1.2 TEMAS DE SIDA: Aspetos Vulneráveis e Práticas Culturais

1.2.1 VULNERABILIDADE DE GÉNERO: Prioridade da Sexualidade Masculina

É prática comum, ainda que não com espaço totalmente universal, que as necessidades sexuais masculinas são conhecidas, comparando ou refletindo, nas grandes necessidades femininas. É verdade se usarmos diferentes terminologias e conteúdos, como sejam partir da descrição do desejo sexual masculino, para os equivalentes genitais femininos.

Muitas mulheres e homens definem sexo largamente de acordo com o que eles acreditam dá prazer ao homem, particularmente a penetração. Parece-me natural entendermos por ‘penetração’ (REID, 1995: 12; e LUCAS, 1993: 51), a vaginal, anal e oral – sendo que estas podem permitir a transmissão do vírus da Sida (PARDAL, 1996: 9)

Gerido o prazer como um bem escasso regido pelas leis da oferta e da procura, ou seja, aplicar as leis económicas de Adam Smith ao hedonismo, limita a banalização das necessidades das pessoas em alcançar satisfação mútua e põe à discussão o respeito por formas seguras de comportamento sexual, bem como o uso de medidas protetivas tais como o preservativo, usado com respeito e afeição, mais do que como sinal de desconfiança ou suspeita (REID, 1995: 12).Essa é a melhor forma de refrear a transmissão do HIV.

1.2.2. VULNERABILIDADE AO HIV: Biologia da Mulher

A SIDA é essencialmente uma Doença Sexualmente Transmissível (DST) que pode ser difundida através do sangue, sémen e secreções vaginais (WHO, 199\_: 12).Os investigadores estimam que o risco da mulher pela infeção do HIV, é originário em sexo desprotegido, e duas vezes maior que o do homem (REID, 1995: 10).

Para além dos fatores acima indicados, a própria biologia da mulher constitui outro fator de risco, isto é «A maioria dos fatores responsáveis pela diferente transmissão está na larga área-superfície mucosal, exposta ao vírus na mulher e à grande inoculação viral presente no sémen, comparado com as secreções vaginais. A transmissão homem-mulher e de algumas DST, é no mínimo 15% mais eficiente que a transmissão mulher-homem» (WHO, 199\_: 12). Em suma, riscos de que um homem ou uma mulher fique infetada pelo HIV é maior se alguma DST estiver presente (REID, 1995: 10), como de resto referimos relativamente à malária, no ponto 1.1.4.6 Taxa de Mortalidade.

1.2.3 ASPETOS MÉDICO-BIOLÓGICOS E PRÁTICAS CULTURAIS

O estudo que se segue, foi abordado pelo dr João Lucas, entre outros, identificando certas práticas culturais que podem exacerbar psicologicamente o infetado masculino e feminino no que diz respeito ao risco de infeção pelo HIV, especialmente quando o HIV está largamente difundido na população. Alguns exemplos disso são:

1.2.3.1 Medicina Popular

 Em algumas partes do mundo, as mulheres usam ervas e outros agentes na vagina, para causar ardor e aperto. As substâncias usadas podem causar inflamação e erosão da mucosa vaginal, tornando-a suscetível para infeção pelo HIV. Carregada de preconceito, a Medicina tradicional surge como abrangendo vários saberes como a biologia e a química (i.e. plantas usadas como remédios e os extratos/compostos ativos, que delas é possível extrair) (MENESES, 2001: 4).

1.2.3.2 Parteiras Tradicionais

 Num estudo realizado em 1999, a uma amostra de 48 Parteiras Tradicionais, na Província do Niassa, revela que estas desconheciam os perigos da Transmissão Vertical e de material não esterilizado, colocando em risco a sua própria vida e dos recém-nascidos, pelo que se lhes recomendou, serem expostas a atividades de formação, uma vez que se considera estas atividades, difusoras por excelência, de mensagens de prevenção sobre o HIV/SIDA, junto das parturientes (PENCS, 2004: 42)

1.2.3.3 Penetração Anal

Carrega altos riscos de transmissão do HIV, por causa das frequentes lesões. Não obstante a sua associação frequente com contactos homossexuais, também pode fazer parte das práticas de casais heterossexuais, que o fazem para prevenir a virgindade, para proteger contra a gravidez, para tirar prazer sexual, principalmente os homens, na busca pela variedade sexual (REID, 1995: 13).

1.2.3.4 Mutilação Genital Feminina

É praticada em vários países sendo que a prática consiste em cortar o lábio menor e maior, coser a vulva, deixando apenas um pequeno orifício para a urina e a menstruação. O máximo extremo de circuncisão é provavelmente a remoção da cabeça do clítoris. Esta cirurgia pode constituir um risco durante o sexo. O procedimento ele próprio, pode ser um risco, se não forem esterilizados os instrumentos usados em diversas pacientes. Sangrar depois da circuncisão pode trazer necessidade de transfusão de sangue, possivelmente sangue desprotegido e contaminado (REID, 1995: 13)

1.2.3.5 Droga e Relações Sexuais

Segundo LUCAS, 1993: 44-45 no seu livro «SIDA: A Sexualidade Desprevenida dos Portugueses», muitos dos casos de Sida comunicados à OMS pelos países da EU têm origem em utilizadores de droga.

Nessa população, a dupla via de transmissão (sangue e sémen) aumenta decisivamente a probabilidade de infeção dos parceiros sexuais e torna mais problemática a situação de uns e de outros.

No que concerne à diferença entre sexos quanto à experiência da droga, podemos dizer que 22% dos homens usou alguma vez droga e apenas 9% das mulheres reconhece tê-las usado.

1.2.3.6 Outras Práticas Sexuais Desenvolvidas

Segundo LUCAS, 1993: 51, acontecem outras práticas sexuais a desenvolver: a fellatio (introdução do pénis na boca da parceira), e o cunnilingus (sexo oral-genital, envolvendo a boca do homem e os genitais da mulher), são admitidas por cerca de um em cada quatro indivíduos do sexo masculino, e por um em cada cinco indivíduos do sexo feminino; sendo que só 4% das mulheres e 6% dos homens, admitem ter praticado sexo anal (LUCAS, 1993: 51). A cultura tradicional costuma aproximar estas práticas a outras como o adultério, a sodomia, fornicação ou atos contra a ordem da natureza, ou ordem social ou moralidade (HUMAN SCIENCES RESEARCH COUNCIL, 2004: 65)

1.2.3.7 Uso do Preservativo

A sua utilização como prática de prevenção sexual do contágio pelo HIV/ SIDA, segundo LUCAS, 1993: 56, expressa-se no grupo etário das pessoas em idade madura (45-49 anos) da seguinte forma: apenas um em cada quatro homens experimentou alguma vez o preservativo e no grupo dos 18-19 anos, pelo menos um em cada dois, adotou esse comportamento preventivo. Ainda segundo este autor e na última página referenciada, «Num estudo em Lisboa, 12% dos indivíduos com menos 21 anos, terão usado sempre o preservativo no último ano».

No caso das relações extraconjugais, este comportamento preventivo não alcançou ainda uma posição maioritária. Só um em cada quatro indivíduos (26%) utiliza-o sempre nas relações extraconjugais. Outros tantos (26%) usam-no só às vezes. Porém, 19% nunca usa preservativo nestas relações sexuais (LUCAS, 1993: 57)

1.2.3.8 Atitudes Irónicas Face ao Preservativo

Este ponto foi construído com os diversos itens, da construção de um gráfico, que pretendia testar «Atitudes face ao Preservativo». Partindo dos itens para a sua constituição em texto, usámos a virgula e uma maiúscula, para apontar as diversas atitudes, do que resultou uma certa ironia face ao uso do preservativo, que tem a vantagem de descentrar a análise (LUCAS, 1993: 74) : «Aceitável relações ocasionais sem preservativo, Contra a minha religião, Faz perder ereção, Ofensivo para usar com o cônjuge/parceiro regular, Preço demasiado alto, Apropriado para usar com o cônjuge, Fáceis de usar, Uso se parceiro solicitar, Apropriado para usar com parceiros ocasionais, Eficácia na prevenção doenças venéreas».