petracci, M. Salud, derechos y opinión pública. Buenos Aires: Norma, 2004.
17. CELS, CLADEM, FEIM, Instituto Social y Político de la Mujer. *Derechos humanos de las mujeres: asignaturas pendientes del Estado argentino*. Contrainforme. Buenos Aires: 2002.
18. Cesilini, S., Gherardi, N. Los Límites de la ley. La salud reproductiva en la Argentina. Buenos Aires: Banco Mundial, 2002.
19. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Plan Federal de Salud. May 2004. At: [http://www.msal.gov.ar/hm/site/institucional\\_planfederal.asp](http://www.msal.gov.ar/hm/site/institucional_planfederal.asp).
20. Área Salud, Economía y Sociedad del CEDES. Encuesta de opinión pública sobre salud reproductiva, Executive summary, 2003.
21. New reproductive health law, Buenos Aires, Argentina [Round Up]. *Reproductive Health Matters* 2000; 8 (16): 185.
22. Vitale, A. La planificación de los nacimientos: ¿una propuesta pública a mitad de camino? *Cuadernos Médico Sociales*. 1992; 59: 19-25.
23. Donabedian, A. Garantía y monitoria de la calidad de la atención médica: un texto introductorio. *Perspectivas en Salud Pública*. México DF: Instituto de Salud Pública, 1990.
24. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Quarterly* 1966; 44: 166-206.
25. Bruce, J. Elementos fundamentales de la calidad de la atención: Un marco conceptual sencillo. Documentos de Trabajo 21. México DF: Population Council, 1998.
26. Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental. *Manual para Evaluar la Calidad de Atención desde una Perspectiva de Género*. Nueva York: IPPF/WHR, 2000.
27. Matamala, M. I. Gender-related indicators for the evaluation of quality of care in reproductive health services. *Reproductive Health Matters* 1998; 6 (11): 10-21.
28. Reyes Zapata, H., Cuevas, M. I., Robledo, C., et al. Un sistema de medición de la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva desde una pers-



- pectiva de género. Documento de Trabajo 29. México DF: Population Council, 1999.
29. Valdéz, T. (coord.) El índice de Compromiso Cumplido. Una estrategia para el control ciudadano de la equidad de género. Santiago: FLACSO, 2001.
30. Petracci, M. Calidad total en la atención de la salud: las perspectivas del equipo médico y de los usuarios. Informe final de investigación. Beca Conapris, 2003.
31. Petracci, M., Ramos, S., Romero, M. Calidad de la atención: perspectivas de las mujeres usuarias de los servicios de prevención de cáncer cervicouterino, Informe final. PATH, 2002
32. Encuesta de disponibilidad de servicios de planificación familiar (EDIS), Peru, 1992. Citado en Consorcio Mujer. Calidad de atención en la salud reproductiva. Una mirada desde la ciudadanía femenina. Peru, 1998.
33. Langer, A., et al. Conceptual bases evaluation of women's and providers' perception of the quality of antenatal care in the WHO antenatal Care Randomized Controlled Trial. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 1998; (12 Suppl.): 2.
34. Maffía D., Kchen B. Moreno M. et al. Programa Ciudadanía y Sexualidad. Manual para Organizaciones de la Sociedad Civil. Buenos Aires: Defensoria del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, CEDES, 2004.
35. Código Penal Libro II, Título I. Delitos contra las personas, Capítulo 1, Delitos contra la vida.
36. Checa, S., Rosenberg, M. I. Aborto hospitalizado. Una cuestión de derechos reproductivos, un problema de salud pública Buenos Aires: Ediciones El Cielo por Asalto, 1996.
37. Checa, S. Salud y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres: un estudio de abortos hospitalizados por complicaciones postabortivas en hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires. Trabajo presentado no Congresso Iberoamericano de Ciência, Tecnologia e Género. Barcelona, 23-27 de julho de 2002.
38. Bodnar, P., Böhmer, M., Luna, F., et al. Salud pública y anencefalia. Buenos Aires: CEDES, FLACSO, 2004.
39. Steele, C., Chiarotti, S. With everything exposed: cruelty in post-abortion care in Rosario, Argentina. *Reproductive Health Matters* 2004; 12 (24 Suppl.): 39-46.
40. Weller, S. Sexualidad y Servicios de salud: un desafío para la Gestión en VIH-SIDA, Serie Seminarios Salud y Políticas Públicas. Buenos Aires: CEDES, 2004.
41. Adjuntía en Derechos Humanos de la Defensoria del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires. Ciudadanía y Sexualidad. Buenos Aires: 2004.
42. Abad Yupanqui, M. Garantías Constitucionales y derechos de las mujeres: defensoria del pueblo, Hábeas y amparo. Em: Facio, A., Fries, L., editores. Género y Derecho. Santiago: LOM Ediciones, 1999. p. 371-405.
43. Jacobson, J. L. Transforming family planning programmes: towards a framework for advancing the reproductive rights agenda. *Reproductive Health Matters* 2000; 8 (15): 21-32.

**Resumo:** Desde 1991, existem leis provinciais de saúde reprodutiva na Argentina, que compõem um programa nacional de amplo alcance e forte consenso popular em apoio às políticas de saúde reprodutiva. No entanto, ainda é preciso fortalecer os serviços públicos, aumentar o número de postos de atendimento e responder às críticas conservadoras. Este artigo descreve uma avaliação do programa de saúde reprodutiva na cidade de Buenos Aires, realizada em 2000. O objetivo da iniciativa era evitar a gravidez indesejada e as doenças sexualmente transmissíveis, entre elas, a AIDS, além de treinar profissionais de saúde. O programa funciona em todos os hospitais públicos e centros de atendimento primário da cidade. A avaliação foi conduzida em parceria com o Departamento de Ouvidoria de Buenos Aires e o Centro de Estudos de Estado e Sociedade (CEDES). Foram amplamente disponibilizados contraceptivos hormonais, DIU e preservativos masculinos, mas não a contracepção de emergência, preservativos femininos e outros métodos de barreira. Alguns profissionais de saúde e usuários conheciam bem a nova legislação e os direitos reprodutivos por ela reconhecidos. Mais de 90% dos profissionais estavam satisfeitos com a qualidade dos serviços prestados, mas muitos relataram uma carga de trabalho excessiva, infra-estrutura deficiente, e falta de material e pessoal. O motivo mais frequente de reclamações junto à Ouvidoria foi a procura de serviços para obter a cirurgia de laqueadura, seguido da prevenção do HIV, qualidade dos serviços e aborto. Foram implementados treinamento e informação para profissionais de saúde, mulheres e ONGs.

## QUESTÕES RELATIVAS À PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

# Utilizando princípios de direitos humanos para promover qualidade nos serviços de aborto no Brasil

**E**stima-se que, a cada ano, perto de 1,5 milhão de abortos aconteçam no Brasil, com cerca de 30% das gravidezes terminando em aborto.<sup>1</sup> A prática do aborto neste país é uma manifestação clara de desigualdade social. Historicamente as mulheres menos privilegiadas não têm acesso a dispendiosas clínicas privadas e sofrem mais complicações devido a abortos inseguros. Estes representam a quarta maior causa de mortalidade materna no Brasil, sendo ainda maior na região Nordeste, onde a pobreza é mais acentuada.<sup>2,3</sup>

Embora o aborto seja permitido por lei em duas hipóteses (quando não há outro modo de salvar a vida da mulher ou quando a gravidez resulta de estupro),<sup>4</sup> até bem recentemente o aborto legal não era oferecido no país.

Desde a década de 1980, muitos grupos de mulheres e médicos vêm promovendo ações para abolir as leis retrógradas do aborto<sup>4</sup> e disponibilizar o aborto legal através do treinamento de profissionais de saúde. A ênfase dos defensores da saúde da mulher tem recaído na gradativa normalização e descriminalização do aborto no Brasil, transformando o aborto numa questão de discussão pública a fim de apresentar o problema à sociedade.<sup>5</sup>

Em 1996, depois do Primeiro Fórum Interprofissional para Implementação do Aborto Previsto em Lei,<sup>4</sup> o foco se ampliou para garantir que mulheres vítimas de violência sexual

pudessem ter acesso ao aborto legal. Em 1998 foram publicadas as Diretrizes para Prevenção e Cuidados das Conseqüências de Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes,<sup>7</sup> que se tornaram uma ferramenta chave para que os profissionais de saúde pudessem oferecer serviços acessíveis e apropriados a mulheres vítimas de aborto. Hoje aumentou consideravelmente o número de hospitais que oferecem aborto legal no Brasil.<sup>4</sup>

A partir do início da década de 1990, o aborto induzido pela auto-administração de misoprostol tem desempenhado um papel importante no Brasil e poderá ser uma opção viável para o aborto legal, já que é altamente eficaz no início da gravidez e relativamente barato. O uso dessa droga para fins de aborto é ilegal no Brasil, embora seja amplamente utilizada e possa ser encontrada no mercado negro ou nas farmácias, onde é vendida para tratamento de úlcera gástrica. Num estudo de 1996, conduzido na região Nordeste, verificou-se que, dentre 2074 mulheres que admitiram ter interrompido a gravidez, 66% relataram ter usado misoprostol. Quase 90% destas tinham tomado o medicamento via oral e também por inserção vaginal.<sup>8</sup> Portanto, é necessário promover a conscientização quanto ao uso dessa droga entre mulheres e profissionais de saúde que prestam serviços pós-aborto.

Antes de 2000, a curetagem uterina para complicações do aborto inseguro era o segundo pro-

cedimento obstétrico mais comum realizado nos hospitais públicos brasileiros, sendo o parto o mais freqüente.<sup>9</sup> Desde 2000, a aspiração manual a vácuo (AMV) foi recomendada pelo Decreto nº 569 para uso em hospitais públicos no lugar da curetagem uterina sempre que possível, visto ser mais segura.<sup>10</sup> Mas mudanças de tais práticas levam tempo e a AMV ainda não é usada por muitos médicos. Alguns não foram treinados, outros pareciam estar recorrendo à AMV mas escreviam “curetagem por AMV” na ficha médica. Esta constatação foi um dos motivos para que o Ministério da Saúde decidisse oferecer orientações técnicas nacionais e assegurar que o sistema público de saúde no Brasil passasse a oferecer cuidados pós-parto seguros e humanos.

A maioria dos médicos tem pouca informação sobre a lei do aborto e teme as conseqüências, mesmo ao realizar procedimentos permitidos por lei. Além disso, tem havido muita pressão por parte da Igreja Católica para impedir o acesso ao aborto legal. Em 1989, a então prefeita de São Paulo, Luiza Erundina, aprovou o Decreto nº 692/89 que tornou compulsória a prestação de serviços de aborto legal nos hospitais públicos da cidade.<sup>6</sup> O Hospital Jabaquara foi o primeiro a oferecer aborto legal, sendo gradualmente seguido por outros.

Em 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher liderou o processo de criação de diretrizes nacionais para os serviços de aborto. Uma força-tarefa de especialistas composta pela Coordenadoria de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, o Ipas Brasil, a Rede Feminista de Saúde, o Comitê Latino-Americano de Direitos da Mulher (CLADEM), o Centro de Pesquisa Materno-Infantil de Campinas (Cremicamp), a ABRASCO e a Federação Brasileira de Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) reuniu-se de maio de 2003 a novembro de 2004 para desenvolver a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Aborto. Estas diretri-

zes estariam alinhadas com a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD) de 1994:

*“Os direitos reprodutivos são reconhecidos como direitos humanos em diversos tratados e convenções internacionais, e incluem o direito de cada pessoa a ter controle e decisão sobre sua sexualidade e reprodução, livre de coerção, discriminação e violência.”*<sup>3</sup>

As diretrizes contêm cinco seções principais:

### **Aspectos legais e éticos do aborto**

Esta seção oferece uma análise da atenção ao aborto legal no Brasil e revê os princípios éticos que deveriam orientar os profissionais de saúde, incluindo autonomia, beneficência, probidade e justiça. Estes princípios devem ser a base para os cuidados pós-aborto. Segundo a Constituição Federal brasileira, que defende os princípios da dignidade humana e a responsabilidade parental, os casais têm a liberdade de usar o planejamento familiar e o Estado é obrigado a oferecer educação e recursos para que os casais consigam exercer tais direitos livres de coerção pelo setor público ou privado (Constituição Federal, art. 226, parágrafo 7).

### **Oferecimento de apoio e informação**

Esta seção é sobre a interação dos profissionais de saúde, sua comunicação com as mulheres e a importância de oferecer informações, aconselhamento e apoio.

*“A ação de informar deve promover autodeterminação, segundo o princípio ético da autonomia.”*<sup>9</sup>

Ela enfatiza a necessidade que as mulheres têm de respeito, gentileza e compaixão durante os cuidados pós-aborto. Explica que a mulher que sofre de complicações de aborto em geral se encontra ferida emocional e fisicamente, e precisa de atenção. Portanto, os profissionais de saúde devem usar uma abordagem sensível, que inclua evitar julgamentos, estar consciente das neces-

sidades e preocupações da mulher, manter-se aberto para falar sobre a gravidez, aborto inseguro e saúde reprodutiva, informar as mulheres sobre os procedimentos que serão realizados e oferecer a elas contracepção para evitar outra gravidez indesejada.

### **Parceria entre comunidade e profissionais de saúde**

Esta seção trata do empoderamento das mulheres e adolescentes e outros membros da comunidade a fim de prevenir a gravidez indesejada e o aborto inseguro. Apela aos profissionais de saúde para que garantam a disponibilização de recursos humanos e materiais para o serviço de saúde de forma a atender às necessidades e expectativas da comunidade.

### **Orientações clínicas e recomendações da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia e da Organização Mundial da Saúde.**

A quarta seção trata da prevenção do aborto inseguro como aspecto crucial da saúde reprodutiva e sexual da mulher, segundo o parágrafo 61, III do Programa de Ação da CIPD:

“Nas circunstâncias em que o aborto não é ilegal, os sistemas de saúde deveriam treinar e equipar os profissionais de saúde e tomar outras medidas para garantir que tal aborto seja seguro e acessível.”

As Diretrizes recomendam AMV para gravidezes de menos de doze semanas (desde a última menstruação) e que, quando a AMV não for vi-

ável, é aceitável a curetagem uterina. Para gravidezes com mais de doze semanas recomenda-se o aborto medicamentoso com misoprostol.<sup>11</sup>

### **Planejamento familiar**

Esta seção é sobre as necessidades das mulheres e adolescentes que desejam se proteger contra uma gravidez indesejada. Uma mulher que já fez um aborto pode estar em risco de outro.<sup>9</sup> Assim, o planejamento familiar é fundamental para a saúde sexual e reprodutiva da mulher, e os profissionais de saúde devem informar as mulheres e seus parceiros sobre os métodos para evitar a gravidez indesejada e abortos futuros. Existe enorme discriminação e estigma nos serviços públicos de saúde em relação a mulheres que buscam cuidados pós-aborto, o que resulta na não admissão destas mulheres em certos hospitais. Há sinais de problemas no sistema público de saúde e de mulheres carentes que necessitam de cuidados pós-aborto. A Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Aborto é uma oportunidade de expandir o acesso das mulheres a serviços pós-aborto de qualidade e representam o reconhecimento pelo governo brasileiro da importância de se implementar os direitos humanos relativos à saúde sexual e reprodutiva a fim de cumprir suas obrigações internacionais.

*Leila Adesse*

*e Luciana Campello Ribeiro de Almeida*

*Ipas Brasil, Rio de Janeiro*

*E-mail ladesse@ipas.org.br*

### **Referências**

1. Cook, R., Dickens, B., Fathalla, M. Saúde Reprodutiva e Direitos Humanos: integrando medicina, ética e direito. Tradução de Andrea Romani, Renata Perrone e equipe. Rio de Janeiro: CEPIA, 2004.
2. Sistema de Informações Hospitalares (SIS/SUS) Em: www.datasus.gov.br.
3. Araújo, M. J. O., Viola, R. C. Impacto da Gravidez Indesejada na Saúde da Mulher. Artigo apresentado no Seminário Os Novos Desafios da Responsabilidade Pública. CEPIA, Rio de Janeiro, 19 a 21 de setembro de 2003.
4. Faúndes, A., Leocadio, E., Andalf, J. Making legal abortion accessible in Brazil. *Reproductive Health Matters* 2002; 10 (19): 120-27.
5. Hardy, E. Rebello, I. La discusión sobre el aborto provocado en el Congreso Nacional Brasileño: el papel del movimiento

- de mujeres. *Cadernos Saúde Pública* 1996; 12 (2): 259-66.
6. Mota, C., Pereira, I. Manual para o estabelecimento de um serviço de atendimento para o aborto previsto por lei. Rio de Janeiro: Ipas Brasil, 1996.
  7. Brasil, Ministério da Saúde. Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes. Brasília DF: Ministério da Saúde, 1998.
  8. Fonseca, W., Misago, C., Correia L. L. et al. Determinants of induced abortion among poor women admitted to hospitals in locality of the region northeast Brazil. *Revista Saúde Pública* 1996; 30 (1) : 13-18.
  9. Brasil, Ministério da Saúde. Norma Técnica para Atenção Humanizada ao Abortamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
  10. Rede Feminista de Saúde, Dossiê Aborto: Mortes preveníveis e evitáveis - Dossiê, Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde, 2005.
  11. World Health Organization. Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems. Geneva: WHO, 2003.

## Diretrizes éticas sobre objeção de consciência

### Comitê FIGO para os Aspectos Éticos da Reprodução Humana e Saúde da Mulher

*A Federação Internacional de Ginecologistas e Obstetras (FIGO), através de seu Comitê para Aspectos Éticos de Reprodução Humana e Saúde da Mulher, examina os aspectos éticos de questões que têm impacto sobre as disciplinas da obstetrícia, ginecologia e saúde da mulher. O documento que segue representa o resultado dessa discussão cuidadosamente pesquisada e ponderada. O trabalho não pretende refletir uma posição oficial da FIGO, mas oferecer material para reflexão e debate quanto aos aspectos éticos dessa disciplina para organizações-membro e os profissionais que as constituem.*

#### Contexto

O principal compromisso de obstetras e ginecologistas é o de garantir a saúde reprodutiva e o bem-estar da mulher. Profissionais que se vêem na impossibilidade de prestar os serviços mais indicados, do ponto de vista médico, às suas pacientes por motivos de consciência pessoal continuam eticamente responsáveis por elas. Quando o médico coloca sua consciência acima dos interesses de suas pacientes, vê-se diante de um conflito de interesses. Nem todos os conflitos podem ser evitados, mas podem ao menos ser resolvidos pela informação, ou seja, os médicos devem informar a paciente em potencial sobre os tratamentos aos quais têm objeção de consciência.

O profissional tem o dever de informar seu paciente sobre todas as opções indicadas do ponto de vista médico para o seu tratamento, inclusive as opções das quais o médico se nega a participar. Quando a paciente selecionar tal opção, o médico fica sujeito ao parágrafo 4º das Diretrizes Éticas para a Ginecologia e Obste-

trícia (1994) que dispõe: “Se um médico não pode ou não quer prestar determinado serviço médico por razões não-médicas, ele ou ela deve envidar todos os esforços para encaminhar a paciente a um serviço apropriado”.

Os médicos têm o direito tanto de realizar quanto de recusar-se a realizar um procedimento de acordo com sua consciência pessoal. Como médicos diplomados e legalmente habilitados, estão sujeitos à aplicação dos princípios profissionais da ciência médica e reprodutiva, sem sobrepor diferentes caracterizações de procedimentos com fundamento em suas crenças pessoais.

Em caso de emergência, quando a vida da paciente, ou sua saúde física ou mental, só puder ser preservada por procedimentos que o médico normalmente se recusa a executar, e não for possível encaminhar tal paciente a outro médico sem objeções a tais procedimentos em tempo hábil, deve-se dar prioridade à vida da paciente, sua saúde e bem-estar, realizando ou participando da realização dos referidos procedimentos.

## **Diretrizes**

O dever de consciência primário do gineco-obs-  
tetra é o de sempre tratar, beneficiar e prevenir  
danos a pacientes pelos quais seja responsável.  
Qualquer objeção de consciência ao tratamento  
da paciente é secundária a tal dever primário.

Para beneficiar e evitar danos, é preciso que o  
profissional permita a seus pacientes ter acesso  
em tempo hábil a serviços médicos, forneça in-  
formação sobre opções de procedimento clini-  
camente indicado, incluindo aquelas às quais o  
médico objete por razões de consciência.

O médico tem o dever profissional de respeitar  
determinações dos serviços de saúde reproduti-  
va estabelecidas científica e profissionalmente, e  
usar de cuidado e integridade para não deturpá-  
las nem passar idéias errôneas a respeito delas  
com base em crenças pessoais.

O médico tem o direito de ser respeitado por  
suas convicções de consciência quanto a realizar  
ou não procedimentos legalmente permitidos,  
e a não sofrer discriminação com fundamento  
em suas convicções.

Para que o médico seja respeitado em seu direito  
a escolher os procedimentos que deseja realizar, é  
preciso que respeite a escolha da paciente dentre as  
opções de tratamento indicadas para o seu caso.

A paciente tem o direito de receber encami-  
nhamento de boa fé a um médico que acei-  
te realizar procedimentos indicados para seu  
tratamento quando o primeiro profissional  
faz objeção à sua prática. O encaminhamento  
a tratamento não constitui participação nos  
procedimentos acordados entre a paciente e o  
médico ao qual foi indicada.

O médico deve oferecer tratamento em tempo  
hábil à paciente quando não for possível enca-  
minhá-lo a outro médico e quando a demora  
puder prejudicar a saúde e o bem-estar da pa-  
ciente, como por exemplo diante de uma gra-  
videz indesejada (ver a definição da FIGO de  
gravidez – *Recommendations on Ethical Issues*  
in *Obstetrics and Gynecology*, novembro 2003,  
p.43: a gravidez “começa com a implantação na  
mulher do embrião concebido”).

Em caso de emergência, para preservar a vida  
ou saúde física e mental, o médico deve realizar  
os procedimentos de escolha da paciente den-  
tre aqueles com indicação médica, não obstante  
suas objeções pessoais.

*Londres, março de 2005*

*www.figo.org*

MESA REDONDA

## ICPD + 10 e além: para onde deve caminhar o nosso movimento?\*

Sonia Corrêa,<sup>a</sup> Adrienne Gemain,<sup>b</sup> Rosalind P. Petchesky<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Associação Brasileira Interdisciplinar para a AIDS, Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>b</sup> Presidente da International Women's Health Coalition, Nova York, EUA.

<sup>c</sup> Professora Emérita de Ciências Políticas do Hunter College, Universidade da Cidade de Nova Iorque, EUA, e-mail: spetches@igc.org.

**Abstract:** *In this roundtable discussion, three long-time international activists in the field of reproductive and sexual rights discuss the challenges facing the feminist women's health movement ten years after the 1994 International Conference on Population and Development in Cairo, and the 1995 Fourth World Conference on Women in Beijing. Their conversation reflects on the nature of the global context in 1994-95 and how that context has changed a decade later, especially in light of growing conservatism and the growing HIV/AIDS epidemic. They consider the successes and limitations of the Cairo agenda and the strategic importance of taking a long-term view. In particular, they emphasise the need for strengthening health systems worldwide, advocating for better and more woman-friendly use of existing resources and building broader coalitions. Much of the conversation explores points of commonality and difference between feminist groups on the one hand, and medical and planning organisations on the other, as well as ways of utilising such venues as the World Social Forum. Points of greatest promise internationally include the growing youth movement for sexual and reproductive health and rights and the potential for opening up larger alliances around sexual and bodily rights with HIV/AIDS activists, sex workers, people living with HIV and AIDS and human rights organisations.*

**Palavras-chave:** Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, direitos reprodutivos, direitos sexuais, HIV/AIDS, política populacional, grupos de saúde e de direitos da mulher, globalização, construção de coalizões.

---

\* “Nosso Movimento” se refere às feministas que ajudaram a gerar os resultados de muitos acordos das Nações Unidas durante os anos 1990, especialmente a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento de 1994 (ICPD em inglês, CIPD em português), no Cairo, e a Quarta Conferência Mundial sobre a Mulher (FWCW), em Beijing, assim como muitas outras que ajudaram a defender esses objetivos, e estão trabalhando em muitas e variadas frentes para sua consecução.



**Ros:** Começemos por criar um contexto para a história e legado do Plano de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento.\* Quando apoiadores da CIPD fazem referência à agenda do Cairo, sugerem um conjunto de compromissos, que não apenas vão além, como também são muito diferentes de planejamento familiar, controle populacional e programas de saúde materna e infantil existentes entre os anos 1950 e 1980. Sob uma ótica menos otimista, muitos observadores (inclusive algumas feministas) vêem os documentos do Cairo e de Beijing como tantos outros instrumentos de direitos humanos, na melhor das hipóteses nobres palavras com pouco acompanhamento prático que chegue a afetar a vida real das mulheres. Como líderes que trabalham de perto com grupos de mulheres em muitos países e regiões, qual é a sua percepção sobre a implementação de fato da agenda do Cairo?

**Sonia:** Gostaria de colocar duas questões. Em primeiro lugar, é preciso olhar para o Cairo e nossas conquistas e carências com uma visão de longo prazo. As pessoas ficam muito ansiosas e se esquecem de que, para esse tipo de processo, dez anos é quase nada, especialmente quando se está lidando com um debate que vem sendo feito há duzentos anos. Em segundo lugar, os problemas que vemos no Cairo não estão ligados

---

\* A CIPD foi um marco no qual 179 governos concordaram com um abrangente Programa de Ação para assegurar o acesso universal à saúde reprodutiva, afirmar direitos humanos fundamentais, amenizar a pobreza, garantir igualdade de gênero e proteger o ambiente. Na FWCW, no ano seguinte, 179 governos concordaram com uma Plataforma de Ação que garantisse os direitos humanos das mulheres e eliminasse a discriminação e violência da vida privada e pública das mulheres. Daqui em diante “Cairo” se refere à CIPD ou Programa de Ação da CIPD e “Beijing” ao FWCW ou à Plataforma de Ação da FWCW.

apenas ao Cairo: estão ligados a todo o ciclo de conferências sociais das Nações Unidas nos anos 1990. O clima global da década de 1990 era muito diverso do que temos hoje; aquele era um tempo de grandes promessas, porque, com o fim da Guerra Fria, via-se a possibilidade de converter despesas militares em desenvolvimento, ou, ainda melhor, em desenvolvimento humano. Pela primeira vez em 25 anos, era possível discutir direitos humanos como algo universal. Costumamos esquecer de que, antes de 1993, ano da Conferência Mundial de Direitos Humanos (em Viena), a última conferência de direitos humanos das Nações Unidas tinha sido em 1963 (em Teerã). Outra conferência de direitos humanos só foi possível em 1993 por causa do clima até então, mas agora esse clima tornou-se novamente muito frio.

**Ros:** Esse contexto mais amplo nos leva à próxima questão. Adotando uma visão um pouco mais distanciada e crítica dos processos do Cairo e Beijing, é possível ver que os documentos finais estão longe de serem perfeitos. Na Mesa Redonda Global realizada em Londres há alguns meses\* foram identificadas três grandes lacunas que nos pareceram graves. Em primeiro lugar, deixou-se de oferecer acesso ao aborto legal e seguro como direito humano básico. Em segundo, o modo como os direitos sexuais foram definidos foi muito limitado, nem chegando a ser enumerados naqueles documentos, apesar de termos tido algum progresso. Em terceiro, o problema dos recursos e o fato desses documentos não contemplarem questões mais amplas como a privatização, as forças de mercado, o ônus da dívida, a militarização e todas as forças macroeconômicas e macropolíticas que

---

\* A Mesa Redonda Global de Contagem Regressiva para 2015 foi um encontro internacional liderado por ONGs, que marcou os dez anos do CIPD, realizado de 30 de agosto a 3 de setembro de 2004, em Londres.

têm impedido que os direitos sexuais e reprodutivos se tornem mais do que palavras. Alguma de vocês gostaria de acrescentar ou refinar algum desses pontos?

**Sonia:** Primeiramente, esses documentos são resultado de um processo político; não é possível sentar e escrever simplesmente. Suas ambivalências e falhas são resultado das condições políticas e do equilíbrio de forças vigente no momento. Naquela ocasião, não tínhamos a força para tratar o aborto como direito humano; devemos nos concentrar agora em construir essa força. Estamos todas conscientes de quão polêmicos são os direitos sexuais e o direito ao aborto nos fóruns internacionais. O Programa de Ação reflete aquilo que as condições políticas nos permitiram alcançar naquele momento, e com a leitura do parágrafo 8,25<sup>\*</sup> percebe-se que

---

\* “Em nenhum caso, o aborto deve ser promovido como método de planejamento familiar. Todos os governos e organizações intergovernamentais e não-governamentais relevantes são instados a fortalecer seu compromisso com a saúde da mulher, lidar com o impacto do aborto inseguro sobre a saúde como importante questão de saúde pública e reduzir o recurso ao aborto expandindo e melhorando os serviços de planejamento familiar. A prevenção de gravidez indesejada deve receber a mais alta prioridade e todos os esforços devem ser empregados para eliminar a necessidade de aborto. As mulheres que têm uma gravidez indesejada devem ter pronto acesso à informação confiável e ao aconselhamento compassivo. Qualquer medida ou mudança relativa à prática do aborto dentro do sistema público de saúde só pode ser determinada em nível nacional ou local segundo o processo legislativo vigente. Nas circunstâncias em que o aborto não for contra a lei, deve ser seguro. Em todos os casos, as mulheres deveriam ter acesso a serviços de qualidade para o gerenciamento de complicações advindas do aborto. Aconselhamento pós-aborto e serviços de educação e planejamento familiar deveriam ser oferecidos prontamente, pois ajudam a evitar abortos repetidos.”

o panorama não é uniforme. Nesse parágrafo, é possível ler claramente a posição das forças políticas em jogo. Esse é um exemplo nítido da natureza do documento do Cairo.

Haveria uma lacuna em relação às dimensões dos recursos ou macroeconomia? Não creio. Importantes recomendações neste campo foram feitas na Conferência Mundial sobre Desenvolvimento Social de Copenhague (1995), em Beijing e no Cairo. Novamente, não é que esses itens não constem do documento; o problema é que essas questões não foram resolvidas na realidade. Os documentos avançaram o quanto foi possível na época de sua criação, e são melhores do que a realidade política de hoje.

**Adrienne:** Concordo com a análise da Sonia. Devemos também olhar para essa dimensão a fim de agir de forma pragmática no mundo de hoje, pois reconhecemos que o contexto não chega a ser tão bom quanto era na época em que os documentos originais foram adotados. Em relação ao aborto, do ponto de vista estratégico, não tenho certeza se podemos almejar transformá-lo em um dos direitos humanos, ao menos no que diz respeito à uma campanha global. A estratégia adotada desde o encontro de Cairo – aborto como questão de saúde pública – vem sendo eficaz em formar as políticas e aconselhamento técnico da OMS, e também em várias negociações intergovernamentais, em que afirmar o direito da mulher ao aborto não teria funcionado. Ao mesmo tempo, devemos aproveitar todas as oportunidades, especialmente em âmbito nacional, mas, inclusive, em âmbito global, para, sempre que possível, levar a dimensão dos direitos da mulher ao debate e à estratégia, pois é claro que se trata de uma decisão estratégica de cada país.

Em segundo lugar, quanto aos direitos sexuais nos ambientes políticos que enfrentamos agora, tanto o global quanto os específicos de um determinado contexto, precisamos nos empenhar

em explicitar os conceitos e construir uma base de apoio o mais ampla possível quanto à linguagem a fim de conseguir aceitação na arena política global. Nosso maior desafio é conseguir que os governos simpatizantes liderem e avancem no reconhecimento dos direitos sexuais. De certa forma, o governo brasileiro é responsável por um marco pela sua resolução de 2003 junto à Comissão de Direitos Humanos da ONU\* Mas o movimento das mulheres, junto com outras denominações (como, por exemplo, grupos de lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros [LGBT] e também trabalhadores do sexo) que detêm os maiores interesses, devem pensar em quanto são capazes e querem se empenhar, a partir de suas diferentes perspectivas, para o progresso na arena política global. Enfrentamos esse desafio antes do Cairo em relação aos direitos reprodutivos, e acredito que podemos e devemos fazer o mesmo em relação aos direitos sexuais.

Em terceiro, sobre os recursos: dinheiro é realmente o problema central. Há um monte de dinheiro por aí, com variados rótulos, e muito mal usado. Portanto, embora o quadro macroeconômico seja de vital importância, penso também que deveríamos nos concentrar em reprogramar os recursos que já foram alocados, para que beneficiem as pessoas com as quais estamos mais preocupadas.

**Sonia:** O Brasil é um bom exemplo. Comparado a outros países em desenvolvimento, temos um orçamento enorme para a saúde, embora seja ainda inadequado em relação às necessidades do país. Num contexto mais amplo, os recursos destinados à saúde da mulher, também no passado, são muito inferiores àqueles destinados ao HIV/AIDS. Essa desigualdade

orçamentária entre o que se destina à saúde reprodutiva (elementos da agenda do Cairo) e o que se destina ao combate da HIV/AIDS pode ser explicado pelo senso de crise. O HIV/AIDS tem maior capacidade de mobilizar o imaginário popular, os políticos, as instituições de saúde, os meios de comunicação e a sociedade civil como um todo, mais do que consegue a saúde da mulher, questão vista como “corriqueira”, que não exige grandes investimentos tecnológicos ou financeiros.

**Ros:** Você tocou na nossa próxima questão. Quais são os maiores obstáculos que impedem nosso caminho e quais serão as formas mais eficazes de superar e transformar esses obstáculos? Adrienne, você falou do mau uso ou uso distorcido dos recursos existentes. Sonia, você começou falar sobre uma questão não explicitada, mas, de vital importância, que é a percepção e imaginação popular, ou do que chama a atenção dos políticos, da mídia, dos formadores de opinião e do público.

**Sonia:** No Brasil, por exemplo, enfrentamos um quadro bastante heterogêneo. Como sabem, o Brasil estava dez anos à frente do Cairo na década de 1980, foi um dos líderes no Cairo, e depois no campo dos direitos sexuais. Mas, desde 2003, a população brasileira vem discutindo planejamento familiar da forma mais convencional e neomalthusiana possível. O que capta o imaginário da sociedade é a ligação entre a pobreza e a quantidade de filhos que as mulheres pobres têm. Tem sido muito difícil para as feministas, e mesmo para os demógrafos progressistas, tentar levar a conversa para outro lado. Não é fácil convencer o público e os formadores de opinião de que a fertilidade média já é muito baixa, e que a percentagem de mulheres que têm mais de três filhos é de apenas 6% das mulheres entre 14 e 49 anos. As pessoas vêem a violência, os mendigos e moradores de

---

\* Essa resolução é a primeira resolução da ONU com foco primário sobre direitos humanos e orientação sexual, e condenaria países que discriminam com base em orientação sexual.

rua, e ligam isso às mulheres que têm filhos demais. O público não entende bem a abordagem baseada em direitos proposta pelo Cairo. Ilustrando esse fato, alguns parlamentares e formadores de políticas públicas, ao abordar a “necessidade de controle populacional”, sugerem uma revisão constitucional que autorize esterilização (das camadas mais pobres). É alarmante.

Por outro lado, começamos a detectar um interesse crescente pelo conceito de direitos reprodutivos e sexuais, termos que estão agora sendo empregados pelo alto escalão dos formuladores de políticas públicas. Cada vez mais, jornalistas fazem perguntas sobre direitos reprodutivos e sexuais a feministas e ativistas LGBT. O debate sobre o aborto ganhou bastante visibilidade em função do ativismo feminista sobre esse assunto. Em 2004, a Ministra de Políticas das Mulheres (Minister of Women’s Policies) anunciou a criação de um grupo de trabalho para rever a legislação punitiva. Os ataques dos conservadores aos direitos sexuais das comunidades LGBT têm conseguido bastante espaço na imprensa, e duas grandes batalhas legislativas acabam de ser vencidas. A legislação federal que restringe benefícios para parceiros do mesmo sexo de servidores públicos caiu, como também caiu a provisão que visava criar um programa custeado pelo governo para “reabilitar” pessoas LGBT. Tudo isto está ocorrendo ao mesmo tempo em que se arrasta o desgastado debate sobre ter menos filhos como antídoto para a pobreza.

**Adrienne:** Eu reforço seu argumento, pois vejo o mesmo fenômeno no Norte: um recrudescimento dos atores neomalthusianos que estavam presentes no período anterior ao Cairo. E a presença desse fenômeno dez anos depois do Cairo, desse foco demográfico conservador, vem de mãos dadas com a convicção de alguns atores de que a agenda de saúde e direitos reprodutivos do Cairo é muito cara e complicada de se implementar, e, portanto, por que não voltar

ao que já conhecemos e ao que pensamos que funcionava antes – em outras palavras, o planejamento familiar vertical? O que eles parecem não perceber é que tanto a dinâmica política quanto a demográfica mudaram desde os anos 1990. Temos agora a maior geração que já houve de menores de dezenove anos que são, ou logo se tornarão, sexualmente ativos.

Ao longo das duas ou três primeiras décadas de política populacional, o foco era em mulheres perto dos trinta anos que tinham três ou quatro filhos, e queriam ou estariam dispostas a ser esterilizadas. O maior crescimento populacional agora virá de uma população muito mais jovem, com alta prevalência de HIV e/ou ISTs. A maioria dos métodos contraceptivos modernos deixa os jovens sob o risco de infecção. A meu ver, devemos oferecer aos jovens toda a gama de opções de contracepção, e, ao mesmo tempo, explicitar claramente os riscos de ISTs e HIV, oferecendo fácil acesso aos preservativos e à contracepção de emergência. O setor populacional jamais promoveu os preservativos, e só recentemente adotou a contracepção de emergência, e foge do aborto seguro. Portanto, vemos uma lamentável dissonância que levou a uma enorme tragédia.

Obviamente, é importante reconhecer, como foi feito no Cairo, que o planejamento familiar é parte vital dos serviços de saúde reprodutiva, e um direito fundamental. A prevalência da contracepção cresceu marcadamente nos últimos dez ou vinte anos, e este é um fato a ser celebrado, mas há milhões de pessoas no mundo que ainda não têm acesso à contracepção. Ao mesmo tempo, alguns programas estão retomando estratégias de controle populacional. Essas abordagens fomentam o ressentimento e o temor entre mulheres e homens, e ainda por cima deixam de conseguir a redução de natalidade que tencionam.

**Sonia:** Concordo com Adrienne. O ataque dos fundamentalistas ao documento do Cai-

ro, especialmente respaldados pela pressão da administração Bush, dá aos neomalthusianos uma oportunidade de dizer: “Bem, como estão vendo, é complicado, dá margem a muitas controvérsias; vamos voltar ao planejamento familiar.” Mas mesmo a administração Bush, enquanto fala agressivamente na arena global contra o aborto e os direitos reprodutivos, ainda assim dá dinheiro, mesmo que pouco, para o planejamento familiar e os cuidados pós-aborto. O que tem sido visto de todos os lados é a agenda feminista, devido ao grande desequilíbrio de poder entre o movimento feminista e seus aliados de um lado, e os outros atores do outro.

**Ros:** Até agora a questão de gênero não foi mencionada. Sonia, se a crise do HIV/AIDS abala as pessoas, porque a morte desnecessária de quinhentas mil mulheres por ano, devido a causas maternas não provoca o mesmo tipo de crise? Por que motivo o assassinato de centenas de mulheres em Ciudad Juarez não abala as pessoas? Mesmo em relação à epidemia de HIV/AIDS, a atenção das pessoas não está focada nas mulheres negras de 24 a 44 anos nos Estados Unidos, cujo risco de morrer de AIDS é treze vezes maior do que o de suas compatriotas brancas? O que está acontecendo?

**Sonia:** A meu ver, um dos problemas centrais é o modo como os legisladores e epidemiologistas vêem a questão de escala. Eles comparam o número de mulheres que morrem ou morreram por HIV/AIDS no Brasil com o número de mortes maternas e dizem que a mortalidade materna não é um problema da mesma grandeza. Este é um dos motivos pelos quais levou seis anos, de 1997 a 2003, para se instituir um sistema de registro compulsório de mortes maternas no Brasil dentro do sistema nacional de vigilância de saúde.

**Ros:** Mas será que chamar a atenção e o imaginário popular e político é realmente uma questão de escala? Muito mais mulheres morrem no Brasil de câncer cervical (ou de câncer de mama nos EUA) do que de AIDS, mas onde estão os protestos?

**Adrienne:** É verdade que para os epidemiologistas os números pesam muito. No entanto, questões como morte materna e morbidez materna ao longo de toda a vida, ou as taxas de mortalidade e conseqüências duradouras decorrentes da violência contra as mulheres, tudo isso acaba ficando em banho-maria por causa da desigualdade de poder entre homens e mulheres. Embora as mulheres tenham se mobilizado em quase todos os países, ainda estamos marginalizadas em termos de orçamento, leis e formulação de políticas públicas.

**Sonia:** Nós, feministas, somos muito poucas. Sempre que uma de nós sai da sociedade civil para trabalhar na esfera governamental, deixa atrás de si um grande rombo. Portanto, também está em jogo um problema de capacidade humana e institucional.

**Ros:** Mas movimentos sociais vibrantes, poderosos, eficazes não se baseiam unicamente em número de participantes. É possível lembrar de muitos exemplos históricos de movimentos que prevaleceram sem serem enormes. As líderes e organizações feministas são tão fortes quanto os movimentos que as respaldam.

**Sonia:** Acredito que um dos problemas é que somos uma espécie de movimento de guerrilha. Como feministas, não somos muitas: somos muito espertas e bastante estratégicas, mas somos pequenas em comparação às instituições e também a outros movimentos sociais. Posso dar-lhes um exemplo brasileiro, mas que se aplica a todos os outros lugares. Se comparar-

mos a capacidade do movimento HIV/AIDS e do movimento feminista brasileiros para fazer mudar as políticas, a grande diferença é que as feministas operam em nível estratégico, tentando colocar especialistas nos lugares certos, usando de inteligência, com boa formulação das políticas... mas não temos gente gritando nas ruas quando as coisas não dão certo; eles têm a capacidade de mobilizar as pessoas.

**Ros:** Bem, nos Estados Unidos, mais de um milhão de pessoas, na sua maioria mulheres e meninas, saíram às ruas de Washington no ano passado numa demonstração a favor dos direitos reprodutivos. Foi impressionante, e, no entanto, o incidente parece ter desaparecido da memória do público. Uma importante ferramenta para disseminar informações e mobilizar as pessoas tem sido a internet, que é cada vez mais usada para reunir fisicamente as pessoas que querem trabalhar por objetivos comuns. O que mais podemos fazer para construir um movimento mais jovem e mais poderoso para a década vindoura, a fim de que consiga sustentar suas ações? Qual será a estratégia mais eficaz para construir esse movimento?

**Adrienne:** Quanto ao aspecto da revitalização, não creio que tenhamos perdido impulso. Aquelas entre nós que foram para o Cairo estão dez anos mais velhas agora, temos realizado um árduo trabalho nas nossas organizações e profissões, e estamos tentando levar a agenda do movimento feminista adiante, muitas vezes no que chamamos de nosso tempo “extra”. Algo que me parece animador, e que certamente deveria fazer parte do motor que move as políticas de implementação da agenda do Cairo, é o movimento jovem, em especial o movimento pelos direitos e saúde sexual. Tanto homens quanto mulheres jovens estão agindo e construindo redes que vão se consolidando em movimentos, ao mesmo tempo

em que mudam sua maneira de se relacionarem uns com os outros e trabalharem juntos. Embora seja necessário reconhecer que foram em grande parte as mulheres quem iniciaram e efetivaram o acordo do Cairo – e até recentemente foram basicamente as mulheres quem defenderam esses argumentos – o que temos visto, mesmo nas Nações Unidas, é que cada vez mais jovens, homens e mulheres têm se levantado para defender um acordo que, eles mesmos percebem, é de seu interesse.

Além dos jovens, para ter sucesso e manter a legitimidade, a credibilidade e o poder político do nosso movimento, devemos fazer mais para incluir a comunidade que representa a maioria dos direitos humanos, tornando-a um aliado. No mundo todo, estão ainda preocupados principalmente com as liberdades civis e políticas, com importantes exceções como o Human Rights Watch e a Anistia Internacional, e raramente se aliam a mulheres, jovens, minorias sexuais e outros no âmbito nacional. Também me pergunto por que em alguns países e, globalmente, o movimento mais amplo das mulheres não se empenha no trabalho pela saúde e direitos reprodutivos e sexuais. Será simplesmente uma divisão de trabalho porque temos tão poucos recursos para cobrir uma agenda tão extensa?

**Ros:** No contexto do HIV/AIDS, depende de que movimento feminista você está se referindo. As organizações de mulheres de cor nos Estados Unidos estão bastante mobilizadas em torno do HIV/AIDS, pois suas comunidades correm grande risco. Elas sabem que o HIV/AIDS está relacionado, por exemplo, às prisões, pois quando os homens vão presos, são infectados e, depois, voltam para a comunidade. O número de mulheres encarceradas também está crescendo rapidamente, e elas não recebem nenhum cuidado em relação à saúde reprodutiva e sexual.

**Adrienne:** Concordo com você, mas minha preocupação é conseguir, de alguma forma, mobilizar e produzir uma maior interação e solidariedade entre os muitos e diferentes elementos do movimento de mulheres, exatamente para que ofereçam apoio uns aos outros. Por exemplo, mulheres ativistas que estão tentando trabalhar pelas mulheres engajadas em movimentos de HIV/AIDS muitas vezes se vêem engolfadas por outros setores desses movimentos, mesmo na África Subsaariana, onde meninas e jovens são muito mais infectadas do que meninos e jovens da mesma idade. Portanto, o que podemos fazer, de um ponto de vista amplo, para apoiar a luta de ativistas contra o HIV como elas? E como elas podem nos ajudar a mudar as políticas de saúde globais e na alocação de recursos?

**Sonia:** Certamente há tensões. No Brasil, as relações entre muitas feministas, mulheres “comuns”, homens homossexuais, travestis e trabalhadores do sexo, enfim, todos atores importantes do cenário brasileiro de HIV/AIDS, não têm sido sempre fáceis. Isto acontece não apenas em função das diferenças de poder, mas também porque tanto feministas quanto o movimento de mulheres mais amplo têm dificuldades em lidar com trabalhadores do sexo e a questão do sexo comercial. Mais recentemente, foram realizados diálogos muito produtivos sobre direitos sexuais entre feministas, grupos LGBT e trabalhadores do sexo, mas isto não ocorre em todos os lugares, e o maior obstáculo tem sido a conversa entre feministas e trabalhadores do sexo de todos os gêneros. O que está em jogo é uma diferença ideológica entre as próprias mulheres. Mas, apesar das disparidades, o movimento de HIV/AIDS no Brasil tem conseguido englobar uma ampla gama de vozes e posições, e as mulheres soropositivas vêm ganhando voz no espaço público.

**Adrienne:** Na verdade, não estamos criando suficiente diálogo e compreensão entre os vários elementos do movimento de mulheres, nem deste com outros movimentos de justiça social. Não estamos criando o diálogo e o engajamento mútuo que poderíamos construir uma base de poder político muito mais forte.

**Ros:** Isso nos leva à questão da construção de coalizões. Você acabou de dizer que se conseguíssemos encontrar boas táticas de diálogo, a combinação do movimento de HIV/AIDS com o movimento feminista de saúde reprodutiva e sexual, os trabalhadores do sexo, grupos LGBT e grupos de direitos humanos teríamos uma poderosa força política?

**Sonia:** A criação do conceito de direitos sexuais é algo que deveríamos valorizar como uma plataforma de diálogo capaz de levar à formação de uma coalisão. Esse é um outro diálogo raro. Embora a definição de direitos sexuais do Cairo tenha limitações, é preciso dar a ela seu devido valor. A comunidade feminista, trabalhando no âmbito da ONU, cunhou esse incrível conceito de direitos sexuais, que vai além da política da identidade, permitindo que abordemos questões de violência, raça e prevenção de doenças, e, ao mesmo tempo, questões relacionadas ao prazer, autonomia e autodeterminação. Antes desse conceito, falávamos basicamente de políticas de identidade, mas essa não é uma lente através da qual se possa abordar ou resolver diferenças políticas com eficácia. Não podemos continuar a falar apenas entre mulheres.

**Ros:** O conceito de direitos sexuais jamais teria sido imaginado sem o movimento LGBT, ou sem a epidemia de HIV/AIDS, que tornou a discussão sobre sexualidade inevitável e viabilizou o discurso sobre direitos sexuais. Ao mesmo tempo, também é verdade que os grupos de mulheres e o pensamento feminista foram

responsáveis por levar a agenda dos direitos sexuais a um contexto mais amplo, mais inclusivo, de *direitos humanos*.

**Sonia:** De fato, inventamos o contexto dos direitos sexuais, mas na base, nossa retórica e ativismo ainda se fundam essencialmente na política da identidade. Os direitos sexuais são uma plataforma que se abre para todos, mas, na prática política diária, ainda estamos agindo com base em nossas identidades separadas como mulheres brancas, mulheres de cor, minorias sexuais, minorias raciais/étnicas, e isto estreita nosso alcance potencial.

**Adrienne:** Por isso estou tão entusiasmada com a juventude organizada. Os grupos que conheço não se segmentam segundo qualquer identidade, exceto a idade. Ao contrário, eles tomam medidas para promover a inclusão. Dessa forma, eles talvez tenham o potencial de alcançar eleitorados mais variados e trazê-los para dentro de seus movimentos. Espero que possamos apoiar e encorajar seus esforços para conseguir isso antes e melhor do que já fizemos.

**Sonia:** Concordo com você. Mas não se trata apenas de reunir os diferentes. Pode-se reunir as pessoas, como no Fórum Social Mundial (FSM),\* sem que haja diálogo de fato. É preciso fazer uma ponte entre as diferenças. O interes-

---

\* Segundo sua Carta de Princípios: “O Fórum Social Mundial não é uma organização, não é uma plataforma de frente unida (...) mas um lugar aberto de encontro para pensamento e reflexão, debate democrático de idéias, formulação de propostas, livre troca de experiências, e interligação para ação eficaz, por parte de grupos e movimentos da sociedade civil que se opõem ao neoliberalismo e à dominação do mundo pelo capital e toda forma de imperialismo, estando comprometidos com a construção de uma sociedade centrada na pessoa humana.”

sante sobre os jovens que encontramos em Londres e em outros lugares é que eles têm enormes diferenças, e, no entanto, conseguem tecer suas preocupações e perspectivas juntos, indo além de suas meras “identidades”.

**Ros:** A questão crucial é que o “multiculturalismo” como abordagem da diferença não nos leva a políticas transversais, em que as pessoas realmente escutem umas às outras apesar das diferenças e consigam pensar juntas sobre essas diferenças para construir uma coalizão. Isso é algo que muitas de nós, que estivemos trabalhando no Cairo, não têm feito com suficiente empenho. Talvez devêssemos olhar para o *Rainbow Planet Coalition* da África do Sul\* como modelo de colaboração entre grupos de mulheres, pessoas que vivem com AIDS, ativistas do HIV/AIDS e trabalhadores do sexo.

**Sonia:** Sim, mas devemos reconhecer que esses diálogos estão apenas começando. Há um grande problema quando olhamos para o nível das políticas: existe uma grande tensão e uma enorme lacuna entre o tempo dos formuladores de políticas públicas, com muitas emergências, e o tempo mais longo exigido para construir coalizões e pontes.

**Ros:** Outra questão é que algumas de nós tendem a operar em certos espaços definidos dentro da ONU. Será que deveríamos ter presença mais forte em espaços políticos alternativos como o FSM?

**Sonia:** O FSM é certamente um espaço onde se consegue interagir e levantar a agenda de direitos e saúde reprodutiva e sexual, dando a ela

---

\* Uma coalizão de grupos que trabalham sobre os direitos dos trabalhadores do sexo e minorias sexuais sob a rubrica da sexualidade, HIV/AIDS e *status* das minorias.



visibilidade e conscientizando sobre sua ligação com outras agendas. Eu diria que o FSM funciona como um mercado para movimentos sociais, onde se pode divulgar os direitos e a saúde sexual e reprodutiva. Isso é importante para garantir que os atores do FSM compreendam perfeitamente o que a guerra de Bush contra as mulheres, os jovens e os defensores dos direitos sexuais significa, e como isto se relaciona com a agenda neoconservadora em geral, para dar apenas um exemplo. Mas, ainda não sabemos se o FSM é um espaço viável para se construir alianças intersetoriais.

**Ros:** Além de alianças por meio do FSM, coalisões de jovens e outros grupos interessados em direitos sexuais e HIV/AIDS, o que dizer sobre as organizações médicas de saúde reprodutiva mais tradicionais, o tipo de organização com as quais estamos tentando interagir na *Global Roundtable*?

**Adrienne:** Em primeiro lugar, detesto rotular ou ser rotulada, mas é preciso distinguir entre a comunidade médica e de saúde pública mais ampla e a comunidade de planejamento familiar. Um dos compromissos mais renhidos dos grupos de planejamento familiar/populacional de antes do Cairo era o de evitar a medicalização dos serviços de contracepção. Na Ásia, por exemplo, eles favoreciam serviços que podiam ser prestados por um trabalhador de planejamento familiar treinado, que não precisava ter formação médica. Na África Subsaariana o planejamento familiar era oferecido por serviços de saúde materna e infantil, mas por trabalhadores de nível médio, que não eram treinados para abordar as várias dimensões da saúde reprodutiva. Ao contrário, a agenda do Cairo exige um setor de saúde completo. E o movimento de planejamento familiar e populacional queria evitar exatamente o envolvimento com o setor de saúde, exceto em situações de complicações

e emergências, quando eram absolutamente indispensáveis.

Em parte, devido a essa divisão entre saúde e planejamento familiar, muitos dos líderes da área da saúde que encontrei fora dos Estados Unidos tinham pouco treinamento em planejamento familiar, e não estavam convencidos de que a saúde reprodutiva deveria ser uma prioridade. Portanto, é comum vermos falta de investimento em cuidados obstétricos, diagnóstico e tratamento de cânceres reprodutivos, e diagnóstico e tratamento de ISTs em mulheres. A tradicional comunidade de planejamento familiar e populacional – e com isso quero dizer grupos como o programa populacional USAID, e os lobbies de Washington – aprova e oferece apoio retórico à visão de longo prazo do Cairo, e, especificamente, à saúde reprodutiva, mas, no entanto, ao examinarmos como estão destinando seus recursos, constatamos que é para o planejamento familiar. Eles se sentem obrigados a endossar a agenda de saúde reprodutiva do Cairo, mas também se sentem livres para dizer que as propostas de Cairo são muito dispendiosas e complicadas, e, portanto, é melhor fazer o que se sabe fazer. A divisão se complica agora com o HIV/AIDS. Assim, devemos promover e apoiar o uso universal de preservativos, mas essa é uma tecnologia que o planejamento familiar declarou não ser suficientemente eficaz para a contracepção desde que o DIU e a pílula entraram em cena.

**Sonia:** Concordo com a análise de Adrienne na perspectiva global, particularmente nos Estados Unidos, mas há muitas variações em diferentes contextos. No caso brasileiro, nosso relacionamento com a comunidade médica e os profissionais de saúde pública foi elemento chave na construção de toda a agenda de saúde da mulher. O mesmo vale para as políticas de HIV/AIDS. Como a agenda de saúde da mulher passava pela reconstrução do sistema de saúde,

sempre tivemos uma espécie de aliança, tanto com os profissionais de saúde como com os formuladores de políticas públicas. Mas ainda resta uma tensão não resolvida. A maioria dos defensores e gerentes da saúde pública tende a enfatizar um conceito universalista de saúde coletiva e resiste a adotar qualquer agenda de saúde específica. Eles usam a macroeconomia e a escassez de recursos como principal argumento (economistas do Banco Mundial), ou enfatizam questões de classe e desigualdade (defensores de saúde pública no Brasil), mas freqüentemente relutam em focalizar as necessidades e exigências de grupos sociais específicos, como mulheres e minorias sexuais.

**Adrienne:** A mesma resistência a uma abordagem de gênero aparece em algumas iniciativas globais recentes e na abordagem de doadores para estratégias de desenvolvimento abrangentes, como a Estratégia de Redução da Pobreza do Banco Mundial, que patrocina modalidades como abordagens setoriais e mesmo grandes revisões dos desafios na área da saúde, como o relatório da Comissão de Macroeconomia e Saúde.\* No entanto, nas regiões onde os sistemas de saúde são mais frágeis, e por mais frágeis quero dizer carentes em recursos e pessoal treinado, a maioria das pessoas mais desprivilegiadas, doentes e incapacitadas são mulheres e crianças. Para mudar isso, devemos não apenas fortalecer os serviços de atendimento primário, mas também criar um sistema de encaminhamento eficaz aos serviços de nível secundário operantes. Se esse fortalecimento for implementado com foco inicial nas necessidades das mulheres, estaremos simultaneamente construindo um

sistema de saúde que, em última instância, serve a todos. Um dos desafios do movimento é convencer as pessoas de que a saúde reprodutiva não é exigência de um grupo de interesses em especial, mas da maioria, principalmente se incluirmos bebês saudáveis e crianças pequenas na saúde reprodutiva.

**Sonia:** Duas coisas estão faltando nessa discussão. Uma delas: olhando para a experiência brasileira, que se aplica no mínimo a outros países da América Latina, vemos que a maioria dos componentes da saúde reprodutiva ou saúde da mulher são percebidos e desempenhados por profissionais do sistema de saúde como algo secundário. Isso porque medidas de saúde simples, rotineiras e repetitivas não são tão valorizadas por muitos profissionais de saúde quanto as de alta tecnologia. Por exemplo, o diretor de uma das primeiras clínicas a oferecer aborto no Recife diz que é muito difícil introduzir a aspiração a vácuo manual, porque os médicos dizem que essa é uma tecnologia pobre para um país pobre.

O segundo elemento ausente: nos últimos vinte anos, ao menos na América Latina, alguns gineco-obstetras têm sido nossos maiores aliados em relação à crítica ao aborto. São líderes comprometidos e combativos como o dr. Anibal Faúndes e o dr. José Barzelatto, na América Latina, e o dr. Mahmoud Fachalla, no Egito. Antes tínhamos um punhado de médicos apenas, agora há muitos no Brasil, Uruguai, Argentina e México, que estão realmente engajados no diálogo sobre o aborto legal seguro. Essas são conquistas importantes das quais não devemos nos esquecer.

**Ros:** Boas considerações. Antes de encerrarmos, quero observar que não falamos da Europa Central e do Leste Europeu. Não havia muitas mulheres dessa região no Cairo, e embora houvesse mais em Beijing, ambos os do-

---

\* Uma comissão da OMS que examina a inter-relação entre investimentos e saúde, crescimento econômico e redução da pobreza. At.: [www.cmhelth.org](http://www.cmhelth.org).

cumentos se basearam num paradigma Norte-Sul, no qual a Europa do Leste e Central não se encaixam muito bem. Muitas vezes, seus governos não se identificam com o mundo em desenvolvimento, o que pode constituir uma enorme barreira para a implementação do Cairo e de Beijing. Ativistas dessa parte do mundo têm tido que trabalhar de modo singular para fazer lobby junto aos seus governos.\* Assim, devemos continuar a ampliar esse diálogo, e torná-lo mais inclusivo.

E para fechar, gostaria de retomar a questão estratégica. Devido ao estado dos sistemas de saúde e as divisões entre os grupos de mulheres, de planejamento familiar e estabelecimentos de saúde, eu pediria a cada uma de vocês que tentasse mapear algumas prioridades estratégicas para o movimento de mulheres daqui em diante.

**Sônia:** Muitos aspectos que abordamos sugerem uma gama de desafios que não é fácil de sintetizar. O movimento internacional de saúde e direitos reprodutivos e sexuais da mulher precisa compreender e planejar considerando que nossa agenda é de longo prazo e sua transformação em políticas concretas e direitos eficazes exigirá persistência, além de documentos da ONU, e evidências demográficas e epidemiológicas. É uma questão de luta e economia política, que envolve forças poderosas, muitas vezes fora do nosso controle. Tendo isso em mente, há pelo menos três grandes tarefas a realizar. A primeira é relacionar sistematicamente a microanálise e os processos com as megatendências financeiras e políticas comerciais, pois estas afetam a governança, em geral, e os sistemas de saúde, em particular. Um exemplo disso, seria desenvolver uma análise bem mais rigorosa do impacto da

privatização dos serviços de saúde sobre o direito e a saúde reprodutiva e sexual em diferentes contextos, e dos acordos de comércio dentro da OMC, em especial o GATS\*.

O segundo ponto são as parcerias e alianças. Parceiros potenciais e aliados diferem segundo o contexto. Por exemplo, no Brasil, a comunidade de demógrafos tem sido um aliado vital das feministas, mas isto não vale para todos os lugares. Em âmbito global, nosso diálogo indica que o debate com as comunidades LGBT, HIV/AIDS, e de direitos humanos é uma prioridade, junto com uma gama de atores envolvidos no Fórum Social Mundial. E, embora muitas tensões e mal-entendidos continuem existindo entre o movimento feminista, os planejadores familiares e a comunidade médica, devemos continuar a trabalhar com estes grupos.

E isso me leva ao maior desafio de todos: não podemos avançar produtivamente nessas áreas com nosso atual poderio de mulheres. Por isso, é preciso fazer um esforço estratégico e urgente para garantir uma injeção de força nova, vinda de grupos diversos de todas as idades, mas, especialmente, da nova geração (mulheres, homens e outras identidades de gênero), que se somem ao nosso diálogo e organizações. Esta renovação assumirá diferentes formas em diferentes contextos, mas não é algo que possamos adiar, como se o movimento fosse se renovar “naturalmente”.

---

\* As autoras agradecem o aporte dado por Wanda Nowicka.

---

\* General Agreement on Trade in Services ou Acordo Geral sobre Comércio de Serviços é um acordo comercial internacional adotado como parte da rodada do Uruguai, que passou a vigorar a partir de 1º de janeiro de 1995, com o advento da OMC. “O objetivo do GATS é remover gradualmente todas as barreiras ao comércio de serviços. O acordo envolve serviços tão diversos como banco, educação, saúde, coleta de lixo, turismo e transporte.” Os detalhes continuam sendo objeto de negociação. At.: [www.gatswatch.org](http://www.gatswatch.org) e <http://tsdb.wto.org/wto/public.nsf>

**Adrienne:** Para conseguir acesso ao aborto legal seguro, aos direitos sexuais, à educação sexual e aos serviços de saúde para os jovens, devemos aprimorar ainda mais nossas estratégias. Em primeiro lugar, devemos ajudar os formadores de políticas para HIV/AIDS a enxergarem que a prevenção para meninas e mulheres exige financiamento e implementação plena das agendas do Cairo e de Beijing. Falamos a pouco em captar a imaginação e a atenção do público e dos formadores de políticas públicas. Temos muito trabalho a fazer para convencer os líderes no campo do HIV/AIDS a investir seus recursos na ampliação do acesso e no reforço do fornecimento de preservativos, serviços de saúde reprodutiva e sexual e educação sexual que promova igualdade de gênero, empoderamento das mulheres e direitos humanos.

Em segundo lugar, precisamos aumentar o investimento estratégico do movimento em processos e estruturas globais, e, no mundo de hoje, isso significa a Declaração e Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Precisamos usar algum tempo para comentar os documentos de forma ponderada, ir a reuniões técnicas, fazer lobby junto aos governos, e tudo o que for preciso. Sabemos que, mais do que qualquer conferência da ONU dos anos 1990, o Cairo oferece o fundamento para os ODM. Basta ver os títulos dos capítulos do Cairo! Esses objetivos são hoje o destino partilhado pelo mundo todo, e o Cairo é o meio mais direto para atingi-los. As pessoas se preocupam porque o objetivo de saúde reprodutiva do Cairo não consta dos ODM, mas eu respondo que se conseguirmos que o plano global realize os ODM corretamente, os direitos e saúde reprodutiva e sexual terão sido a espinha dorsal do processo.

Por fim, e sempre vamos retomar esse ponto, precisamos aprofundar nosso compromisso mútuo e o compromisso com aqueles que representamos, como diz Sônia, simultaneamen-

te construindo novos aliados e rejuvenescendo nossos próprios movimentos. Feministas, demógrafos, planejadores familiares, serviços de saúde, ativistas da AIDS, defensores dos direitos humanos e líderes da juventude, todos querem menos mulheres morrendo e sofrendo com as complicações da gravidez, do HIV/AIDS, e da violência. Todos queremos que as crianças cresçam para serem adultos saudáveis e felizes. Todos sabemos que a sexualidade e o poder repositam no âmago do prazer e da dor. Em outubro de 2004, centenas de chefes de governo e outros atores globais assinaram uma Declaração de Líderes Mundiais apoiando a CIPD em seu décimo aniversário, pedindo financiamento pleno e priorização desse plano de ação histórico.\* Precisamos ajudar a tornar esse compromisso válido.

**Ros:** Quero voltar ao ponto levantado por Sonia quanto à importância de realizar os direitos e a saúde sexual e reprodutiva além dos documentos da ONU. Isso pode nos levar, não a uma conclusão, mas a novos pontos de partida. Um deles, sobre o qual já falamos, mas ainda merece comentário, é o das coalizões mais amplas. Se pensarmos nas forças poderosas, muitas vezes perniciosas, que operam no mundo de hoje, como os regimes econômicos neoliberais, o militarismo, as intervenções imperialistas e o fundamentalismo religioso, fica claro que todos envolvem uma violação massiva dos direitos reprodutivos e sexuais. O lado positivo dessas atrocidades (se é que há algum) é criar novas forças de oposição. Tenho em mente os defensores dos serviços de saúde, os profissionais de saúde e os consumidores que se opõem às privatizações e ao encolhimento dos serviços públicos; nos grupos de direitos humanos e antiguerra indignados diante das torturas sexuais no Iraque, Guantânamo e outras localidades,

\* [www.icpdleaderssatment.net](http://www.icpdleaderssatment.net)

e da doutrina de impunidade imperialista que as sanciona; nas minorias sexuais, trabalhadores do sexo, jovens, mulheres casadas e outros que sofrem as maiores indignidades por parte de definições fundamentalistas de pureza, hombridade, feminilidade e reprodução. Todos esses grupos são aliados importantes na luta pelo direito à integridade física. Mas isso significa que não podemos mais ver o corpo das mulheres como local exclusivo de abusos sexuais e reprodutivos, nem as mulheres como reclamantes exclusivas dos direitos sexuais e reprodutivos.

Precisamos reafirmar os documentos do Cairo e Beijing, evidentemente, mas também precisamos ir além deles.

### **Agradecimentos:**

Muito obrigado a Jennifer Kidwell da International Women's Health Coalition pelas importantes contribuições na transcrição e edição dessa mesa redonda. Também somos gratas pela revisão estimulante e compreensiva e os comentários de Asha George, Frances Kissling e Wanda Nowicka, que informam este trabalho.

**Resumo:** *Nesta mesa redonda, três experimentadas ativistas internacionais no campo dos direitos sexuais e reprodutivos discutem os desafios a serem enfrentados pelo movimento feminista de saúde da mulher depois de passada uma década da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento de 1994, no Cairo, e da Quarta Conferência Mundial sobre a Mulher de 1994, em Beijing. A discussão trata da natureza do contexto global de 1994 e 1995, e de como aquele contexto mudou à luz do crescente conservadorismo e da epidemia de HIV/AIDS. Elas refletem sobre os acertos e limitações da agenda do Cairo e sobre a importância estratégica de se adotar uma visão de longo prazo. Enfatizam especialmente a necessidade de fortalecer os sistemas de saúde no mundo todo, argumentando a favor de um uso melhor e mais voltado para as mulheres dos recursos existentes, e para a construção de coalizões mais amplas. Exploram os pontos em comum e as diferenças entre os grupos feministas de um lado, e as organizações médicas e de planejamento familiar de outro, bem como os modos de utilizar espaços de discussão como o Fórum Social Mundial. Dentre os pontos mais promissores internacionalmente incluem-se o crescimento do movimento de jovens pela saúde e direito sexual e reprodutivo, e a abertura para alianças com os ativistas de HIV/AIDS, os trabalhadores do sexo, as pessoas que convivem com o HIV/AIDS e as organizações de direitos humanos em torno dos direitos sexuais e corporais.*

## NOTAS DE PESQUISAS

# Recursos humanos

### **Pesquisas são necessárias para identificar estratégias eficazes de aprimoramento do desempenho de profissionais da saúde**

O desempenho inadequado de profissionais da saúde é um problema generalizado que surge de um intrincado complexo de fatores, incluindo nível de conhecimento, habilidades, salário, posição social, tipo de doença tratada, qualidade de instalações e corrupção. Especialmente em países de baixa e média renda, o fraco desempenho dos profissionais de saúde contribui para que as populações vulneráveis deixem de usar os serviços de saúde e, conseqüentemente, deixem de se valer de intervenções que podem salvar suas vidas. O desempenho inadequado precisa ser bem compreendido a fim de que se possa abordar a questão. Estudos sugerem que a mera disseminação de orientações escritas, muitas vezes, mostra-se ineficaz para melhorar o desempenho, enquanto a supervisão e a auditoria, em geral, são mais eficazes. Seminários de treinamento e oficinas têm resultados variados, mas são mais eficazes quando realizados com pequenos grupos, com foco em matéria específica e metodologia de ensino participativa. Intervenções com múltiplas facetas tendem a ser mais eficazes do que intervenções únicas, mas poucas intervenções foram adequadamente avaliadas quanto ao custo/benefício. É necessário mais pesquisa sobre os determinantes do desempenho e a eficácia das estratégias dese-

nhadas para aprimorá-lo. Tal pesquisa precisará ser traduzida em ações para melhorar o desempenho dos profissionais de saúde e, conseqüentemente, a saúde.<sup>1</sup>

1. Rowe, A. K., Savigny, D., Lanata, C. F., et al. How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings? [Review]. *Lancet* 2005; 366: 1026-35.

### **Desenvolvendo o papel da enfermeira de saúde sexual no Reino Unido**

As enfermeiras que trabalham em serviços especializados, como as clínicas de planejamento familiar do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, estão em situação ideal para adquirir bons níveis de habilidade e prática mas, no entanto, não há estrutura formal para esse processo. A enfermagem de saúde sexual como carreira poderia ser incentivada, dando mais proeminência aos serviços de saúde sexual em cursos técnicos de enfermagem, que poderiam ser seguidos por cursos oficiais dirigidos a enfermeiras não-especialistas que trabalham em atendimento à saúde em geral. Esses cursos permitiram às enfermeiras oferecer conselhos sobre contracepção, sexo seguro e contracepção de emergência, e encaminhar pacientes a serviços especializados apropriados. No nível mais elevado, as enfermeiras que trabalham em clínicas de planejamento familiar ou ISTs poderiam ser treinadas para levantar o histórico

sexual, fazer o exame de Papanicolau, e orientar sobre contracepção. Cursos profissionais mais avançados e estudos de graduação as habilitariam a oferecer uma gama completa de serviços, incluindo aconselhamento para a menopausa, inserção de contraceptivos hormonais e intra-uterinos, avaliação e manejo de ISTs, tratamento e cuidados do HIV, e avaliação, apoio e orientação para problemas psicosssexuais. A implementação desse tipo de treinamento requer um realinhamento dos papéis tradicionais de médico e enfermeira, programas de treinamento devidamente oficializados, dirigidos por instituições educacionais, mas administrados no ambiente clínico, e o envolvimento de médicos no treinamento das enfermeiras no ambiente de trabalho.<sup>1</sup>

---

1. Campbell, P. Developing the role of the specialist nurse in contraception and sexual health services. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 2005; 31 (1): 49-50.

### **Os recursos humanos não são o único fator que afeta a saúde materna**

A atenção à saúde materna depende de todo o sistema de saúde. Estudos de caso de quatro diferentes sistemas de saúde (Bangladesh, Rússia, África do Sul e Uganda) foram usados para definir que aspectos do sistema de saúde afetam a saúde materna. O mais importante são as estruturas de recursos humanos, a combinação público-privado de prestadores de serviço e o impacto das reformas do setor de saúde. A disponibilidade e a facilidade de acesso a atendentes treinadas para assistir ao parto é uma medida-chave de recursos humanos no setor da saúde materna, mas não há uma correlação absoluta entre atendentes treinadas para assistir ao parto e seus bons resultados. Uganda tem o triplo de atendentes treinadas em relação a Bangladesh (39% x 12%), mas sua taxa de

mortalidade materna é ligeiramente mais alta (505 mortes comparadas a uma estimativa de 322 a 440 em Bangladesh). Isso pode ser reflexo das diferenças na quantidade de médicos à disposição para cuidar de complicações (em maior quantidade em Bangladesh) ou na qualidade e acesso a serviços de emergência (menor em Uganda). Esse tipo de desencontro entre recursos humanos e prognósticos também se constata no caso da Rússia e da África do Sul, onde a assistência ao parto é grande, mas os prognósticos são piores do que o esperado devido à falta de diagnóstico, monitoramento e qualidade dos serviços. Assim, ter uma força de trabalho treinada é apenas a primeira fase da tarefa para garantir bons prognósticos de saúde materna.<sup>1</sup>

---

1. Parkurst, J. O., Penn-Kekana, I., Blaauw, D., et al. Health systems factors influencing maternal health services: a four-country comparison. *Health Policy* 2005; 73: 127-38.

### **Recursos humanos e exigências técnicas para alcançar as Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDM)**

São cinco as abordagens possíveis para estimar as necessidades de recursos humanos na área da saúde: estimativa com base em necessidades, estimativa com base em demanda ou utilização atual, proporção entre profissionais de saúde e população, metas de serviço para resultados específicos, identificação de necessidades de serviço com base em perfis epidemiológicos e demográficos, e metas programáticas. Três MDMs abordam questões de saúde: reduzir a mortalidade infantil, melhorar a saúde materna e combater o HIV, a malária e outras doenças. Para estimar a necessidade de recursos humanos em relação às intervenções prioritárias de saúde nessas três áreas, devemos considerar a possibilidade de integrar as três abordagens.

Será preciso abranger as tarefas administrativas, gerenciais e operacionais em nível nacional, estadual e local para ver se as habilidades podem ser combinadas, oferecendo alternativas onde alocar tarefas e funções específicas. Será preciso fazer uma análise da distância entre o que se requer para atingir as metas de cada programa, em termos de força-tarefa de saúde, e o que já existe nos países – embora a falta de dados sobre o contingente de trabalhadores da saúde em diversas regiões possa limitar essa abordagem. O objetivo é a elaboração de estratégias setoriais integradas que respondam mais eficazmente aos problemas prioritários de saúde e às limitações de recursos humanos advindas de objetivos programáticos conflitantes.<sup>1</sup>

É de vital importância reduzir a complexidade técnica das intervenções para atingir as MDMs no tocante à saúde. O presente trabalho sugere uma estrutura conceitual para a análise das intervenções segundo o grau de complexidade técnica e a importância de considerar a capacidade institucional em relação à viabilidade de uma intervenção. O marketing social do preservativo é usado para ilustrar essa análise. Ele abrange detalhes de design básico do produto, suprimento e equipamento; instalações, recursos humanos, comunicação e transporte para entrega da intervenção; regulamentação e legislação, sistemas de gerenciamento e ação colaborativa referentes às exigências governamentais; facilidade de uso, demanda anterior e risco de mercado negro em relação às características de uso. Essa análise objetiva promover uma melhor compreensão das limitações do aumento da escala, ajudando a determinar como sanar a distância entre a complexidade de uma intervenção e a capacidade de implementá-la.<sup>2</sup>

Algumas das principais limitações à melhoria da prestação de serviços foram identificadas através de revisões feitas por iniciativas globais na área da saúde, mas essas revisões se concentraram principalmente nas limitações do siste-

ma governamental. Cada vez mais se reconhece a necessidade de examinar também as questões do setor privado, devido à proporção das despesas adicionais com saúde e do crescimento desse setor. Outro conjunto de limitações pouco examinado é o ambiente político em geral, a instabilidade e a qualidade da governança, que podem representar restrições ainda maiores do que a falta de recursos. As estratégias específicas de cada serviço para fortalecer o sistema de saúde não conseguirão, sozinhas, produzir as melhorias necessárias para atingir as MDSs. O funcionamento do sistema de saúde em si mesmo precisa ser a preocupação central, assim como colocar os conhecimentos em prática.<sup>3</sup>

1. Dreesch, N., Dolea, C., Dal Poz, M. R., et al. An approach to estimating human resource requirements to achieve the Millennium Development Goals. *Health Policy and Planning* 2005; 20 (5): 267-76.
2. Gericke, C. A., Kurowski, C., Ranson, M.K., et al. Intervention complexity – a conceptual framework to inform priority-setting in health. *Bulletin of World Health Organization* 2005; 83 (4): 285-93.
3. Travis, P., Bennett, S., Haines, A. et al. Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals. *Lancet* 2005; 364: 900-06.

### **Médicos e enfermeiras migrantes**

Países de baixa renda produzem entre 40 e 70% dos graduados em medicina do mundo, que por sua vez constituem entre 23 e 28% dos médicos dos Estados Unidos, Reino Unido, Canadá e Austrália. Somente em três dos 26 países remanescentes da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (Nova Zelândia, Suíça e Noruega) é que os graduados em medicina estrangeiros constituem mais de 10% da força-tarefa na área da medicina. Assim, depender de médicos formados em outros países



não é característica universal dos países ricos. As principais fontes internacionais de graduados em medicina são a Índia, o Paquistão e as Filipinas. O Reino Unido, o Canadá e a Austrália dependem em grande parte da África do Sul, enquanto que os Estados Unidos dependem das Filipinas. Nove dos vinte países com os maiores índices de emigração estão na África Subsaariana ou no Caribe. Embora os países de baixa renda se beneficiem com a exportação de médicos, sua capacidade de responder à infecção por HIV e outras preocupações urgentes de saúde diminui.<sup>1</sup>

Hoje, nos Estados Unidos, 126 mil cargos de enfermagem estão vagos e as matrículas nos cursos de enfermagem estão diminuindo. A crescente demanda por enfermeiras, parcialmente causada pela carência, tem levado ao esgotamento precoce e cerca de 20% das enfermeiras se aposentam mais cedo. Estima-se que em 2020 haverá uma carência de um milhão de enfermeiras. Os Estados Unidos e o Reino Unido vêm recrutando enfermeiras em outros países há mais de uma década. O Reino Unido traz um grande contingente de enfermeiras dos países que foram suas colônias na África: Botswana, Gana, Malawi, Nigéria, Quênia, África do Sul, Zâmbia e Zimbábue. Esses são alguns dos países mais duramente castigados pela epidemia de HIV. Ironicamente, os Estados Unidos e o Reino Unido dão fundos para custear o tratamento da AIDS, mas levam embora as enfermeiras que poderiam prestar esses serviços. Desde 2001, foram registradas sete mil enfermeiras no Reino Unido<sup>2</sup>, e ali existem dezoito vezes mais médicos do que em Gana.<sup>3</sup>

Embora seja pueril querer confinar os profissionais de saúde aos países onde foram educados, é fato que perder profissionais reduz a sustentabilidade das infra-estruturas de saúde a longo prazo. Uma redução dos fatores que “puxam” de um lado e dos que “empurram” de outro é necessária, fazendo-se maiores investimentos

no setor de saúde, melhorando as condições de trabalho, aumentando a satisfação no emprego e dando oportunidades de desenvolvimento profissional. Os países desenvolvidos precisam pensar na falta de médicos e enfermeiras no contexto desse problema global.<sup>2</sup>

A migração de pessoal médico também tem implicações éticas. Os países africanos precisam o equivalente a, pelo menos, mais um milhão de trabalhadores em saúde para conseguir oferecer os serviços básicos condizentes com as MDMs. Os países precisam ser capazes de treinar, reter e sustentar sua força de trabalho. Além de agir no âmbito nacional para melhorar as condições de trabalho e revitalizar a educação, será preciso prover assistência financeira e técnica no âmbito global.<sup>3</sup> Os países precisam harmonizar suas políticas de saúde domésticas e globais indo em direção à sustentabilidade e ao treinamento profissionalizante.<sup>1-3</sup>

1. Mullan, F. The metrics of the physician brain drain. *New England Journal of Medicine* 2005; 353 (17): 1810-52.
2. Chaguturu, S., Vallabhaneni, S. Aiding and abetting – nursing crises at home and abroad. *New England Journal of Medicine* 2005; 353 (17): 1761-63.
3. Chen, L. C., Boufford, J. I. Fatal flaws – doctors on the move. *New England Journal of Medicine* 2005; 353 (17): 1850-52.

### **A crise não gerenciada de migração de profissionais de saúde**

Esse trabalho do *Lancet* incita os países desenvolvidos e a OMS a chegarem a um consenso quanto aos critérios para metas mínimas de educação em saúde para todos os países desenvolvidos, a fim de que a perda contínua de profissionais de saúde desses países possa ser controlada.<sup>1</sup> Para tanto, é preciso, em primeiro lugar, diminuir a demanda por trabalhadores estrangeiros. Acordos voluntários nesse sentido

são insuficientes. Os países ricos têm recursos para treinar quantos profissionais de saúde quiserem. Lançar mão de tais profissionais de países mais pobres é o mesmo que furta. Em segundo lugar, é preciso abordar as questões que fazem os países desenvolvidos atraentes, por exemplo, facilitando acordos de cooperação entre o Reino Unido e instituições africanas para oferecer oportunidades de treinamento em nível de pós-graduação e desenvolvimento de carreira. Essas iniciativas precisam ser incentivadas e apoiadas pelos governos.<sup>2</sup>

Na África do Sul, a nova ênfase no sentido de desenvolver o atendimento primário de saúde levou à negligência dos hospitais do país, que eram anteriormente vistos como um patrimônio importante em termos de excelência clínica e oportunidade de ensino. Os médicos que trabalham no setor público, que possuem educação médica de alta qualidade, enfrentam difíceis condições de trabalho e a impossibilidade de tratar adequadamente os pacientes, e muitos estão emigrando.<sup>3</sup> Na Gâmbia, a solução principal para a migração médica é dar aos profissionais motivos para ficar no país. A oportunidade de clinicar com eficácia teria um ótimo resultado em termos de levantar o moral.<sup>4</sup> Cerca de 85% das enfermeiras formadas nas Filipinas trabalham em outros países, deixando o país numa séria carência. Diante da alta taxa de mortalidade infantil nas Filipinas, o governo faria bem em investir em seu próprio setor de saúde pública em vez de tratar as enfermeiras como recurso para obter moeda estrangeira.<sup>5</sup>

1. Eastwood, J. B., Conroy R.E., Naicker, S. et al. Loss of health professionals from sub-Saharan Africa: the pivotal role of the UK. *Lancet* 2005; 365 (9474): 1893-1900.
2. Migration of health workers [Editorial]. *Lancet* 2005; 365 (9474): 1825.
3. Farham, B. Migration of health professionals

[Correspondence]. *Lancet* 2005; 366: 199.

4. Howie, S., Adegbola, R., Corrah, T. Migration of health professionals [Correspondence]. *Lancet* 2005; 366: 200.
5. Kudo, K. Migration of health professionals [Correspondence]. *Lancet* 2005; 366: 200.

### **Brasil e Peru consultam o povo para definir agenda de saúde**

Em dezembro de 2004, na costa norte do Peru, foi realizado um referendo em que mais de 123 mil pessoas disseram que questões de saúde consideravam prioritárias, incluindo a saúde materna. Referendos foram realizados também em três outras regiões, incluindo zonas florestais de difícil acesso. As autoridades estão incorporando essas informações a um plano quinquenal. No Brasil, ao longo de 2003 e 2004, foi desenvolvida uma abrangente agenda de pesquisa em saúde com base no aporte de centenas de reuniões realizadas no país inteiro. O objetivo nos dois casos é o de criar uma agenda de saúde mais dirigida às necessidades da população. Como resultado, as atenções têm se voltado para algumas doenças no Peru, e estudos sobre ameaças como a doença de Chagas no Brasil, que afeta entre dezesseis e dezoito milhões de latino-americanos têm sido realizados. Cerca de cem mil pessoas no Brasil trabalham em cinco mil conselhos municipais de saúde, 27 conselhos estaduais de saúde, e no Conselho Nacional de Saúde. O Ministério da Saúde propôs uma agenda para discussão em seu site na internet e quinze mil pessoas responderam. Cerca de 1400 propostas foram enviadas, das quais 402 já tinham financiamento. Embora a participação popular já fosse parte do sistema político brasileiro, no Peru, o exercício foi uma experiência nova e chamou a atenção das autoridades para questões de saúde que vão além do setor de saúde pública, como o fornecimento de água, a água servida, e a saúde mental.<sup>1</sup>

- 
1. Braine, T. Brazil and Peru pool views of their people to set health agenda [Notícia]. Bulletin of World Health Organization 2005; 83 (7): 485-86.

### **Salvador Allende e o nascimento da medicina social latino-americana**

Salvador Allende, ex-presidente do Chile, foi patologista e clinico durante as décadas de 1920 e 1930. Nesse período, a medicina social floresceu no país, em parte como resposta às exigências do movimento trabalhista. Em 1939, como Ministro da Saúde do governo popular recém-eleito, Allende escreveu sobre as relações entre estrutura social, doença e sofrimento, e as condições sociais do subdesenvolvimento, da dependência internacional e os efeitos da dívida externa. Ele argumentou que as condições sanitárias precárias e a subnutrição eram as maiores causas de morte materna e infantil evitáveis. E

também foi um dos primeiros a escrever sobre aborto ilegal e suas complicações. Como senador eleito em 1950, introduziu a legislação que criou o Serviço Nacional de Saúde do Chile, o primeiro do gênero nas Américas a garantir acesso gratuito aos seus serviços. Além disso, Allende uniu a reforma na saúde aos esforços para atingir uma distribuição de renda mais equitativa, estabilidade no emprego, melhores condições de moradia e nutrição, além de promover a diminuição do poder das multinacionais no país. A visão política de Allende enfocou as fontes principais dos problemas de saúde dentro das estruturas sociais, compreendendo que a intervenção médica sem ação política seria um engano.<sup>1</sup>

- 
1. Waitzkin, H. Commentary: Salvador Allende and the birth of Latin American social medicine. International Journal of Epidemiology 2005; 34 (4); 739-41.

## NOTAS DE PESQUISAS

### HIV/AIDS

#### **A gravidez aumenta o risco de contrair o HIV, independentemente de outros fatores: um estudo de caso na Uganda**

O risco de contrair o HIV durante a gravidez é duas vezes maior do que em outras situações. Um estudo realizado em Uganda entre 2188 mulheres grávidas, sexualmente ativas e soronegativas, comparadas a 2887 mulheres em período de amamentação e 8473 controles do estudo mostrou ser claramente improvável que o aumento da incidência de HIV seja causado por comportamentos sexuais de risco, já que as mulheres grávidas e seus parceiros homens relataram ter menos parceiros sexuais do que outros grupos. O uso de preservativos era menor entre o grupo de mulheres grávidas, como também o número de sintomas de úlceras genitais, um conhecido fator predisponente para a infecção por HIV. Portanto, é provável que as mudanças hormonais que afetam a mucosa genital sejam responsáveis pelo aumento do risco de infecção pelo HIV durante a gravidez. Essa constatação afeta as abordagens usadas para evitar novas infecções em mulheres e para reduzir a transmissão vertical do HIV. Assim, como parte da estratégia para proteger as mulheres soronegativas, é preciso informar as mulheres grávidas sobre o aumento do risco de infecção durante a gestação. O teste para HIV deve ser realizado no início e no final da gravidez devido ao aumento do risco de infecção e para detectar uma gravidez com alto risco de transmissão vertical do HIV. Anteriormente, foi sugerido que o tes-

te de HIV durante a gravidez deveria ser abandonado em favor da terapia anti-retroviral universal. Contudo, essa abordagem negligencia a oportunidade de prevenir novas infecções.<sup>1,2</sup>

- 1.Gray, R. H., Li, X., Kigozi, G., et al. Increased risk of incident HIV during pregnancy in Rakai, Uganda: a prospective study. *Lancet* 2005; 366: 1182-88.
- 2.McIntyre, J. A. Sex, pregnancy hormones, and HIV. [Comment] *Lancet* 2005; 366: 1141-42.

#### **Terapia anti-retroviral para mães reduz a transmissão de HIV pelo leite materno**

Vários estudos comprovaram que a terapia anti-retroviral em mães soropositivas para o HIV reduz a transmissão vertical durante a gravidez e o parto, mas há poucos estudos comparando os riscos relacionados às diferentes terapias anti-retrovirais. Um estudo em Botsuana mostrou que a maioria (88%) das mulheres que ingerem uma terapia tripla apresentou cargas virais de RNA no leite materno abaixo de 50 cópias/ml, comparados a apenas 36% das mulheres que tomam apenas zidovudina. Estatisticamente significativa, essa diferença mostra que a terapia anti-retroviral suprimiu a carga de HIV ativamente replicante, embora não tenha afetado a carga de HIV não replicante.<sup>1</sup>

Há poucas informações sobre a hipótese dessa terapia ser capaz de reduzir também o risco de infecção durante a amamentação. Acredita-se

que a amamentação seja responsável por cerca de 40% da transmissão vertical do HIV. Uma investigação recente em vinte mulheres de Botsuana que recebiam terapia anti-retroviral mostrou que as concentrações no leite materno de nevirapina, lamivudina e zidovudina eram respectivamente 0,7; 3,3; e 3,2 vezes maiores do que a concentração sérica. A concentração sérica nos bebês mostrou que eles estavam recebendo doses de nevirapina bem maiores do que os níveis terapêuticos, mas somente 5% da concentração terapêutica de lamivudina. Todos os bebês tomavam zidovudina profilática, e isso fez com que fosse impossível detectar a quantidade de zidovudina vinda do leite materno. Os bebês que tomam drogas anti-retrovirais em doses muito altas e variáveis podem sofrer conseqüências benéficas ou adversas. A infecção pelo HIV pode ser reduzida, mas também há possibilidade de que um nível inferior ao ideal dessas drogas possa produzir resistência ou mutações. Há também o risco de toxidez para os bebês, especialmente para os que recebem terapia anti-retroviral específica.<sup>2,3</sup>

1. Shapiro, R. I., Ndung'u, T., Lockman, S. et al., Highly active antiretroviral therapy started in pregnancy or postpartum suppresses HIV-1 RNA but not DNA in breast milk. *Journal of Infectious Diseases* 2005; 2: 713-19.
2. Shapiro, R. I., Holland, D. T., Capparelli, E., et al. Antiretroviral concentrations in breast-feeding infants of women in Botswana receiving antiretroviral treatment. *Journal of Infectious Diseases* 2005; 192: 720-27.
3. Bulterys, M., Weidle, P. J., Abrams, E. J. et al. Combination antiretroviral therapy in African nursing mothers and drug exposure in their infants: new pharmacokinetic and virologic findings. *Journal of Infectious Diseases* 2005; 192:709- 12.

### **Terapias anti-retrovirais para prevenção de infecção por HIV dos bebês: estudo de caso na África do Sul**

Os programas de prevenção da transmissão materno-infantil do HIV (PPTMI) poderiam ser a principal porta de entrada para os cuidados e tratamentos relacionados ao HIV para milhões de mulheres infectadas, mas a cobertura desses programas e a adoção de serviços na África do Sul continuam limitadas. O fornecimento de drogas anti-retrovirais para mães e bebês é uma intervenção fundamental para evitar a infecção de recém-nascidos pelo HIV. Evidências recentes reforçam o uso de terapias de combinação, especialmente zidovudina de curta duração e dose única de nevirapina, que são terapias simples e altamente eficazes, capazes de reduzir drasticamente a transmissão perinatal do HIV. No entanto, a introdução desse tratamento em larga escala tem sido problemática. Os PTMI deveriam ser implementados como parte integrante dos serviços de saúde materna e infantil.<sup>1</sup> Um estudo da eficácia de programas de PTMI distritais na África do Sul demonstrou a viabilidade e eficácia de um programa de PTMI de larga escala no ambiente urbano. Uma amostragem consecutiva de 658 pares mãe-filho foi identificada para matrícula, dos quais 535 foram depois incluídos, e 410 receberam intervenções de PTMI eficazes. Leite em pó para bebês foi oferecido às mães que escolhem não amamentar; a adesão foi relatada como sendo alta, mas não quantificada, e 24% dos bebês nasceu através de parto cesáreo. A taxa de transmissão materno-infantil foi de 8,8%, e está de acordo com taxas encontradas para regimes similares ou iguais.<sup>2</sup>

1. Ekpini, R. E., Gilks, C. Antiretroviral regimens for preventing HIV infections in infants. *Bulletin of World Health Organization* 2005; 83 (7): 483-484.
2. Coetzee, D., Hildebrand, K., Boule, A., et

al. Effectiveness for the first district-wide programme for the prevention of mother-to-child transmission of HIV in South Africa. *Bulletin of World Health Organization* 2005; 83 (7): 489-494.

### **A concepção assistida para casais discordantes para o HIV é eticamente aceitável: estudo de caso na Europa**

No mundo desenvolvido, as técnicas de reprodução assistida são oferecidas a casais discordantes para o HIV por um dos seguintes motivos: para reduzir o risco de transmissão de HIV ao outro parceiro e/ou à criança, ou como opção oferecida a todos os casais inférteis. As considerações éticas envolvidas no oferecimento desse tipo de assistência apontam para o conflito entre dois princípios éticos: o respeito pela autonomia dos indivíduos soropositivos para o HIV em decidir sobre sua reprodução versus o princípio de beneficência expresso pela preocupação com o bem-estar da criança. No mundo desenvolvido, a possibilidade de uma vida estável e saudável para a criança nascida de genitor(es) soropositivo(s) está melhorando gradualmente. Inicialmente, a expectativa de vida das pessoas infectadas por HIV era de treze anos a partir da data da infecção, e os sintomas apareciam cerca de oito anos depois dessa ocasião. O quadro melhorou muito com a terapia anti-retroviral. Contudo, é muito cedo para medir a probabilidade aumentada de que os pais conseguirão acompanhar seus filhos até se tornarem adultos. Nos países desenvolvidos, a transmissão vertical do HIV de uma mãe soropositiva é menor do que 3%, e o uso de esperma lavado ou de injeção de esperma intracitoplasmático nos casos de um pai soropositivo significam que a probabilidade de infectar a criança é bem menor do que antes. Assim, se certas precauções forem tomadas, a assistência médica para a concepção entre pessoas com HIV é eticamente aceitável. No entanto, a conclusão de que apenas os casais

concordantes para o HIV devem ser considerados para esse tipo de assistência atualmente, defendida pela Força Tarefa em Ética e Legislação da Sociedade Européia de Reprodução Humana e Embriologia (ESHRE), foi desafiada por outros grupos.<sup>1-3</sup>

1. Shenfield, F., Pennings, G., Cohen, J., et al., para: ESHRE Ethics and Law Task Force. Taskforce 8: ethics of medically assisted fertility treatment for HIV positive men and women. *Human Reproduction* 2004; 19 (11): 2454-56.
2. Taylor, G. P. Ethics of assisted reproduction for HIV concordant couples [carta]. *Human Reproduction* 2005; 20 (5); 1430.
3. Pennings, G. para ESHRE Task force. Resposta [carta] *Human Reproduction* 2005; 20 (5); 1430-31.

### **HIV e o impacto da condição de órfão nos adolescentes da África Subsaariana**

Na medida em que os adultos infectados por HIV morrem na África Subsaariana, deixam para trás cada vez mais órfãos e crianças vulneráveis. O impacto da morte dos genitores sobre as crianças e seus efeitos de longo prazo, que surgem à medida que elas se tornam adultas, estão ainda começando a ser avaliados. Em Uganda, a prevalência de órfãos entre 0 e 14 anos, definida pela perda de um ou ambos os genitores, foi estimada em 23% para crianças de pais com HIV, comparada a 8% para crianças de pais sem HIV. A incidência anual de crianças órfãs foi de 8% entre crianças com ao menos um genitor soropositivo, quase vinte vezes maior do que a probabilidade de uma criança de pais soronegativos. Para o indivíduo, o risco de ficar órfão aumenta significativamente com o aumento da idade do filho e da mãe. Contudo, em termos populacionais, tornar-se órfão é uma probabilidade maior para as crianças mais novas (de 0 a 4 anos) de mães mais

jovens (menores de 25 anos). Assim, a infecção dos pais aumenta significativamente a incidência de órfãos.<sup>1</sup>

Hoje, mais da metade dos órfãos da AIDS na África Subsaariana estão com dez a quinze anos de idade. Um estudo realizado em Uganda, entre 123 órfãos da AIDS e 110 crianças de lares intactos, todas entre os dez e quinze anos de idade, usou um questionário padrão para avaliar o impacto psicológico da condição de órfão. Embora indicadores como a fome, problemas de saúde e frequência escolar fossem similares para os dois grupos, os órfãos da AIDS mostraram maior risco para níveis mais elevados de ansiedade (OR=6,4), depressão (OR=6,6) e raiva (OR=5,1). O estudo não comparou esses órfãos com aqueles que ficaram órfãos por outros motivos, e, portanto, não avaliou se a AIDS foi responsável pelo estresse psicológico adicional, quando comparado a outros motivos. No entanto, esse resultado é importante por causa do grande número de crianças envolvidas em toda a África e porque as crianças deprimidas têm mais probabilidade de se tornar adultos deprimidos.<sup>2</sup> Um estudo realizado no Zimbábue, entre órfãos ligeiramente mais velhas e crianças vulneráveis (quinze a dezoito anos de idade), mostrou que elas tinham uma prevalência mais alta de HIV, mais experiência sobre infecções sexualmente transmitidas e um maior índice de gravidez. Órfãos de mãe e aqueles com um genitor infectado tinham mais probabilidade de não ter recebido educação de nível médio, tornando-se sexualmente ativos ou se casando. Esses indicadores estão associados à pouca saúde reprodutiva, e muitos poderiam ser evitados por alguns anos de educação de nível médio para o grupo vulnerável, talvez desacelerando o ciclo da doença. Os órfãos de pai e crianças vulneráveis da mesma idade não mostraram essas associações.<sup>3</sup>

1. Makumbi, F. E., Gray, R. H., Serwadda, D., et al. The incidence and prevalence of or-

phanhood associated with parental HIV infection: a population-based study in Rakai, Uganda. *AIDS* 2005; 19 (15): 1669-76.

2. Arwine, B., Cantor-Grase, E., Bajaunirwe, F., Psychological distress among AIDS orphans in rural Uganda. *Social Science and Medicine* 2005; 61: 555-64.

3. Gregson, S., Nyamukapa, C. A., Garnett, G. P., et al. HIV infection and reproductive health in teenage women orphaned and made vulnerable by AIDS in Zimbabwe. *AIDS Care* 2005; 17 (7): 785-94.

### **Vulnerabilidade de trabalhadores do sexo migrantes na Europa**

Nas últimas décadas, o contexto da prostituição na Europa mudou consideravelmente. A indústria do sexo teve uma expansão rápida, e hoje existe uma minoria de trabalhadores do sexo locais, com uma maioria migratória em muitos países, sendo que os criminosos locais e estrangeiros controlam o mercado. A migração de trabalhadoras do sexo cresceu pela Europa central e do oeste desde a expansão da União Européia em 2004. Em geral, os trabalhadores do sexo migrantes são menores de idade e muito vulneráveis. São freqüentemente alvo de tráfico, cafetinagem, perseguição pela falta de vistos de residência, dependência de drogas, e são vistos como criminosos, e obrigados a trabalhar em ambientes violentos e abusivos, e impedidos de praticar sexo mais seguro. No entanto, a reação dos governos se mostra cada vez mais repressiva. A Rede Européia para Prevenção de HIV/ISTs e Promoção da Saúde entre Trabalhadores do Sexo Migrantes oferece serviços para trabalhadores do sexo, incluindo intervenções relativas ao HIV/ISTs, promoção da saúde em geral, uma abordagem de direitos humanos com relação à prostituição, migração e tráfico. Ações avançadas incluem os trabalhadores do sexo e seus parceiros, donos de estabelecimentos de trabalho sexual, a polícia e o judiciário, a mídia,

políticos e formadores de políticas públicas. O trabalho avançado na rua e em outros locais deve ser sistemático, freqüente e intensivo a fim de criar relações de confiança. Não deve incluir apenas distribuição de preservativos, lubrificantes e informação, mas também assistência psicossocial e legal, cursos de idioma, serviços de saúde, proteção contra a violência, estratégias de redução dos abusos, e defesa dos direitos dos trabalhadores do sexo.<sup>1</sup>

---

1. Morgan Thomas, R., Brussa, I., Munk, V., et al. Female migrant sex workers: at risk in Europe. Em: Matic, S., Lazarus, J. V., Donoghoe, M. C., editores. HIV/AIDS in Europe Moving from Death Sentence to Chronic Disease Management. Copenhagen: WHO Europe, 2006.

### **Morte prematura como principal razão para a prevalência decrescente de HIV em Uganda**

Um estudo ainda não publicado, apresentado na 12ª Conferência sobre Retro-vírus e Infecções Oportunistas, sugere que a prevalência decrescente de HIV em Uganda pode ser resultado do crescente uso de preservativos e da morte prematura por doenças relacionadas à AIDS, em vez do comportamento de abstinência e fidelidade. Esses resultados se baseiam em entrevistas e exames de sangue colhidos entre dez mil pessoas de quinze a 49 anos, residentes em 44 vilas no distrito de Rakai (cerca de 85% dos habitantes desse grupo etário), entre 1994 e 2003. Nesse período, o número de homens que relatou ter dois ou mais parceiros aumentou de 28% para 35%, enquanto que o número de adolescentes sexualmente inativos diminuiu de 60 para 50% (embora o número de moças sexualmente inativas tenha permanecido igual, cerca de 30%). Embora a prevalência de HIV tenha diminuído tanto para homens quanto para mulheres, a incidência de novas infecções

cresceu. Os pesquisadores concluíram que o único fator revelante para a prevalência decrescente de HIV é a morte prematura.<sup>1</sup>

---

1. Condom use or abstinence. SAfAIDS News 2005; 11 (1): 8-9.

### **Promovendo a igualdade de gênero entre rapazes: estudo de caso na Índia**

Em Mumbai, Índia, depois de uma pesquisa formativa com rapazes em comunidades de baixa renda sobre as relações entre gênero, masculinidade, sexualidade e riscos de saúde, várias intervenções foram criadas. Estas incluíam um currículo para educação de grupos e treinamento de educadores-pares. Vários métodos de pesquisa foram utilizados para medir a viabilidade, a aceitabilidade e o impacto da intervenção. A escala de Homens Igualitários em relação ao Gênero, desenvolvida pela Horizons e PROMUNDO, foi usada para aferir as mudanças de atitude em relação às normas de gênero. Um homem igualitário foi definido como sendo aquele que: 1) apóia relacionamentos baseados no respeito, igualdade e intimidade em vez de conquista sexual; 2) é um pai envolvido, financeiramente e em termos de participação e cuidados; 3) responsabiliza-se pela saúde reprodutiva, incluindo a prevenção de doenças, e 4) opõe-se à violência contra o parceiro íntimo. Quase a totalidade dos 126 rapazes recrutados participou de forma consistente do projeto de seis meses, que incluiu uma semana de atividades educativas grupais, e, depois, sessões semanais de duas a três horas, mostrando grande interesse no conteúdo. Inicialmente, eles estavam mais interessados em informação sobre biologia, sexo e HIV, mas, depois, começaram a se envolver e discutir atitudes de gênero, violência sexual e dinâmica do poder. Também passaram da negação das normas existentes e suas relações com o risco para aceitação e interesse pela forma de mudar as mesmas, mudando de atitudes de



gênero desiguais para atitudes mais igualitárias. Os relatos espontâneos sobre ter molestado garotas diminuíram e registrou-se também uma tendência ao uso mais freqüente de preservativos com parceiras casuais e trabalhadoras do sexo. Os próximos passos envolvem o trabalho com grupos maiores de rapazes em Mumbai, Goa e Uttar Pradesh.<sup>1</sup>

---

1. Verma, R., Pulerwitz, J., Mahendra, V. S., et al. Promoting gender equity among young men. Positive experiences of the Yari-dosti project in India. *Sexual Health Exchange* 2005; 2: 5-6

### **Racionamento de tratamento anti-retroviral: implicações éticas e para a equidade**

O crescente compromisso global em prover a terapia anti-retroviral (TARV) ainda não se traduz na disponibilidade do tratamento. Essa situação provoca dilemas éticos em relação a quem deve ter acesso aos programas TARV financiados por propaganda. O presente trabalho revê os critérios de elegibilidade usados em estudos de caso de quatro países: México, Senegal, Tailândia e Uganda, em diferentes momentos da disponibilização de TARV. O objetivo foi evidenciar as abordagens éticas e relativas à equidade no que diz respeito ao racionamento. As categorias de critérios de racionamento explícito incluem fatores biomédicos, adesão ao tratamento, fatores relativos à prevenção, benefícios sociais e econômicos, fatores financeiros e éticos. Os critérios iniciais para determinar elegibilidade são critérios clínicos típicos e avaliação de perspectivas de adesão. A fim de garantir que os critérios de racionamento explícito reflitam valores sociais, os autores sustentam que uma consulta generalizada a todos os interessados, inclusive formadores de políticas públicas e médicos, mas não apenas estes, seja vital para assegurar o acesso equitativo. Monitorar quem

tem acesso a esses programas também é fundamental. Entre os pacientes considerados como prioritários em Uganda estão as mães que haviam participado anteriormente de programas de prevenção da transmissão materno-infantil. Esse critério não foi escolhido apenas para recompensar aqueles que procuram diagnóstico e participam das estratégias de prevenção, mas porque seria errôneo negar às mães a continuação do tratamento depois de darem à luz, além de ser essencial prevenir o aumento ainda maior do número de órfãos da AIDS. Os casos de profilaxia pós-exposição para trabalhadores da saúde e vítimas de estupro também foram priorizados. Nos outros três países, critérios bem diferentes foram aplicados e as mulheres não foram priorizadas da mesma forma.<sup>1</sup>

---

1. Bennett, S., Chanfreau, C., Approaches to rationing antiretroviral treatment: ethical and equity implications. *Bulletin of World Health Organization* 2005; 83 (7): 541-47

### **Anormalidade cervical em mulheres com e sem HIV: prevalência e fatores de risco**

Nos países em desenvolvimento, muitas vezes, as mulheres chegam aos serviços de saúde com câncer cervical avançado, embora isto seja evitável por meio de exame periódico e tratamento precoce. O estudo identifica a prevalência e fatores de risco para discariose cervical entre duzentas mulheres com e sem HIV no Zimbábue. A prevalência geral de discariose cervical foi alta (19%) e significativamente mais alta em mulheres com HIV (30%), comparada com 13% para mulheres soronegativas, e apresentando um pico entre as mulheres soropositivas mais jovens. Fatores associados com a displasia cervical incluíam o uso de ervas via intravaginal, limpeza intravaginal, ser solteira, ter histórico de três ou mais parceiros sexuais e ISTs anteriores. A alta freqüência de anormalidade cervical requer a implementação de programas

de exame periódico, educação para a saúde<sup>1</sup> e disseminação de preservativos.

---

1. Mbizvo, E. M., Msuya, S. E., Stray-Pedersen, B., et al. Cervical dyskariosis among women with and without HIV: prevalence and risk factors, *International Journal of STD and AIDS* 2005; 16 (12): 789-93.

### **A circuncisão masculina diminui o risco de transmissão do HIV da mulher para o homem**

Em julho de 2005, pesquisadores franceses anunciaram que a circuncisão masculina reduz o risco de transmissão do HIV da mulher para o homem em 65%. Ela teria evitado seis ou sete entre dez infecções potenciais no período de 21 meses do estudo. O estudo foi conduzido na África do Sul e incluiu mais de 3273 homens saudáveis e sexualmente ativos entre dezoito e 24 anos de idade da zona rural, onde cerca de 32% das mulheres são soropositivas para o HIV. Cerca de metade dos homens foram circuncidados por profissionais médicos com anestesia local, e o restante não foi circuncidado. Todos os participantes receberam intenso aconselhamento sobre sexo seguro e o uso de preservativos. Dezoito homens circuncidados e 51 não-circuncidados tornaram-se soropositivos ao longo dos 21 meses do estudo, o que representa uma diferença bastante significativa. Os resultados foram tão evidentes que, logo que o estudo acabou, todos os homens do grupo de controle foram convidados a fazer a circuncisão. Este foi o primeiro estudo randomizado controlado sobre circuncisão masculina. Embora demonstre um efeito protetor acentuado, é um estudo de curta duração e não pode ser usado para prever a proteção de longo prazo.

Declarações da OMS e da UNAIDS afirmam que os resultados devem ser confirmados em estudos futuros, que estão sendo realizados no Quênia e Uganda, com previsão de conclusão

em 2007. Os cientistas acreditam que os resultados requerem uma discussão sobre o uso de circuncisão masculina como medida de saúde pública.<sup>1</sup> A UNAIDS entende que é prematuro recomendar a circuncisão masculina como parte da prevenção do HIV, mas hoje há um maior interesse por parte dos governos e do público em vários países africanos.<sup>2</sup> No entanto, existe a preocupação de que os homens entendam erroneamente que a circuncisão seja a única proteção contra o HIV de que precisam, o que não é verdade. Aqueles que correm um risco maior de infecção (por exemplo, devido ao sexo anal, sangue contaminado e uso de drogas injetáveis) não desfrutam de nenhum efeito protetor. Além disso, a circuncisão por curandeiros tradicionais deve ser evitada nos países em desenvolvimento. Os homens devem realizar a circuncisão apenas com profissionais de saúde treinados, que forneçam também aconselhamento sobre a prevenção eficaz contra a AIDS. Embora o estudo não tenha se debruçado sobre a proteção das mulheres de parceiros soropositivos circuncidados, um outro estudo em Rakai, Uganda, ainda não publicado, aponta um efeito protetor também para as mulheres.<sup>1</sup>

Os pesquisadores acreditam que a circuncisão ajuda a cortar o risco de infecção porque o prepúcio é coberto de células que o vírus conseguem infectar facilmente. O vírus também sobrevive melhor num meio quente e molhado, como a parte abaixo do prepúcio.<sup>1</sup> Um estudo no Reino Unido observou se 150 homens não circuncidados apresentavam uma higiene genital menos adequada do que 75 homens circuncidados que freqüentavam uma clínica de IST. Baseando-se em relatórios sobre a lavagem completa do pênis, descobriu-se que os homens circuncidados estavam mais propensos a lavar a região genital mais de uma vez ao dia (37% versus 19%). Nos homens não circuncidados, deixar de lavar o pênis completamente, puxando o prepúcio em todas as lavagens, era

oito vezes mais comum do que nos homens circuncidados (26% versus 4%), o que constitui uma diferença bastante significativa. Os autores recomendam que sejam incluídas avaliações da higiene genital na realização de estudos que investiguem o relacionamento entre a circuncisão masculina e outras afecções, inclusive a infecção por HIV.<sup>3</sup>

Catherine Hankins, consultora científica chefe da UNAIDS disse que ainda era cedo para encorajar a circuncisão generalizada como forma de prevenir a disseminação do HIV. Ela disse também que muitos homens se oporiam à circuncisão, mesmo que outros estudos confirmem os resultados favoráveis. “Sabemos que essa é uma questão delicada, e não apenas do ponto de vista biológico.”<sup>1</sup>

Mesmo assim, segundo a Reuters, na Suíça, a UNICEF e outros órgãos de saúde locais já estão promovendo a circuncisão masculina. Segundo alguns relatos, um grupo de homens quase provocou um tumulto num hospital privado da capital no início do ano para assegurar vagas para a cirurgia enquanto dois médicos da Family Life Association trabalhavam em tempo integral para dar conta das listas de espera. Depois que o estudo foi publicado no Public Library of Science Medicine Journal, os resultados chegaram à Suazilândia através de jornais, programas de televisão e políticos, estimulando

mães querendo proteger seus filhos adolescentes. Um antigo rei da Suazilândia, Mswati II, banuiu a circuncisão masculina em 1800. Atualmente, o país tem uma das taxas mais baixas de circuncisão do mundo, e também o mais alto índice de prevalência de HIV, com cerca de 40% da população adulta presumivelmente infectada.<sup>4</sup>

1. Cairns, G. IAS: circumcision prevents three out of four female-to-male HIV infections. Report on: Auvert, B. et al. Impact of male circumcision on the female-to-male transmission of HIV. International AIDS Society Conference on HIV Pathogenesis and Treatment, Rio de Janeiro, July 2005, Abstract TuOa0402. At: <http://www.aidsmap.com/en/news/BA448CC3-7935-43E6-947C-987D69B82D54.asp?wk=1>
2. WHO, UNFPA, UNICEF, UNAIDS. Statement on South African trial findings regarding male circumcision and HIV. Rio de Janeiro, 26 de julho de 2005.
3. O'Farrell, N., Quigley, M., Fox, P. Association between the intact foreskin and inferior standards of male genital hygiene behavior: a cross-sectorial study. International Journal of STD and AIDS 2005; 16 (8) : 556-59.
4. Harrison, R. Circumcision makes comeback in AIDS-hit Swaziland. Reuters, 24 de fevereiro de 2006.

## NOTAS DE PESQUISA

# Preservativos

### **Nove entre dez usuários de preservativo no Benin não sabem como usá-lo corretamente**

Cerca de 314 trabalhadoras do sexo e 208 homens do Benin foram entrevistados. Foi pedido a eles que demonstrassem, num pênis de madeira, como usam em geral o preservativo. Valendo-se de quatro critérios (abrir o envelope no lugar certo, achar o lado correto, segurar a ponta do preservativo para evitar a formação de bolha de ar, desenrolar de forma adequada), verificou-se que apenas 11% das mulheres e 11,2% dos homens usam corretamente o preservativo. As trabalhadoras do sexo relatavam freqüente rompimento do preservativo, e isto foi associado fortemente ao uso incorreto, especialmente o fato de não rasgar o envelope no lugar certo e não segurar a ponta para evitar a entrada de ar. Isto reforça a necessidade de não apenas disponibilizar os preservativos mas também educar quanto ao seu uso adequado.<sup>1</sup>

1. Mukrenge-Tshibaka, I., Alary, M., Geraldo, N., et al. Incorrect condom use and frequent breakage among female sex workers and their clients. *International Journal of STD and AIDS* 2005; 16 (5): 345-47.

### **Fregueses de trabalhadores do sexo do Camboja não usam preservativo com suas namoradas**

468 fregueses de trabalhadoras do sexo de 30 bordéis no Camboja foram entrevistados e ti-

veram sangue colhido para investigar seu papel como possíveis pontes na transmissão do HIV para a população em geral. A prevalência de HIV dentre os homens foi alta (9,2%). 64% deles tinham bons conhecimentos sobre o HIV, compreendendo seu modo de transmissão e o papel do preservativo na prevenção. 74% sempre usaram preservativos com profissionais do sexo, índice comparável aos encontrados entre grupos de militares (70%), policiais (81%), taxistas (70%), moradores de cidades (73%) e da zona rural (61%), mas muito abaixo da meta de 90% definida pelo programa nacional do governo para a prevenção de HIV/AIDS. No entanto, quase todos os fregueses (96%) tinham usado preservativo na última relação sexual com uma trabalhadora do sexo. Mas apenas 34% haviam usado preservativo na última relação com a namorada, e somente 14% disseram usar sempre preservativo com a namorada. Este é o mecanismo que permite que os fregueses de trabalhadoras do sexo ajam como ponte na transmissão do HIV para a população em geral. Já existe no Camboja uma proporção crescente de infecções de HIV de marido para esposa. Programas de disseminação do preservativo precisam focalizar também as relações maritais.<sup>1</sup>

1. Hor, L. B., Detels, R., Heng, S., et al. The role of sex worker clients in transmission of HIV in Cambodia. *International Journal of STD and AIDS* 2005; 16 (2): 170-74.

## O uso de preservativo protege de acusação penal na Nova Zelândia

Um juiz da Nova Zelândia proferiu decisão no sentido de que o homem soropositivo para o HIV não pode ser acusado pela lei da Nova Zelândia de “assédio criminoso” (não revelar sua condição de infectado) caso use preservativo para o sexo vaginal, e porque sexo oral desprotegido sem ejaculação oferece um risco desprezível de transmissão de HIV. Embora esse fosse um caso de exposição ao risco de HIV e não de transmissão, os advogados na Grã-Bretanha vêem o fato como uma decisão inovadora, que pode ajudar a esclarecer suas próprias acusações de “irresponsavelmente infligir dano corporal grave” pela transmissão de HIV a um parceiro sexual, já que hoje há grande incerteza quanto a se a lei britânica e galesa exigem que o indivíduo infectado revele sua condição, a despeito de usar preservativo.<sup>1</sup>

1. Bernard, E. J., Groundbreaking New Zealand ruling finds condom use eliminates HIV disclosure requirement. Outubro de 2005. Em: <http://www.aidsmap.com/en/news/99FCF282-21EF-4ED5-99FC-B3A9E2E1A110.asp>

## Barreiras ao uso de preservativos na Mongólia

Embora haja poucos relatos de casos de HIV na Mongólia, é provável que a infecção por HIV se torne mais prevalente, visto que metade da população tem menos de vinte anos de idade e a taxa de doenças sexualmente transmissíveis vem crescendo entre os jovens. Esta é, portanto, a época certa para promover práticas sexuais mais seguras. Discussões com professores, profissionais de saúde, grupos de moças (dezessete

a dezenove anos de idade) e, separadamente, grupos de rapazes em idade escolar sugerem que o uso de preservativo tem uma conotação de promiscuidade, apesar de ser recomendado pelo Ministério da Saúde e ONGs. Os rapazes conhecem a utilidade dos preservativos, citam-nos como sendo a melhor proteção contra infecções sexualmente transmissíveis, e alguns sabiam verificar a data de validade e integridade do pacote antes do uso. Cerca de metade dos estudantes concordavam que o uso de preservativo deveria ser negociado como co-responsabilidade do casal, mas os demais seguiam a norma cultural de que a contracepção é responsabilidade da mulher. Barreiras ao uso de preservativo citadas pelas moças incluíam: sexo não planejado, relações monogâmicas, recusa do parceiro em usar o preservativo e falta de fundos para a compra do mesmo. Os rapazes concordaram e disseram que a negociação do uso de preservativos podia ser muito embaraçosa pois presumia a promiscuidade deles ou da moça em questão. É interessante notar que os rapazes não entendiam ser necessário proteger a própria saúde, presumindo que as moças com quem dormiam eram virgens, e estavam mais preocupados com as implicações sociais da infecção. A sugestão de que preservativos deveriam ser distribuídos nas escolas como intervenção de saúde foi rejeitada fortemente pelos professores e profissionais de saúde, sendo vista como muito embaraçosa e um incentivo a ter relações sexuais.<sup>1</sup>

1. Roberts, A. B., Oyun, C., Batnasan, E., et al. Exploring the social and cultural context of sexual health for young people in Mongolia: Implications for health promotion. *Social Science and Medicine* 2005; 60 (7): 1487-98.

## NOTAS DE PESQUISA

# Adolescência

### **Gravidez na adolescência: estudo multicêntrico sobre jovens, sexualidade e reprodução no Brasil**

A pesquisa GRAVAD realizada entre 1999 e 2002 investigou os comportamentos sexuais e reprodutivos de jovens brasileiros numa perspectiva biográfica. Os resultados mostram que a iniciação sexual não ocorre de forma tão precoce, e continua a se realizar em um contexto bastante estruturado, sobretudo no que diz respeito às relações de gênero (a idade média corresponde a 16,2 para os homens e 17,9 anos para as mulheres). A maioria dos entrevistados (70%) declara o uso de proteção e/ou contracepção na primeira relação sexual. Contudo, não há uma abordagem explícita e aberta entre os parceiros sobre as questões ligadas à proteção, comportamento decorrente do fato de a iniciação sexual colocar em contato parceiros com idades, experiências e *status* muito desiguais. A experiência sexual com pessoas de mesmo sexo também foi declarada por 3,3% de entrevistados, proporção que acompanha os resultados internacionais dos estudos sobre sexualidade. Contrariando o senso comum, a maioria dos jovens está ou já esteve engajada em um relacionamento estável, no qual ocorrem relações sexuais. Uma parte dos jovens já vivenciou uma experiência de união, o que é mais recorrente entre as mulheres (42,4%) do que entre os homens (25,6%). A união geralmente é associada a uma gravidez e, entre as moças mais pobres, não só é mais freqüente, como representa uma importante estratégia de conquista de auto-

mia em relação à família de origem ao lhe conceder um *status* de adulta.

Quanto à gravidez na adolescência (gestação ocorrida até os vinte anos incompletos), pelo menos um episódio reprodutivo foi relatado por 29,6% das mulheres e por 21,4% dos homens. A ocorrência de gravidez antes dos quinze anos foi pouco freqüente. Os resultados atestam a associação entre maior precocidade reprodutiva e menores níveis de escolaridade e de renda, tanto para homens quanto para mulheres, mas os mesmos dados não descartam o fenômeno da gravidez e da parentalidade entre jovens com recursos financeiros e capital cultural significativo.

Há desfechos diversos em relação ao episódio reprodutivo. Destacamos o desejo das moças de provocar um aborto (15,5%), ou de tentar fazê-lo (11,2%), e as declarações masculinas de que desejavam que suas parceiras o fizessem (20%). Esses resultados tornam o debate sobre a gravidez na adolescência mais complexo no país: as interrupções ou tentativas de interrupção do processo gestacional nunca são mencionadas. Além disso, a parentalidade não possui conseqüências homogêneas. Uma visão mais global do fenômeno salienta que, na maioria das vezes, a gravidez seguida do nascimento do filho ocorre quando os jovens não estão mais inseridos no sistema escolar. É o caso de aproximadamente 40% das moças e de 48% dos rapazes de até dezenove anos de idade. A maternidade adolescente (mas também a paternidade) deriva de um quadro complexo de determinantes sociais e biográficas nas quais a dissociação entre sexualidade e reprodução não

está completa, sobretudo nos segmentos mais desfavorecidos, fazendo com que, ao lado da valorização da família, ela se apresente como um projeto possível de reconhecimento social, em detrimento da manutenção da carreira escolar.

---

1. Juventude, sexualidade e reprodução. Cadernos de Saúde Pública 2006; (22) 7.

### **AIDS, sexualidade e trajetórias juvenis: um estudo qualitativo sobre programas sociais no Rio de Janeiro**

A pesquisa *Sexualidade, gênero e população negra no Brasil e na Colômbia: avaliações qualitativas*, apoiada pela Fundação Ford, enfoca os efeitos de intervenções sociais na trajetória escolar/profissional e afetivo/sexual de jovens das camadas populares do Rio de Janeiro. Foram realizadas entrevistas com 21 moças e 21 rapazes na faixa de 19 a 24 anos. Dos 42 entrevistados, 24 tinham participado de projetos sociais.

A análise das visões sobre interações afetivo-sexuais, reprodução, maternidade/paternidade mostra o entrelaçamento do afeto com a sexualidade nos relatos das mulheres e o distanciamento entre sexo e sentimento nas falas masculinas, corroborando a presença de uma matriz tradicional nas vivências e idealizações das relações entre os sexos. Aqueles com experiência em projetos denotam uma tendência de incorporação de valores modernos no campo da sexualidade e relatam menor número de filhos quando comparados aos sem participação. Ademais, tais jovens revelam maior entendimento em relação às DST, à ação do vírus da AIDS, à percepção de risco individual, ao tratamento das pessoas com HIV/AIDS e à valorização do uso da camisinha. Dado que as atividades educativas das intervenções sociais foram a principal fonte de informação atribuída pelos jovens, pode-se dizer que os projetos contribuem para o acesso à informação e aos meios de prevenção, em particular a camisinha.

Dentre os entrevistados com vivência institucional, foi observada uma redução da vulnerabilidade social, decorrentes de apoios recebidos como inserção profissional e ampliação da rede social. Pode-se inferir que os jovens não atendidos pelos projetos sociais apresentam uma maior vulnerabilidade social.

A perspectiva comparativa entre jovens com e sem experiência institucional, com recorte de gênero, forneceu pistas sobre as experiências de discriminação. As descrições reafirmam dados da literatura, segundo os quais o mercado de trabalho e a circulação por locais públicos são contextos em que o preconceito de cor/raça interage com as desvantagens sociais preexistentes. A escassez de depoimentos femininos, quando comparada aos relatos masculinos, assinala o peso da assimetria das relações de gênero na percepção do racismo, traduzido pela pouca visibilidade do componente racial nas situações de discriminação vividas pelas mulheres. No que se refere às reações frente às práticas discriminatórias, notam-se posicionamentos mais assertivos entre os rapazes com experiência institucional.

Os achados do estudo revelam que os projetos sociais podem promover mudanças positivas para a vida dos jovens envolvidos na área da saúde sexual e reprodutiva e na redução da situação de vulnerabilidade social. A invenção cotidiana de identidades e sociabilidades pelos chamados setores excluídos, viabilizada pelas organizações não governamentais, podem contribuir para a ampliação da perspectiva de vida e do capital simbólico deste grupo social, com impactos positivos para a esfera da saúde, diante de um contexto de crise socioeconômica e dos poucos avanços em termos de políticas sociais e de segurança pública.

---

1. Monteiro, Simone e Cecchetto, Fátima. Trayectorias juveniles e intervenciones sociales: repercusiones en las prácticas sociales y en la salud. Cadernos de Saúde Pública 2006; (22) 1: 193-200.

