

# resposta +

A EXPERIÊNCIA DO PROGRAMA BRASILEIRO DE AIDS - 2008





# resposta+

2008 a experiência do Programa Brasileiro de DST e Aids

*As próximas páginas são um convite a conhecer a resposta brasileira à epidemia de doenças sexualmente transmissíveis e aids. Além das análises técnicas, com todas as questões que envolvem a saúde pública, a revista traz um olhar humanizado, ao contar a história de pessoas tão variadas e complexas quanto a própria epidemia.*

*A senhora e a jovem que mostram o avanço da aids entre mulheres, um dos vários cenários da epidemia no Brasil; as mães com ou sem HIV que esperam a chegada do primeiro filho; as prostitutas, travestis, gays, lésbicas e bissexuais que cobram respeito aos seus direitos; os cidadãos que encontram assistência integral e gratuita no Sistema Único de Saúde.*

*Estes são alguns exemplos de que o enfrentamento da epidemia pode ser realizado com a promoção do acesso à prevenção e ao tratamento, além do respeito à diversidade e aos direitos humanos - embora ainda seja preciso combater preconceitos e estigmas.*

*A revista, por fim, revela que esta não é uma política de governos, mas uma política de estado - um compromisso do Brasil em promover a qualidade de vida e os direitos das pessoas que vivem e convivem com o HIV e a aids.*

**Mariângela Simão**

Diretora do Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde

## Resposta Positiva 2008 A experiência do Programa Brasileiro de DST e Aids

**Presidente da República Federativa do Brasil**  
Luiz Inácio Lula da Silva

**Ministro da Saúde**  
José Gomes Temporão

**Secretário de Vigilância em Saúde**  
Gerson Penna

**Diretora do Programa Nacional de DST e Aids**  
Mariângela Simão

**Diretores-adjuntos**  
Eduardo Barbosa e Ruy Burgos

**Conselho Editorial**  
Ana Paula Prado, Ângela Donini, Carlos Passarelli, Cristine Fernandes, Dario Noleto, Denis Ribeiro, Eduardo Barbosa, Gerson Fernando, Ivo Brito, Juliana Vallini, Karen Bruck, Lilian Inocêncio, Marcelo Barbosa, Mariângela Simão, Mauritânia Pereira, Orival Silveira, Ronaldo Hallal, Rosângela Ribeiro, Sérgio D'Ávila e Valdir Pinto

**Edição final - Assessoria de Comunicação**  
Mylene Müller e Rodrigo Hilário

**Redação**  
Daniela Brito, Nara Anchises, Nivaldo Coelho e Rodrigo Hilário

**Projeto gráfico e diagramação**  
Isabela Faria

**Capa**  
Argumento: Emivaldo Sousa (Zinho)  
Fotografia: Três Olhares

**Revisão**  
Angela Martinazzo e Telma Sousa

**Produção**  
Angela Martinazzo, Dario Noleto, Emivaldo Sousa (Zinho), Isabela Faria, Ismália Afonso, Leonardo Linconli, Leonardo Tanabe, Lúcia Saldanha, Magda Fernanda, Magno Júnior, Master Comunicação, Mauro Siqueira e Milda Jodelis

Resposta Positiva é uma publicação produzida pelo Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde

Cotação do dólar adotada nas matérias  
US\$ 1 = R\$ 1,7

Ao longo das últimas duas décadas, o Brasil vem fortalecendo seu compromisso com as pessoas que vivem com HIV e aids; a população passou a usar mais preservativo, o teste de aids ficou mais acessível na rede pública e filhos de mães soropositivas nasceram sem o vírus. Todos os pacientes têm a garantia de tratamento de qualidade no Sistema Único de Saúde (SUS). Mais do que isso, as pessoas que vivem com HIV têm assegurado não só o direito à saúde, mas ao trabalho, à cidadania, ao lazer. Essas medidas têm sido úteis no combate ao estigma e à discriminação, dando a essas pessoas a oportunidade de ver o futuro melhor e mais digno.

A epidemia, antes concentrada em gays, usuários de drogas e hemofílicos, mudou de perfil e hoje pode estar em qualquer lar brasileiro. Atinge mulheres e homens, de diferentes idades e classes sociais. Essa realidade impõe uma resposta ampla, que envolva e comprometa diversos parceiros. O esforço conjunto para evitar e reduzir novos casos e promover a qualidade de vida e o tratamento das pessoas com HIV resultou no sucesso do Programa Nacional de DST e Aids.

Assim como o SUS, o Programa vem sendo consolidado por inúmeras experiências locais, frutos da união e criação de diversas parcerias. Muitas delas envolveram governos e sociedade civil, para atender a uma demanda premente, que exigia mudanças. Por ocasião dos 20 anos do SUS, cabe a reflexão sobre o quanto os aspectos positivos da experiência da aids podem contribuir para a saúde pública e avançar diante de uma epidemia que se mostra estabilizada, embora ainda em patamares elevados.

Hoje, a aids se expande entre as mulheres, ganha o interior do país e atinge as pessoas menos favorecidas. Como reduzir as diferenças regionais e oferecer um modelo de atenção mais integral, sustentável e equânime? A partir do esforço e do potencial das ini-

ciativas locais e da importância do diálogo e da participação da sociedade civil, mostramos que essa combinação é decisiva tanto para o sucesso da experiência brasileira quanto para a manutenção de nossa resposta. Todas essas características formam o conjunto de fatores sem o qual não teríamos obtido os resultados que nos projetam mundialmente como um programa vitorioso, que, além de tudo, reconhece suas fragilidades e busca integrar-se e aperfeiçoar-se cada vez mais.

A base da já consolidada política brasileira é o direito à vida, acima de qualquer outro interesse, inclusive o econômico. Mas ainda existem muitos desafios. Entre os mais recentes, podemos destacar o fortalecimento da indústria farmacêutica nacional, a promoção dos direitos humanos, a ampliação do acesso aos métodos diagnósticos à prevenção e ao tratamento. Afinal, estimativas mostram que aproximadamente 620 mil pessoas vivem com HIV no país.

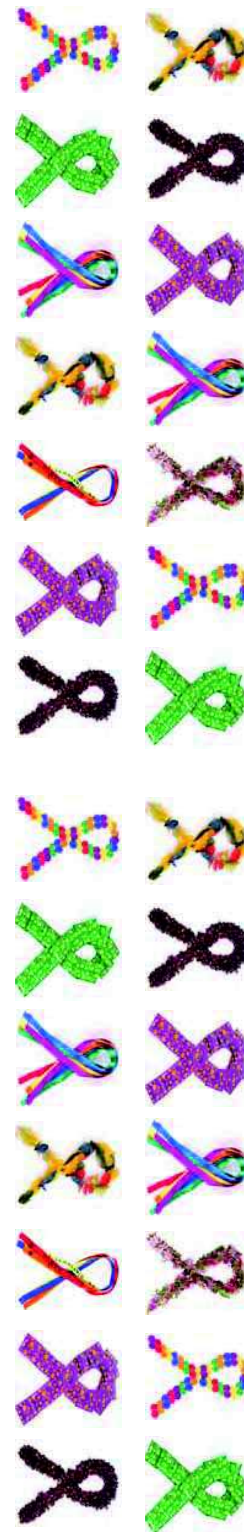
Não podemos nos acomodar com as vitórias alcançadas. Temos à nossa frente uma epidemia que requer respostas amplas das políticas públicas, não apenas do campo da saúde. Nossa busca, agora, é pela união de diversas áreas – como educação, trabalho e previdência – para uma ação mais integrada e eficaz. Esta edição da Revista Resposta + mostra como temos trilhado esse caminho e construído nossa história.

José Gomes Temporão  
Ministro da Saúde





<b>EPIDEMIOLOGIA</b>	
Uma epidemia, muitos retratos	09
Jovens, adultos , idosos	11
Muitos países em um só	12
Informações estratégicas	16
<b>PREVENÇÃO</b>	
Política Brasileira de Prevenção	17
A base das ações	18
Camisinha que vem da floresta	21
Acesso alternativo	24
Prevenção na favela	27
Foco na integração	29
Metas para o público feminino	32
Geração saudável	35
Aceitar é uma opção, respeitar é um dever	39
Prevenção na sala de aula	45
Para camisinha, aperte o botão	47
Das calçadas para as passarelas	49
O desafio da redução de danos	53
Raças e cores	57
Liberdade para se cuidar	61
Solidariedade que une	65
Ação no local de trabalho	70
<b>DIAGNÓSTICO</b>	
Quanto mais cedo, melhor	71
Diagnóstico rápido	74
Testagem sobre rodas	77
<b>TRATAMENTO E ASSISTÊNCIA</b>	
Para todos, sem distinção	79
Monitoramento da infecção pelo HIV	85
<b>DST</b>	
Prioridade em saúde pública	87
O desafio da sífilis	89
<b>GESTÃO</b>	
Investimento com foco local	91
<b>MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO</b>	
Prestação de contas	92
<b>DIREITOS HUMANOS</b>	
Resposta ampla e articulada	93
Apoiar para fortalecer	94
<b>COOPERAÇÃO INTERNACIONAL</b>	
Acesso ao tratamento , saúde pública, propriedade intelectual e inovação Tecnológica	97
Solidariedade e respeito	98
<b>PESQUISA E DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO</b>	
Incentivo à pesquisa	101
<b>COMUNICAÇÃO</b>	
De olho nas multidiões	103
O relacionamento diário da mídia	106





## Uma epidemia, muitos retratos

**Aids mantém-se estável no Brasil, mas diferenças regionais se acentuam. Epidemia avança no interior do país, em mulheres, heterossexuais e na população de baixa renda e pouca escolaridade**

Débora\* tinha 18 anos quando conheceu o homem com quem se casou e teve dois filhos. Assim como boa parte das moças de sua cidade, ela só estudou até o Ensino Fundamental e, antes mesmo dos 20 anos, já estava cuidando do marido, da casa e do primeiro filho. Viveu com o marido por nove anos em Salgueiro, no interior do estado de Pernambuco, no Nordeste do Brasil. Com o fim do casamento, ficou dois anos sem namorar, até conhecer o novo companheiro. Pouco tempo depois de iniciar o novo relacionamento, o namorado envolveu-se em um crime e foi preso. Na cadeia, ficou muito doente e os médicos pediram que ele fizesse exame de HIV. O resultado foi positivo.

Uma irmã de Débora, que trabalhava como enfermeira em um hospital da cidade, já vinha desconfiando do frágil estado de saúde do namorado da irmã e pediu que ela também fizesse o teste. Resultado: positivo. "Eu não senti a terra debaixo dos meus pés. Parecia que todo meu corpo estava anestesiado", conta Débora, lembrando o momento em que a irmã leu o diagnóstico, seis anos atrás. "Eu não me prevenia. Meu erro foi confiar", diz Débora, hoje com 36 anos.

A história da mulher de origem humilde, de baixa escolaridade e que foi infectada com HIV pelo companheiro é uma das muitas peças que formam o quebra-cabeça da epidemia de aids no Brasil.



Mulher humilde, de pouco estudo, moradora do interior e que foi infectada com HIV pelo companheiro é a síntese da epidemia no Brasil

\* Nome fictício, a pedido da entrevistada

### 33 mil é o número médio estimado de novos casos de aids diagnosticados no Brasil a cada ano

E esse é, certamente, um dos retratos mais freqüentes da epidemia no país. Em pouco mais de 27 anos de epidemia, são 474.273 casos de aids acumulados, entre 1980 e junho de 2007. Do total, 314.294 casos foram registrados em homens e 159.793 em mulheres.

Se, historicamente, a aids atinge mais o sexo masculino, a partir de meados dos anos 90 começa-se a observar, no Brasil e no mundo, o avanço da epidemia no sexo feminino. Aqui, dois índices apontam claramente essa mudança de perfil. Um é a razão entre os sexos. Em 1985, para cada 267 homens com aids, havia 10 mulheres. Depois de uma queda ininterrupta na proporção de casos da doença entre os sexos, chegamos a 2005 com 16 casos de aids em homens para 10 em mulheres.

O outro indicador que evidencia a maior vulnerabilidade da mulher ao HIV é a taxa de incidência. Nos últimos dez anos, enquanto que nos homens observa-se ligeira queda, nas mulheres percebe-se crescimento. E não é pequeno: aumento de 72,5% na taxa de incidência, que passou de 9,1 casos por 100 mil habitantes, em 1996, para 15,7 casos por 100 mil habitantes, em 2005. Com relação à mortalidade, o número de óbitos gira em torno de 11 mil por ano, desde o fim dos anos 1990.

#### “Os remédios me mantêm viva”

Há cinco anos, Débora vive com um homem que não tem o HIV. Hoje, o que mais a incomoda são os efeitos colaterais dos dez comprimidos que toma todos os dias – cinco pela manhã e cinco à noite. Por causa dos vômitos e diarreia constantes, ela não consegue arrumar trabalho. Chegou a abandonar o tratamento, algum tempo atrás. Quando sua carga viral atingiu 7.500 cópias por milímetro cúbico de sangue e as células de defesa praticamente sumiram do seu organismo, ouviu o médico dizer que morreria em poucos meses, se continuasse a beber, a fumar e a não tomar os anti-retrovirais.

Decidiu mudar de vida. Hoje, toma os medicamentos anti-aids com disciplina e faz acompanhamento médico a cada dois meses. “São os remédios que me mantêm viva”. Débora só não conseguiu superar o preconceito sofrido nas ruas de Salgueiro, uma cidade pequena, com pouco mais de 55 mil habitantes, que vive, basicamente, do comércio e da agricultura.

“É muito ruim ver as pessoas apontando o dedo para você. Nem amigos eu tenho mais. Só posso contar com meu marido e meus filhos”, diz ela, referindo-se aos dois garotos, um de 16 e outro de 14 anos, que moram com o pai, em Serra Talhada, uma cidade vizinha. “Planos, eu tenho um monte, mas o que eu mais quero é viver minha vida”.

## Jovens, adultos, idosos

Desde o início da epidemia, a maior parte dos casos de aids se concentra em pessoas entre 25 e 49 anos, na proporção de 78% entre homens e de 71% entre mulheres

Na população de 13 a 24 anos, o Brasil tem quase 55 mil casos de aids acumulados. Essa parte jovem da população apresenta diversas vulnerabilidades em relação à epidemia, entre as quais estão a dificuldade de avaliar seu próprio risco, o uso de álcool e outras drogas e a necessidade de aceitação e inserção nos diversos grupos sociais.

Outra particularidade dos jovens são as questões de gênero. Enquanto na população geral há 16 casos em homens para 10 em mulheres, na faixa etária de 13 a 19 anos, existem 6 meninos infectados para cada 10 meninas. Marina\*, assistente social, é parte dessa estatística. Havia acabado de fazer 18 anos quando o ginecologista incluiu o teste para HIV nos exames de rotina. A jovem tinha vida sexual ativa desde os 15 anos, quando teve sua primeira relação sexual, com o namorado, sem camisinha. Até os 18 anos, havia tido cinco parceiros.

Seis meses antes de saber que estava infectada pelo vírus da aids, terminou o namoro e transou com três homens diferentes. Só usou preservativo em uma relação. “Um dos dois rapazes me passou o vírus, porque meu namorado não tinha [o HIV]. Não tem culpa nessa história, porque cada um é responsável pelo seu corpo, pela sua vida”, diz a assistente social, hoje com 28 anos.

Marina vive com o namorado, em um apartamento de um quarto, na zona norte de São Paulo, maior cidade do país, com 11 milhões de habitantes. Conheceu o companheiro há um ano, em um grupo de apoio a soropositivos. O rapaz, dois anos

mais novo que ela, dá aulas de informática e também é portador do HIV. “Nosso sonho é ter um filho, mas isso é um pouco complicado. Enquanto não conseguimos realizar este, vamos fazer mestrado e juntar dinheiro para conhecer a Itália”, planeja.

**Mais velhos** - Nos últimos anos, também vem-se verificando aumento percentual de casos de aids na população acima de 50 anos, em ambos os sexos. A professora Teresinha Vilela, 72 anos, descobriu que tinha aids em 1994. Ficou dois meses internada no hospital e fez dezenas de exames, sem que os médicos descobrissem exatamente o que a paciente tinha. “Naquela época, não pensavam que uma mulher de 50 e poucos anos pudesse ter aids. O preconceito já era muito grande”, diz a professora, que mora em Maceió, no estado de Alagoas, região Nordeste.

A primeira reação de Teresinha foi a paralisia, o medo do isolamento. Sua primeira preocupação foi com os netos. Perguntou aos médicos se havia risco de passar o HIV para as crianças, se poderia conviver com elas. Receava o afastamento da família, dos amigos. Depois, veio o tratamento e problemas com infecções oportunistas, como herpes, pneumociste, hepatites.

A vida dela começou a mudar quando descobriu os grupos de apoio a soropositivos. Mudou hábitos cotidianos, passou a estudar sobre a doença, melhorou a auto-estima. Hoje, participa ativamente dos grupos Cidadãs Positivas, que reúne mulheres com HIV, e Pela Vida, de apoio aos portadores do vírus. “O anonimato nos deixa vulneráveis. Quando a gente se une, a dor é menor e nos fortalece”.



Foto: Acervo pessoal

\* Nome fictício, a pedido da entrevistada



## Muitos países em um só

**186.148 é o número de óbitos por aids, acumulados de 1980 a 2005. Do total, segundo sexo, 135.888 homens e 7.159 mulheres morreram em decorrência da aids no país.**

Os dados epidemiológicos mostram que as diferenças regionais também são percebidas na epidemia e deixam claro que a aids, ao longo dos anos, avançou para o interior, atingindo as áreas mais pobres do país (veja mapas ao lado). Em geral, as regiões Sul e Sudeste têm indicadores melhores que os do Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

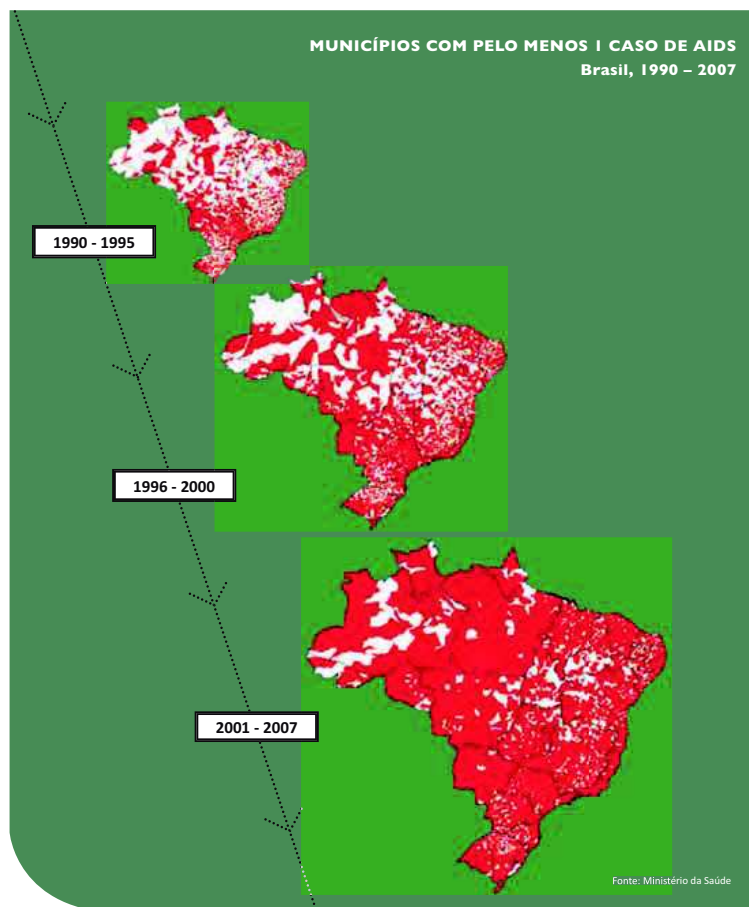
De acordo com a diretora do Programa Nacional de DST e Aids, Mariângela Simão, os números refletem o problema do diagnóstico tardio e as desigualdades regionais do Sistema Único de Saúde (SUS). "O desafio é reforçar a qualidade da assistência e ampliar o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV, seja nos exames de rotina na rede pública ou no uso do teste rápido. No cenário de uma doença de transmissão por via predominantemente sexual, com vírus circulante na população, todas as pessoas que tenham relações sexuais desprotegidas podem ser expostas ao risco de infecção pelo HIV".

Em geral, a epidemia no Brasil apresenta tendência de estabilização, em patamares elevados. Entre os anos de 2000 e 2005, a taxa de incidência variou de 17,5 e 22,2 casos por 100 mil habitantes, nos últimos anos. No início dos anos 1990, o Banco Mundial previu que o país teria, no ano 2000, um total de 1,2 milhão de pessoas infectadas pelo HIV.

Segundo a classificação proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil tem uma epidemia concentrada, com taxa de prevalência da infecção pelo HIV de 0,6% na população de 15 a 49 anos (0,8% em homens e 0,4% em mulheres). Estima-se que, atualmente, o número de pessoas vivendo com o vírus seja de cerca de 600 mil – metade da previsão feita pelo Banco Mundial e número que permanece estável desde 2000.

No entanto, quando se analisa a epidemia por região, percebe-se que o Norte e o Nordeste apresentam crescimento acentuado e o Centro-Oeste, com indicadores socioeconômicos um pouco melhores, aumento mais discreto. No Sul, leve queda e, no Sudeste, diminuição mais consistente.

MUNICÍPIOS COM PELO MENOS 1 CASO DE AIDS  
Brasil, 1990 – 2007



Fonte: Ministério da Saúde

# Epidemia em quadros

## TAXA DE INCIDÊNCIA

	2000	2005
Brasil	17,5	19,5
Norte	6,9	13,9
Nordeste	6,7	11,1
Centro-Oeste	13,8	17,8
Sudeste	24,2	23,6
Sul	26,2	25,7

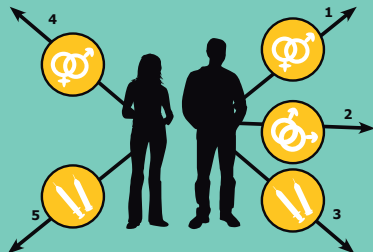
## CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO

Em **homens** com mais de 13 anos, observam-se, na série histórica, três cenários da epidemia:

- 1 - crescimento em heterossexuais;
- 2 - estabilização entre homossexuais e bissexuais, com aumento em jovens (13 a 24 anos) e redução em adultos (acima de 25 anos);
- 3 - redução entre usuários de drogas injetáveis (UDI).

Em **mulheres** acima de 13 anos, verifica-se:

- 4 - crescimento em heterossexuais, com mais de 95% dos casos de aids resultantes de transmissão do HIV nesse tipo de relação;
- 5 - queda acentuada nos casos em UDI.



POPULAÇÃO GERAL



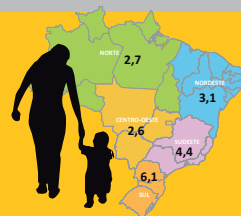
## RAZÃO DE SEXO

Na população geral, há 16 casos em homens para 10 em mulheres. Já na faixa etária de 13 a 19 anos, ocorre uma inversão: são 6 meninos infectados para cada 10 meninas.

JOVENS DE 13 A 19 ANOS

## MENORES DE 5 ANOS

São 11.026 casos de aids acumulados na categoria transmissão vertical de 1980 a junho de 2007. Em 2005, foram identificados 529 casos nessa categoria de exposição. Em 2006, registraram-se 526 casos em menores de 5 anos, mas esse número provavelmente está subnotificado. Considerando as regiões, as diferenças reaparecem. A taxa de incidência por 100 mil habitantes é maior no Sul (6,1), seguido do Sudeste (4,4); Nordeste (3,1); Norte (2,7) e Centro-Oeste (2,6).



## RAÇA/COR

Os dados segundo o critério raça/cor ainda são limitados, em razão do alto percentual de ignorados (27%). Apesar da limitação, observa-se, na série histórica, redução proporcional de casos de aids e de óbitos entre brancos e aumento entre pretos e pardos, em ambos os sexos.



**Relação entre dados de aids notificados, exames laboratoriais, dispensa de medicamentos e mortalidade em decorrência da doença fornece amplo mapeamento da epidemia no Brasil**

O sistema de vigilância epidemiológica da aids no Brasil analisa os casos de aids a partir dos registros do SINAN, acrescidos dos dados notificados no SIM e no SISCEL – cujas informações são validadas pelo SICLOM. Com base na técnica de relacionamento probabilístico, esses **quatro bancos de dados nacionais** permitem conhecer, de forma mais clara, o comportamento da epidemia no país.

O **Boletim Epidemiológico** – Aids e DST, publicado anualmente pelo Programa Nacional de DST e Aids, apresenta informações sobre os casos de aids no país com base no relacionamento dos dados desses quatro sistemas de informação desde 2004. Perguntas amplas ou específicas podem ser respondidas a partir da análise desses bancos de dados. Dessa forma, é possível:

- 1) Recuperar casos notificados no SINAN, mas que não migraram de sistema operacional (DOS para Windows).
- 2) Apontar duplicidade e registros comuns em bancos de dados distintos.
- 3) Identificar casos registrados no SISCEL/SICLOM e SIM, mas não notificados no SINAN.
- 4) Melhorar as informações sobre variáveis como raça/cor.

**QUATRO BANCOS DE DADOS NACIONAIS**

- SINAN – Sistema de Informação de Agravos Notificáveis
- SIM – Sistema de Informação de Mortalidade
- SISCEL – Sistema de Informação de Exames Laboratoriais
- SICLOM – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

**Sistemas de informação**

**SINAN** – Reúne dados relacionados às doenças e agravos de notificação compulsória. São casos notificados em adultos e crianças, desde 1980.

**SIM** – Criado em 1975 para a obtenção regular de dados sobre mortalidade. Tem cobertura de 98% das mortes ocorridas, uma vez que, no Brasil, para enterrar uma pessoa, é obrigatório apresentar certidão de óbito.

**SISCEL** – Responsável pelos resultados de exames laboratoriais de T-CD4/CD8 e Carga Viral realizados pelo SUS. O banco de dados funciona on-line e engloba registros a partir de 2000. É utilizado em todo o Brasil.

**SICLOM** – Criado para o gerenciamento logístico dos medicamentos anti-retrovirais, o sistema permite o controle do fornecimento de medicamentos aos pacientes em tratamento, em todo o país. A cobertura atual é de 64%, o que representa um total de 80% dos pacientes em tratamento nas Unidades de Dispensação de Medicamentos.

CASOS DE AIDS NOTIFICADOS NO BRASIL		
Ano	Somente no SINAN	Nos 4 bancos de dados
2003	29.144	<b>37.406</b>
2004	27.020	<b>37.135</b>
2005	23.628	<b>35.965</b>
2006	18.879	<b>32.628</b>
Total	407.211	<b>474.273</b>

(1980 a junho de 2007)

**Política Brasileira de Prevenção**

Os dados do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV e Aids (UNAIDS) mostram que 33 milhões de pessoas vivem com aids hoje no mundo. Somente em 2007, 2 milhões morreram e outros 2,5 milhões se infectaram com o HIV. A doença, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), continua sendo uma das principais causas de mortes no mundo.

No Brasil, a tendência de estabilização da epidemia, observada desde o início deste século, mostra que a política nacional de enfrentamento da aids está no rumo certo. O país adota uma política que combina três fatores primordiais. O primeiro é a garantia de acesso universal ao tratamento a todos os que vivem com HIV.

O segundo fator é a expansão do acesso ao diagnóstico e aos insumos de prevenção. Aqui, é necessário dizer que a política brasileira de prevenção não se baseia em preceitos morais ou religiosos. No Brasil, a prevenção ao HIV/aids e a outras doenças de transmissão sexual está pautada pelo respeito às individualidades e à diversidade, e em evidências científicas.

Para que o alcance da resposta atenda às necessidades de saúde da população, o Ministério da Saúde adota a estratégia de promoção do uso do preservativo como principal método para conter o avanço do HIV. Essa estratégia é acompanhada de ações voltadas para a ampliação do acesso ao diagnóstico, aumentando a cobertura e mobilizando as pessoas para que elas busquem conhecer seu status sorológico.

A generalização para toda a população de métodos baseados na profilaxia pós-exposição, a circuncisão e as medidas de enfrentamento da epidemia baseadas na abstinência e fidelidade são insuficientes e, por vezes, inconsistentes, do ponto de vista operacional e programático.

A profilaxia pós-exposição, por exemplo, só é recomendada em situações de exposição ocupacional ou de violência sexual. A tese de que a circuncisão reduz o risco de infecção pelo HIV em homens é relativamente válida, em epidemias generalizadas; mas enfrenta dificuldades de aplicação em populações adultas e em epidemias concentradas, como é o caso da brasileira.

O incentivo à redução do número de parceiros, à fidelidade e à abstinência, observado em alguns países, é ineficaz, do ponto de vista do impacto na saúde pública, na medida em que não se consideram os diferentes contextos e arranjos sexuais da população, muitas vezes amparados por princípios culturais e religiosos.

O terceiro fator primordial da política brasileira de prevenção é o estabelecimento de uma relação pró-ativa com a sociedade civil, sem ferir sua autonomia e independência. No Brasil, a construção da solidariedade tornou-se um dos pilares da resposta à epidemia e ensinou que a comunhão e o diálogo são ótimas ferramentas para reconhecer o direito à diversidade, à liberdade e à equidade.

Esses gestos de responsabilidade, generosidade e respeito também nos ensinaram a ver que há muito a ser realizado e que é preciso deter uma epidemia que atinge a todos, pois seu impacto não se resume à dimensão biológica: vai além, ao colocar o mundo diante de questões sociais e comportamentais, como o preconceito, o estigma e o abandono.





Foto: Leonardo Tralhe

## A base das ações

**No Brasil, 96% das pessoas sabem que o preservativo previne a infecção pelo HIV. País finalizou, em 2007, compra de 1 bilhão de unidades, a maior já feita pelo Ministério da Saúde**

O preservativo é o principal insumo da política brasileira de prevenção. E por uma razão simples: está cientificamente comprovado que o uso correto e sistemático de preservativos, em todas as relações sexuais, apresenta 95% de eficácia na prevenção das DST e da aids. A estabilização das taxas de prevalência do HIV, nos últimos anos, em 0,6% da população sexualmente ativa (15 a 49 anos), está diretamente associada às mudanças de comportamentos, práticas e atitudes da população diante das questões relacionadas à epidemia, além da ampliação do acesso ao tratamento.

Desde que o preservativo começou a ser distribuído de forma sistemática pelo Ministério da Saúde, em 1994, a população já teve acesso, no Sistema Único de Saúde (SUS), a mais de 1,5 bilhão de unidades (ver gráfico). As camisinhas estão disponíveis, gratuitamente, nas unidades básicas de saúde, nos centros de testagem e aconselhamento, além de serem distribuídas nas ações

de prevenção realizadas por organizações não-governamentais (ONG).

Em 2007, o país finalizou o processo de compra de 1 bilhão de unidades. Esses preservativos começaram a ser entregues a estados, municípios e ONG em janeiro de 2008 e a distribuição deve prosseguir até meados de 2009. Uma outra aquisição de mesmo porte - 1,2 bilhão de preservativos - está em curso, com distribuição prevista para iniciar no fim de 2009.

O preservativo chega aos usuários do SUS por meio de uma rede de serviços de saúde e, também, ações de prevenção nas comunidades. Pesquisas do Ministério da Saúde sobre comportamento sexual indicam que, em 1991, 23% da população compravam camisinha em farmácias. Em 2004, o cenário era outro: 58% das pessoas disseram ter adquirido o preservativo nas unidades básicas de saúde. No entanto, mesmo com o aumento significativo da distribuição gratuita do preservativo, a população mais pobre enfrenta

### Comportamento sexual

**96% da população brasileira cita o preservativo como método mais seguro para evitar a infecção pelo HIV**

**52% da população já receberam preservativos gratuitamente**

**Os locais e/ou ocasiões mais citados de obtenção foram: unidades de saúde (58%), carnaval (8,5%) e escolas, cursos ou universidades (6%)**



### Outros insumos

Os preservativos femininos também são distribuídos pelo Ministério da Saúde, porém em quantidade menor. Isso porque o insumo ainda é de alto custo, cerca de R\$ 7 (US\$ 4) a unidade, e de difícil acesso, pois existem poucos produtores em todo o mundo. Ao contrário dos preservativos masculinos, que são distribuídos para a população geral, os femininos são direcionados para públicos específicos, como profissionais do sexo, mulheres que vivem com HIV e aids, vítimas de violência e parceiras de usuários de drogas injetáveis. Também faz parte da política de prevenção a distribuição de gel lubrificante à base de água. Disponível em sachês de 5 gramas, o produto é destinado basicamente a profissionais do sexo (homens e mulheres) e à população de homossexuais e outros homens que fazem sexo com homens (HSH).



www.saude.gov.br  
DISQUE SAÚDE 0800 61 1997

# BOM DE CAMA É QUEM USA CAMISINHA.

QUAL É A SUA ATITUDE NA LUTA CONTRA A AIDS?

[qualsuaatitude.com.br](http://qualsuaatitude.com.br)



SUS

Ministério da Saúde

BRASIL  
UM PAÍS DE TODOS  
GOVERNO FEDERAL



## Camisinha que vem da floresta

Aos 20 anos, Wellington Tomé não precisa mais fazer serviços informais na construção civil para garantir seu sustento. Ele acaba de conseguir seu primeiro emprego formal. Orgulha-se da carteira profissional, a caderneta azul com brasão federal na capa e a própria fotografia na primeira página.

Um dos colegas de Wellington, Teodoro de Souza, 29 anos, também tem o que comemorar: depois de dois anos desempregado, voltou a ter salário fixo. Eles trabalham na usina de tratamento e centrifugação de látex da Fábrica de

Preservativos do Acre, a primeira fábrica estatal de camisinhas do Brasil e única no mundo a usar látex de seringueira nativa para produzir o insumo.

Inaugurada em abril de 2008, a Nutex fica em Xapuri, terra do seringueiro Chico Mendes, assassinado em 1988 por defender a preservação da floresta amazônica e ir de encontro aos interesses de latifundiários da região. A fábrica tem capacidade de produzir 100 milhões de unidades no primeiro ano de funcionamento, podendo chegar a 270 milhões até 2011.



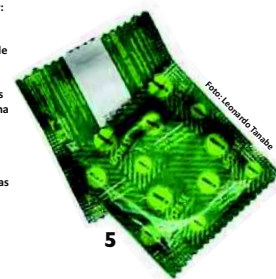
2.664 m<sup>2</sup> é a área total da fábrica

500 mil toneladas de látex deverão ser usadas na produção anual

100 milhões de preservativos serão produzidos no primeiro ano



1 - Na página anterior: camisinhas são recolhidas antes de passarem por testes de qualidade  
2 e 4 - Cilindros de vidro recebem banhos de látex para dar forma aos preservativos  
3 - Vista externa do prédio da Natex  
5 - Embalagem unitária das camisinhas produzidas com látex de seringueira nativa



“Agora, posso sair com meus amigos nos fins de semana e ajudar meus pais”

Wellington Tomé, funcionário da fábrica

**Economia local** – A fábrica gera 150 empregos diretos e envolve 700 famílias da Reserva Extrativista Chico Mendes, que passaram a integrar o processo de extração do látex para a produção do preservativo. A matéria-prima coletada fica em dez pontos de armazenamento, na floresta, até seguir para a fábrica.

O impacto positivo para a região pode ser medido no bolso dos extrativistas. O rendimento médio de cada seringueiro é de R\$ 350 (US\$ 206) por mês. Com a fábrica, o governo estadual estima que eles terão aproximadamente R\$ 2,2 milhões (US\$ 1,3 milhão) de renda gerada por ano. No Acre, a atividade extrativista representa cerca de 83% da renda familiar dos habitantes. Dinheiro que movimenta a econo-

mia local e muda a realidade das pessoas. “Agora, posso comprar minhas coisas e sair com meus amigos nos fins de semana. E ainda sobra dinheiro para ajudar meus pais”, conta Wellington. Ao todo, foram investidos R\$ 31,3 milhões (US\$ 18,4 milhões) na fábrica, dos quais R\$ 19,6 milhões (US\$ 11,5 milhões) do Ministério da Saúde e da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Também foram aplicados outros recursos estatais, além da participação do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID).

Outro motivo que impulsionou a construção da fábrica é o fato de o Brasil ser produtor de látex de seringueiras nativas. Além disso, o estado do Acre desenvolve um amplo programa de incentivo ao desenvolvimento da cadeia

produtiva de borracha natural, matéria-prima para a produção do preservativo. “A borracha é o principal produto extrativista do estado, de importância estratégica tanto para a conservação da biodiversidade quanto para o desenvolvimento social e econômico da região”, diz Tânia Guimarães, diretora-técnica da Fundação de Tecnologia do Estado do Acre, instituição responsável pela implantação da fábrica.

Antes da construção da Natex, foram feitos diversos estudos de viabilidade técnica e econômica, que envolveram o Instituto Nacional de Tecnologia (INT), a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), a Fundação de Tecnologia do Estado do Acre (FUNTAC), outros ór-

gãos do governo estadual e a Cooperativa Agro-extrativista de Xapuri (CAEX), além de empresas privadas.

**Sustentável** – Com 2.664 metros quadrados de área construída, a fábrica está baseada nos conceitos de desenvolvimento sustentável, social e ambiental. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Xapuri tem cerca de 15 mil habitantes, dos quais 25% são seringueiros que vivem na Zona Rural. Estima-se que, para a fábrica, serão extraídas 500 mil toneladas de látex por ano, o que corresponde a 8% da produção anual de todo o estado. Por ano, o Acre produz 6,2 milhões de toneladas de látex.

## Benefícios

Os benefícios da construção da fábrica também se estendem para o campo da saúde, já que foram promovidas ações de saúde e prevenção durante a capacitação dos seringueiros. A fábrica também trará vantagens ao meio ambiente, por meio do manejo sustentável da floresta, do uso racional dos recursos naturais e da incorporação de tecnologia adaptada à realidade das populações extrativistas. Além disso, nos 24 seringaais que participam do projeto, localizados nos municípios de Xapuri, Brasília e Acrelândia, foram feitas obras de saneamento básico (fossa e sumidouro) e instalados kits de luz solar em residências.



**Venda em pontos comerciais pouco convencionais e distribuição em lugares de difícil acesso são estratégias para reduzir preço do preservativo e ampliar uso do insumo**

Já imaginou poder comprar preservativo a baixo custo em locais diversificados, como academia de ginástica, padaria, locadora de vídeo, papelaria, e até sapataria? Em algumas cidades dos estados de São Paulo e do Ceará, isso acontece desde a metade da década de 90. É o que se chama de "mercado social do preservativo", iniciativa que busca ampliar o acesso ao produto com a venda em estabelecimentos comerciais que tradicionalmente não o comercializam.

O consumidor ganha em praticidade, pois não precisa se deslocar muito para adquirir a camisinha, e no preço: a embalagem com três unidades é vendida a R\$ 1,00 (US\$ 0,06), enquanto que em redes de farmácias e supermercados os mesmos não saem por menos de R\$ 2,50 (US\$ 1,47), em média. Iniciativas como essa dão respaldo aos dados do Ministério da Saúde, com base em pes-

quisas de comportamento sexual, que indicam bares, boates, lojas de conveniência e bancas de jornal como os locais em que as pessoas gostariam de poder comprar o preservativo.

No início dos anos 90, como a experiência do mercado social do preservativo ainda engatinhava no Brasil, o aprendizado aconteceu na prática. Havia muita resistência ao fato de o produto ser vendido em lugares não convencionais. Em 2002, uma lei federal passou a permitir a venda do insumo em qualquer estabelecimento comercial.

O primeiro passo antes de começar a ação é escolher uma área de atuação. Depois, ONG mapeiam as características locais, como comércio, lazer, cultura e serviços de saúde disponíveis. Só então começam as ações diretas com empresários sobre a importância da prevenção das DST/aids e da venda de preservativos.



Fotos: Marcia Minello



Como forma de incentivar a adesão ao projeto, o primeiro lote de camisinhas é gratuito. A partir daí, a ONG passa a fornecer o produto. "Queremos convencer o comerciante de que ele pode, também, ser um agente de saúde", explica Marta McBritton, presidente da ONG Barong, organização que trabalha com o mercado social do preservativo no estado de São Paulo, onde existem aproximadamente 300 pontos de venda do insumo.

**Jardim São Luís** – Alguns desses pontos de venda ficam no bairro Jardim São Luís, Zona Sul da cidade de São Paulo. A locadora de DVD de Celeste Camisa Nova é pioneira da ação. "Aqui, é comum as pessoas alugarem filmes pornográficos e levarem a camisinha junto. Não quero lucro, quero apenas ajudar as pessoas. Tanto que o estoque nunca acaba. Quando está perto do fim, já peço reabastecimento", conta o comerciante.



Graças à venda de preservativos na locadora de Celeste, a prevenção às DST e à aids chegou ao consultório do irmão dela, Marco Antônio Camisa Nova, que é dentista. A clínica fica ao lado da locadora e é uma extensão do ponto de venda. A estratégia, nesse caso, é deixar folhetos sobre DST na sala de espera. "A ação é fundamental, porque falta informação, principalmente nos bairros da periferia", diz Marco Antônio.

**Papelaria e academia** – Quando começou a notar que a quantidade de jovens e adolescentes grávidas só aumentava em seu bairro, Wargton Oliveira, dono de uma papelaria, aderiu à iniciativa. Consciente de sua responsabilidade para com a comunidade, ele não dá crédito à desconfiança e ao mau humor de alguns pais de jovens que moram na região. "Tem uns [pais] que não gostam que eu venda camisinha, mas não ligo para isso".

**MERCADO SOCIAL DO PRESERVATIVO**  
Estratégia que tem como finalidade ampliar o acesso de populações vulneráveis ao preservativo, reduzir o preço do insumo, diversificar os pontos de venda e distribuição e promover seu uso vinculado a questões sociais. É também chamada de marketing social.

- 1 - Celeste atende cliente que compra camisinha em sua locadora de filmes;
- 2 - O dentista Marco Antônio, irmão de Celeste, também vende preservativo em seu consultório



Na academia do professor Marcos Souza, os alunos também podem comprar o preservativo. Quando as camisinhas começaram a ser vendidas, as pessoas questionaram se a ação não estimularia a prática sexual. “Quero dar acesso rápido e barato ao preservativo. Muitos alunos saem da academia direto para as festas. Tenho que fazer alguma coisa por essa galera”, diz Marcos.

Andréia Soares é outra típica consumidora do mercado social do preservativo. Ela trabalha em uma sapataria que vende a camisinha e, pela facilidade no acesso, sempre compra o produto. Para ela, o ponto positivo é que os clientes, principalmente as mulheres, não precisam passar por situações muitas vezes constrangedoras. “A mulher nem sempre quer ir à farmácia e aqui ela não precisa se expor”.

**Pontos de venda** – Outro estado que tem uma experiência importante no mercado social do preservativo é o Ceará, no Nordeste do país. São cerca de 1.400 pontos de venda. Segundo Márcia Araújo, presidente da ONG Aliança Luz, que atua no estado, a atual amplitude do serviço reflete a mudança no comportamento dos comerciantes. “Com acesso à informação, eles se descobrem como parte principal nesse processo”.

Para o futuro, a expectativa é fortalecer a estratégia do mercado social em todo o Brasil. O que não faltam são experiências acumuladas, que servem de estímulo para a continuidade da ação. “Minha motivação vem da mudança de comportamento que vejo nos comerciantes. Antes, eles não encontravam outro sentido para a venda do preservativo a não ser o lucro. Agora, percebem o valor humano agregado à venda”, diz Márcia Araújo.



3 - Preservativos à venda em uma livraria do bairro Jardim São Luis  
4 - Marcos incentiva uso da camisinha entre alunos de sua academia de ginástica

## Prevenção na favela

**Associações comunitárias levam prevenção às áreas pobres do Rio de Janeiro. Nas favelas do Complexo do Alemão, acesso ao preservativo é facilitado para os jovens**

Passa da meia-noite e um jovem moto-taxista bate à porta da casa da líder comunitária Lúcia Cabral, no **Complexo do Alemão**, um conjunto de favelas na periferia do Rio de Janeiro. O rapaz diz que o assunto é urgente e pede camisinhas. “Não posso correr risco, tia”, diz o garoto, que preferiu pedir ajuda a Lúcia a ter que descer o morro à noite para comprar preservativo. O motivo é o medo do confronto da polícia com os traficantes de drogas.

Lúcia é uma das agentes comunitárias que dissemina informações e entrega o preservativo na favela – um local que, apesar de estar na zona ur-

bana da segunda maior cidade do Brasil, é de difícil acesso para profissionais da saúde. Lá, quem tem credibilidade e vínculo com os moradores são os líderes comunitários e outros agentes como ela. Daí a importância da parceria do governo com a sociedade civil na prevenção da aids.

A associação de bairro que Lúcia representa é o Espaço Democrático de União, Convivência, Aprendizagem e Prevenção (EDUCAP). O grupo promove a prevenção junto aos chamados “meninos do tráfico” – jovens que desde cedo trabalham para o tráfico de drogas. Esses garotos, alguns com pouco mais de



10 anos, são considerados vulneráveis para o HIV, porque são marginalizados pela sociedade e não têm acesso a informação ou aos serviços de saúde.

Para evitar o confronto com a polícia, muitos meninos ficam no morro. Lá, eles ocupam lugar de destaque. Por causa do poder do tráfico, ganham muito dinheiro e têm fácil acesso a álcool e drogas como cocaína e maconha. Nesse contexto, é comum terem múltiplas parcerias sexuais, o que aumenta a exposição às DST e à aids. "Eles se previnem porque sabem que a pessoa com HIV sofre discriminação. Já vi soropositivos serem expulsos com a família", conta Lúcia.

**Fiscalizando os becos** – No Complexo do Alemão e em pelo menos mais 20 favelas, os "camelôs educativos" são fonte de informação sobre DST/aids e outros temas de saúde importantes para a comunidade, como dengue, tuberculose e hepatites. "Mas o nosso carro-chefe é a camisinha", explica Lúcia Cabral. "O nome e a linguagem que usamos é a nossa cara: é como se nosso produto fosse a prevenção. E funciona porque sempre chama a atenção e vem gente de todo canto para ver o que temos a oferecer".

O "camelô educativo" é itinerante, vai para feiras da favela e outros encontros da comunidade, como os bailes funk – que reúnem jovens e que têm a música, o sexo e as drogas como principais atrativos. É comum garotas e garotos terem mais de um parceiro na mesma festa, o que para alguns é uma forma de ganhar status entre os funkeiros. "Para saber se eles estão mesmo usando camisinha, vou aos becos [cantos escuros das festas, onde os jovens namoram e fazem sexo] para ver se tem camisinha usada no chão".

**Capacitação** – Antes de criar o EDU-CAP, Lúcia participou das atividades do Centro de Promoção da Saúde (CEDAPS), uma rede de associações comunitárias de base que promove capacitações para que pessoas e instituições elaborem projetos de captação de recursos. "Nessas comunidades, todos os segmentos afetados pela epidemia estão no mesmo contexto", explica Kátia Edmundo, do CEDAPS, diferenciando o trabalho dos demais feitos pelas ONG de aids.

Sônia Regina da Silva, moradora e líder comunitária do Morro do Urubu, favela na Zona Norte da capital carioca, também faz parte do CEDAPS. "Não queremos substituir o posto de saúde, mas não queremos que falte camisinha".

Sônia fornece preservativos para moradores e trabalhadores que passam pelo morro, como garis, distribuidores de bebidas e carregadores. Eles não só recebem os preservativos, como os passam a amigos, familiares, colegas de trabalho. "Se não for a gente, que mora aqui, quem vai ter coragem de subir o morro para garantir a prevenção e dar camisinha?", questiona Sônia.



Atividades de prevenção acontecem em barracas de camelôs nas ruas do Complexo do Alemão

**“O nome e a linguagem que usamos é a nossa cara: é como se nosso produto fosse a prevenção”**

Lúcia Cabral,  
líder comunitária

## Foco na integração

**Estratégia promove a realização de ações integradas de prevenção, assistência e promoção dos direitos humanos para atender às necessidades das pessoas que vivem com HIV e aids**

Reduzir as vulnerabilidades e promover a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV e aids (PVHA) é o foco central da estratégia de prevenção positiva. São ações que fortalecem a resposta a demandas surgidas a partir da política de acesso universal ao tratamento com anti-retrovirais, adotada a partir de 1996. A garantia de medicamentos refletiu-se no aumento da expectativa de vida das PVHA, notado a partir do fim dos anos 1990.

Vários aspectos contribuem para a suscetibilidade das pessoas ao HIV e a outras DST. Fatores sociais, econômi-

cos, políticos e jurídicos fazem com que diversos grupos disponham de meios diferentes de se proteger dos riscos de infecção pelo vírus.

A desigualdade de poder entre homens e mulheres, por exemplo, pode dificultar a negociação do uso do preservativo nas relações heterossexuais. Da mesma forma, o preconceito contra homossexuais e profissionais do sexo pode limitar o acesso desses grupos aos serviços de saúde e de educação, o que compromete a obtenção de informações e de insumos de prevenção.

Seropositiva desde 1997, a advogada Beatriz (ao centro) conta com apoio e carinho dos quatro filhos







Quando uma pessoa se infecta pelo HIV, esses contextos de vulnerabilidade não desaparecem. Pelo contrário: após o diagnóstico, novos desafios se colocam para sua vida pessoal, afetiva, social e profissional. O estigma, o preconceito e a discriminação contra as PVHA, ainda muito presentes na sociedade, reduzem suas possibilidades de dialogar sobre seu diagnóstico, suas dúvidas, angústias e medos.

Esses três fatores também contribuem para aumentar a vulnerabilidade dessas pessoas à reinfeção pelo HIV e à exposição a outras DST, além de dificultar a adesão ao tratamento, o que pode comprometer sua qualidade de vida. "No fundo, a grande missão da prevenção positiva é combater esses elementos, desmistificando o 'viver com aids'", diz Mariângela Simão, diretora do Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde.

A partir de 2005, essas ações – que isoladamente acontecem há bastante tempo – passaram a ser tratadas de forma transversal, interdisciplinar, institucional e integral. Desde então, a estratégia de prevenção positiva passou

a nortear as discussões do Programa Nacional de DST e Aids. Foram publicados dois materiais voltados para esse público específico: uma cartilha sobre alimentação e nutrição e o primeiro volume da série Dicas Positivas, com informações sobre adesão ao tratamento.

**Protagonismo** – Outra ação adotada para fortalecer a estratégia foi o incentivo ao protagonismo das pessoas que vivem com HIV. No Dia Mundial de Luta Contra a Aids de 2006, o governo brasileiro lançou campanha de mídia feita por pessoas que viviam com aids na vida real. Com o slogan "A vida é mais forte que a aids", a campanha teve como protagonistas o ator Cazu Barroz, hoje com 36 anos, com aids desde os 17; e a advogada Beatriz Pacheco, atualmente com 62 anos, com aids desde os 51.

Nos filmes para a televisão e gravações para rádios, Cazu e Beatriz falavam do viver com aids, apesar do rigor do tratamento, do preconceito e da necessidade de usar preservativo para se prevenir. Só então revelavam que eles mesmos eram portadores do vírus. A reação da opinião pública foi de sur-

presa pela coragem dos depoimentos, que também falavam das novas perspectivas de vida, de trabalho, de relações afetivas.

O publicitário Ivan\*, 34 anos, teve duas surpresas nos últimos dois anos. A primeira, em 2006, foi quando descobriu que tinha HIV. A segunda, em 2007, foi quando percebeu que o diagnóstico de um ano antes não significaria o fim de sua vida afetiva. "Fiquei chocado com o diagnóstico, claro. Mas não tive medo de sofrer retaliação no mercado de trabalho, porque tenho meu próprio negócio. Eu só imaginava que nunca mais conseguiria namorar ninguém", conta.

Esse "ninguém" apareceu na cafeteria do cinema. Entre a primeira xícara de café e a marcação do próximo encontro, os dois rapazes conversaram por mais de duas horas. Uma semana depois, estavam namorando. "Fiquei surpreso quando soube e a adaptação não foi fácil. Mas, aos poucos, percebemos que o vírus não impede nossa relação. Afinal, as pessoas devem se cuidar sempre", diz o técnico em informática Fábio\*, 28 anos, namorado de Ivan.

## Trabalho resgata dignidade

Um dos principais focos da estratégia de prevenção positiva, a reinserção dos portadores do HIV no mercado de trabalho, ganha força em iniciativas como a **Coopermodas**, de São José do Rio Preto, cidade de 425 mil habitantes, no interior do estado de São Paulo. São 20 mulheres e um homem, todos soropositivos, que – assim como a famosa marca Daspu, de prostitutas do Rio de Janeiro – encontraram na moda uma forma de resgatar a auto-estima, gerar renda e, mais do que isso, retomar suas atividades profissionais.

A idéia de criar uma cooperativa de modas partiu dos próprios participantes, depois de um curso oferecido em 2007 pelo Serviço de Atendimento Especializado (SAE) do Programa Municipal de DST e Aids. No curso, o Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE) ensinou técnicas de empreendimento e de formação de pequena empresa, além de assumir o desafio de sustentar um negócio que nenhum deles conhecia antes. "Só uma pessoa do grupo sabia costurar, mas todo mundo quis aprender. A gente se dividiu e cada um se capacitou em uma área que era importante para a cooperativa", conta Raquel Freitas, uma das integrantes da Coopermodas.

A fábrica funciona na garagem cedida pelo Grupo de Amparo ao Doente de Aids (GADA), uma ONG local. Na frente, estão expostas roupas e artesanatos feitos pela turma da cooperativa e por outras pessoas que se capacitaram em cursos promovidos pelo SAE. Nos fundos, o pessoal da Coopermodas se reveza em dez máquinas de costura compradas pelo SAE, com recursos do governo federal, repassados para o Plano de Ações e Metas do município. Nos cinco primeiros meses de funcionamento, já recebeu encomendas de três empresas da cidade para confecção de roupas e uniformes.

Mais do que gerar renda, a grande prioridade da cooperativa é promover a saúde, a qualidade de vida, a adesão ao tratamento e a prevenção para os integrantes e seus parceiros, garante Silvana Alves Bonfim, 37 anos, 22 deles com HIV. Ela é agente de saúde desde 1998 e coordena a Coopermodas. Silvana sabe da importância do emprego na vida de quem sofre discriminação por ter aids. "Não temos máquina de costura para todos, mas queremos trabalhar cada vez mais, inclusive nos fins de semana. Algumas pessoas passaram a ter orgulho de viver dennis que voltaram a trabalhar".



Moda ajuda 21 soropositivos a resgatar auto-estima e a gerar renda

COOPERMODAS  
20% dos lucros da cooperativa são reservados para pagar contas e compor o fundo de reserva. O resto é dividido entre os integrantes, de acordo com as horas trabalhadas.



Fotos: Fabrício Spatti/BRASC



## Metas para o público feminino

**Aumento no número de casos de aids leva governo a elaborar plano específico para conter avanço da epidemia no sexo feminino. Em iniciativa pioneira, as transexuais são reconhecidas como mulheres**

O aumento de 82% no número de casos novos de aids registrados no sexo feminino, entre 1995 (7.280 casos) e 2005 (13.249 casos), e os cenários de vulnerabilidade das mulheres frente ao HIV foram os principais fatores que motivaram a construção do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST.

Lançado pelo presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva no Dia Internacional da Mulher (8 de março) de 2007, o plano é resultado de uma ampla parceria articulada entre o Ministério da Saúde, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e agências da Organização das Nações Unidas – UNFPA, UNIFEM e UNICEF.

Quase um ano antes do lançamento do plano, a Sessão Especial sobre HIV e Aids das Nações Unidas (UNGASS),

realizada em Nova York, em junho de 2006, reafirmou o perfil heterossexual e feminino da epidemia mundial. Em todo o mundo, as mulheres já representam 50% da população infectada.

No continente africano, já são maioria, com 60%. Segundo a ONU, a desigualdade de gênero e todas as formas de violência contra as mulheres são fatores determinantes para o crescimento da vulnerabilidade feminina à doença.

Essas desigualdades ficam mais claras nas relações de poder entre homens e mulheres, na menor capacidade que as mulheres têm para negociar o uso do preservativo e tomar as decisões que envolvem a sua vida sexual e reprodutiva, além da violência doméstica e sexual praticada contra mulheres e meninas.

**Transexuais** - Discriminação e preconceito de raça, etnia e orientação se-



Presidente Lula no lançamento do plano para mulheres: casos de aids cresceram 82% em dez anos

xual e falta de percepção das mulheres sobre o risco de infecção pelo HIV completam a lista de vulnerabilidades. Nesse contexto, inserem-se as transexuais, que pela primeira vez são oficialmente reconhecidas como mulheres. Esse grupo, além de todas as vulnerabilidades características do público feminino, também está exposto aos efeitos da homofobia (leia mais sobre o assunto nas páginas 39 a 43).

Nesse contexto, uma das principais metas do Plano de Enfrentamento da Feminização da Epidemia diz respeito ao acesso ao diagnóstico do HIV. O plano prevê dobrar, nos próximos anos, o percentual de mulheres que já realizaram teste anti-HIV, dos atuais 35% para 70%, dando seqüência ao significativo avanço observado entre 1998 e 2005, quando o índice passou de 17% para

33%. O resultado é explicado, em grande parte, pelo aumento da realização do teste no pré-natal.

As diferenças de gênero também ficam mais explícitas quando se analisam alguns índices de uso de preservativo na primeira relação sexual. Entre homens jovens, as principais razões para não usar o insumo são a falta da camisinha na hora da relação, a ausência de informação e orientação e o fato de não pensar no assunto.

Entre mulheres jovens, a confiança no parceiro aparece como principal motivo, ao lado de não se lembrar do preservativo e não tê-lo na hora do sexo. Outros cenários são ainda mais contrastantes: 87% dos homens usam preservativo em relações sexuais eventuais, mas apenas 23% das mulheres o usam com namorados, noivos ou maridos.

USO DO PRESERVATIVO POR JOVENS (15 A 24 ANOS) NA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL

1986	1991	1998	2004	2005
9,0%	10,5%	42,3%	53,0%	58,4%

DISQUE SAÚDE  
0800 61 1997

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
MAIS ATENÇÃO A VOCE

FAÇA O PRÉ-NATAL E EXIJA  
OS EXAMES DE SÍFILIS E AÍDS.  
O tratamento é um direito seu e do seu bebê.

Ministério  
da Saúde



## Geração saudável

**Governo amplia recursos para reduzir transmissão de HIV e sífilis da gestante para o bebê. Meta é dobrar número de testes de diagnóstico no pré-natal – de 3,5 milhões para 7,1 milhões**

A redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis é outra meta incluída no plano de mulheres. Esse item, prioritário para o Programa Nacional de DST e Aids, acabou se transformando em um documento específico, lançado no fim de 2007. Com o Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis, o Governo Federal pactua com estados e municípios metas para redução dos índices até 2011.

Atualmente, o Ministério da Saúde investe R\$ 38,8 milhões (US\$ 22,8 milhões) exclusivamente na aquisição de anti-retrovirais para gestantes e bebês HIV positivos, inibidores de lactação, fórmula infantil e testes para HIV e sífilis. Para ampliar as ações, estão previstos mais R\$ 16 milhões (US\$ 9,4 milhões) no repasse anual que o Ministério da Saúde faz para estados e municípios.

Com o Plano, pretende-se aumentar a cobertura de testagem para o HIV e sífilis no pré-natal. O número de testes de sífilis realizados em gestantes passará de 2,1 milhões para 4,8 milhões (leia mais sobre transmissão vertical da sífilis na página 89). Os exames VDRL, usados para detectar a sífilis, são disponibilizados no SUS pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. No caso dos testes de HIV, o número passará de 1,4 milhão para 2,3 milhões.

Os cálculos para cobertura de 100% das gestantes atendidas na rede pública de saúde foram feitos com base no número estimado de grávidas atendidas no SUS por ano (2,4 milhões). Por meio de medidas preventivas e de tratamento adequado, as chances de transmissão vertical do HIV caem para perto de 1% e pode-se eliminar a sífilis congênita. Outras metas do documento são o aumento da cobertura no tratamento de gestantes com sífilis e seus parceiros e a ampliação das ações de prevenção e tratamento da transmissão vertical do HIV e da sífilis em gestantes, parturientes e crianças.

O pequeno João Marcos nasceu saudável, em março de 2008, no Hospital Regional Inácio de Sá, em Salgueiro, Pernambuco. Ele é o primeiro filho da estudante Crislaine Silva Feitosa, 19 anos, que mora em Verdejante, uma cidade vizinha.

Crislaine, que não tem HIV, amamenta João Marcos: "sabia que meu filho nasceria com saúde"



Marinildo Albuquerque

**Dos 474.273 casos de aids acumulados desde 1980 no Brasil, 11.026 foram resultado direto da transmissão vertical do HIV – o que representa 83,4% do total de casos de aids em crianças com menos de 13 anos**

A jovem mãe fez os testes de HIV e sífilis duas vezes no pré-natal e mais uma vez na hora do parto, conforme as recomendações do Ministério da Saúde. “Eu me senti mais segura, porque sabia que meu filho nasceria com saúde”, diz Crislaine, que não tem o vírus da aids.

No quarto ao lado, Cleidiane Oliveira da Silva, 24 anos, comemora o nascimento de Maria Vitória, sua primeira filha. Ela mora em Rodelas, na Bahia, e foi passar férias na casa de parentes. Maria Vitória apressou-se e decidiu que era hora de nascer. Cleidiane, ao contrário de Crislaine, não tinha feito os exames no pré-natal. “No hospital da minha cidade, não tinha os testes. Eu sabia que não tinha nada, mas foi um alívio saber que estava tudo bem comigo e com minha filha”, diz a moça, que fez os testes rápidos para HIV e sífilis na hora do parto.

Com a implantação da política de redução da transmissão vertical, a partir de 1995, os números nessa faixa etária caíram de 836 casos novos, em 1996, para 344, em 2006. Com relação à sífilis congênita, estima-se que o Brasil tenha, hoje, 12 mil casos por ano. No entanto, em 2005, somente 5.710 casos da doença foram registrados, demonstrando a grande subnotificação da doença.

**Paciente pioneira** – Ângela\*, 39 anos, vive com HIV e tem dois filhos saudáveis, um menino de 10 anos e uma menina de 8. Descobriu que era portadora do vírus quando estava no oitavo mês de gestação do filho mais velho. A vitória de Ângela e de seus filhos é fruto do trabalho de prevenção da aids na gestação realizado pelo Hospital Ipiranga, em São Paulo. Ela foi a primeira

paciente atendida no Centro Interdisciplinar de Moléstias da Gestação, criado em 1997. Desde então, a unidade já atendeu a aproximadamente 600 gestantes com HIV. Em todos esses anos, apenas uma criança foi infectada.

No Hospital Ipiranga, as mulheres fazem em um só dia coleta para exame de sangue, acompanhamento da evolução do HIV, da gestação e da saúde do bebê. Esse ‘pacote’ de intervenções, dizem os profissionais da equipe, contribui para a eficácia do tratamento, porque muitas mulheres não têm dinheiro para ir ao serviço de saúde várias vezes. No caso de Ângela, o cuidado e a atenção que recebeu foram tão marcantes que ela ainda frequenta o hospital. Normalmente, a mãe é liberada das consultas quando o bebê completa seis meses de vida. “Meus filhos são a prova de que valeu a pena ter investido na saúde”.

Outra marca do serviço é a interdisciplinaridade. O grupo é formado por infectologistas, ginecologistas, pediatras, psicólogos e assistentes sociais. “Se não discutirmos os casos juntos, o tratamento não funciona. E além da parte clínica, temos preocupação com a vida social das pacientes. Nosso trabalho não é somente prescrever remédio. Entramos na vida das pessoas”, diz a ginecologista e obstetra Luciana Lunardi.

Porém, atender gestantes com HIV nem sempre foi fácil. A médica Luciana conta que muitas vezes saiu de casa, de madrugada, para fazer partos de mulheres portadoras do vírus, porque outros profissionais tinham medo de se infectar. Nessa época, o preconceito era tão grande que os quartos das gestantes soropositivas no hospital eram iso-

lados. “Foi difícil mudar essa realidade, mas conseguimos. Hoje, até os residentes [estudantes de medicina] querem fazer os partos”.

**Encontro na internet** – Na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), o Núcleo Multidisciplinar de Patologias Infecciosas na Gestação também tem feito a diferença na vida de gestantes soropositivas. A abordagem é a mesma do Hospital Ipiranga e alguns profissionais atuam nas duas equipes. Cláudia\*, 37 anos, foi encaminhada ao serviço por seu médico particular, no terceiro mês de gestação.

Ela tem HIV desde 2001 e há dois anos vive com o marido, também portador do vírus. Eles se conheceram em um site de relacionamentos voltado para soropositivos. Quando decidiram ter um filho, já sabiam que era possível prevenir a transmissão da doença e por isso procuraram um serviço de referência. Enquanto espera a chegada do bebê – que ela já sabe que é uma menina – tira boas lições de tudo o que aprendeu depois do diagnóstico. “Sou uma pessoa melhor, mudei a forma de ver a vida”.

Casos como o de Ângela e o de Cláudia encorajam os profissionais de saúde. Sandra Guaré, infectologista, é voluntária do serviço desde 1999. Uma vez por semana, ela realiza consultas e acompanha mulheres infectadas no pós-parto. “O que me estimula a continuar é o bom resultado do trabalho e saber que fazemos diferença na vida das pessoas”. Na UNIFESP, houve apenas dois casos confirmados de infecção por HIV em bebês, de um total de 700 mulheres soropositivas atendidas, desde 1997.

Cláudia\*, portadora do vírus da aids desde 2001, espera a chegada da primeira filha



## Estudo detalha panorama nacional

O estudo "Sentinela Parturiente", realizado com 16 mil gestantes de todo o Brasil, revelou que 62% das mulheres grávidas fizeram teste anti-HIV durante o pré-natal, em 2006. No ano 2000, a cobertura foi de 54%. Por outro lado, 19% das grávidas não fizeram o exame nem no pré-natal, nem no momento do parto. Outras 19% fizeram apenas o teste rápido para o HIV na hora do parto. Especificamente sobre sífilis congênita, o estudo estimou em aproximadamente 50% o índice de subnotificação (leia mais na página 89).

De acordo com os dados, a região que mais realizou teste de HIV no pré-natal foi a Sul (86%), seguida da Sudeste (74%) e da Centro-Oeste (70%). Os índices mais baixos foram registrados nas regiões Nordeste (41%) e Norte (46%). A pesquisa mostrou, também, que a cobertura é baixa nos municípios de menor porte. Naqueles com menos de 50 mil habitantes, a testagem para o vírus da aids nas parturientes foi de 52%. Nos municípios acima de 400 mil habitantes, o percentual foi de 71%.

O "Sentinela Parturiente" é realizado a cada dois anos, por meio de parceria entre o Ministério da Saúde, a Fundação Oswaldo Cruz, o UNICEF e o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos.



### Transmissão vertical do HIV

Desde 1995, o Ministério da Saúde fornece o AZT injetável para gestantes infectadas pelo HIV e seus filhos. O uso do medicamento pela gestante, a partir da 14ª semana de gestação, durante o trabalho de parto e pelo recém-nascido é uma conduta padrão. Como em outros países, o Brasil adota, desde 1997, a oferta universal do teste anti-HIV para as gestantes no pré-natal. Recomenda-se a substituição do aleitamento materno por leite humano pasteurizado ou por leite artificial, que está disponível no SUS.

Como estratégia para reduzir a transmissão vertical do HIV, o uso do teste rápido foi intensificado a partir de 2004. Inicialmente, foram priorizadas as gestantes e as populações de difícil acesso e maior vulnerabilidade. A partir de 2007, foi aprovado o incentivo à testagem rápida do HIV nos serviços de saúde, com repasse de recursos financeiros por parte do governo federal.

No país, a taxa de transmissão vertical do HIV vem sofrendo queda gradativa, com ampla variação regional. Em 2000, foi de 8,6%. Em 2004, de 6,8%. A transmissão vertical do HIV, quando não são realizadas intervenções de profilaxia, pode ocorrer em cerca de 25% dos casos. Com as intervenções recomendadas pelo Programa Nacional de DST e Aids, a taxa de transmissão vertical pode baixar para níveis entre 1% e 2%. Essas intervenções, todas oferecidas pelo SUS, são:

1. Uso de ARV a partir da 14ª semana de gestação;
2. Utilização de ARV durante o trabalho de parto;
3. Realização de cesariana em gestantes com carga viral alta ou desconhecida;
4. Uso de ARV para o recém-nascido;
5. Uso de inibidor de lactação para a mãe e fornecimento da fórmula infantil até os seis meses de idade.



**Aceitar é uma opção, respeitar é um dever**

**Ações do governo reforçam combate à homofobia e aprofundam debate sobre legislação e cidadania. Porém, violência contra essa população ainda é grande**

O governo do Brasil foi o primeiro do mundo a promover uma conferência específica para o público **LGBT** e **HSH**. Realizado em Brasília, em junho de 2008, o evento reuniu cerca de mil participantes, entre delegados, observadores e convidados. A conferência serviu para reforçar o compromisso brasileiro com essa população, inclusive no que diz respeito ao combate à **homofobia**, à discussão sobre legislação e ao acesso aos serviços de saúde.

As decisões tomadas e os documentos elaborados estão disponíveis no site [www.conferencianacionalglbt.com.br](http://www.conferencianacionalglbt.com.br). Antes da conferência nacional, foram promovidas conferências em todos os 26 estados e no Distrito Federal. "O governo federal, especialmente o Ministério da Saúde, tem-se mostrado sensível à nossa causa e isso é um avanço. Este é o caminho para atingirmos a cidadania plena", comemora Toni Reis, presidente da Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transsexuais (ABGLT).

Com relação à epidemia, ações concretas para conter a incidência de aids e outras DST nessa população estão definidas no Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e das DST entre Gays, HSH e Travestis. Lançado em março de 2008, o plano foi elaborado com a participação da sociedade civil, de profissionais de saúde e de acadêmicos. Lésbicas e transexuais foram contempladas no plano de enfrentamento da feminização da epidemia, lançado em 2007 (leia mais nas páginas 32 e 33).

**LGBT**  
Nova sigla para lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros (que inclui travestis e transexuais).

**HSH**  
Sigla para homens que fazem sexo com homens.

**HOMOFOBIA**  
É a discriminação, a prática de atos violentos ou a violação da cidadania por conta da orientação sexual. A Constituição Federal proíbe qualquer forma de discriminação: de origem, sexo, cor, idade ou religião. As vítimas de homofobia podem pedir à Justiça reparação por danos morais. Atualmente, tramita no Senado Federal um projeto de lei que torna a homofobia crime. No Congresso Nacional, também atua a Frente Parlamentar pela cidadania LGBT, que tem aproximadamente 200 integrantes, entre deputados e senadores.



O plano tem como prioridade, nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal), reduzir as vulnerabilidades relacionadas à orientação sexual, ampliar as informações sobre essa população e garantir o acesso à prevenção da aids e outras DST. Isso reduz a exposição à homofobia e à violência, importantes fatores de vulnerabilidade às DST e aids.

Essas ações dão continuidade ao "Brasil sem Homofobia", programa do governo federal lançado em 2004. O documento é um marco histórico na luta pelo direito à dignidade e pelo respeito à diferença. As bases dessa iniciativa são promoção de saúde, segurança pública, trabalho, educação e cidadania para a população LGBT.

No Brasil, a taxa de incidência da aids entre gays e HSH é de 226,5 casos por 100 mil habitantes, enquanto que na população geral é de 17,5 casos por 100 mil habitantes. Em relação às faixas etárias, entre 1996 e 2006, os casos de aids aumentaram entre jovens de 13 a 24 anos e caíram em adultos acima de 30 anos. "As ações se justificam pelos desafios que ainda precisam ser superados para reduzir as vulnerabilidades sociais e epidemiológicas da população LGBT", explica Mariângela Simão.

Entre 2006 e 2008, o Ministério da Saúde financiou investiu R\$ 2,2 milhões em 147 projetos de ações de prevenção em saúde e defesa dos direitos humanos nas paradas do orgulho LGBT.



**Invisibilidade lésbica** – Fátima Silva, da ONG Grupo de Mulheres Felipa de Sousa, no Rio de Janeiro, avalia que há diferenças na discriminação de homens e mulheres homossexuais. "A identidade é gay, mas homens são mais respeitados na sociedade. No caso das mulheres, há mais discriminação e invisibilidade", avalia.

O grupo defende que, no caso das mulheres, a homofobia está ligada à violência simbólica e física e pode ser comprovada pela própria dificuldade de fazer denúncias. Mesmo nas delegacias especiais de mulheres, que existem em várias cidades do Brasil, há casos de recusa em atender lésbicas.

Uma mulher lésbica que se sentir discriminada ou for vítima de violência deve denunciar o caso na Delegacia da Mulher mais próxima. Em alguns estados, como o Rio de Janeiro, há serviços de apoio específicos, como o SOS Mulher e o Disque Direitos Humanos. Ameaças, agressões, insultos, violência física e sexual são as formas mais comuns de identificar esse ato.

### Gays e HSH

**60% dizem ter usado preservativo na última relação sexual**  
**33% deles dizem já ter feito teste para HIV**

### Homens heterossexuais

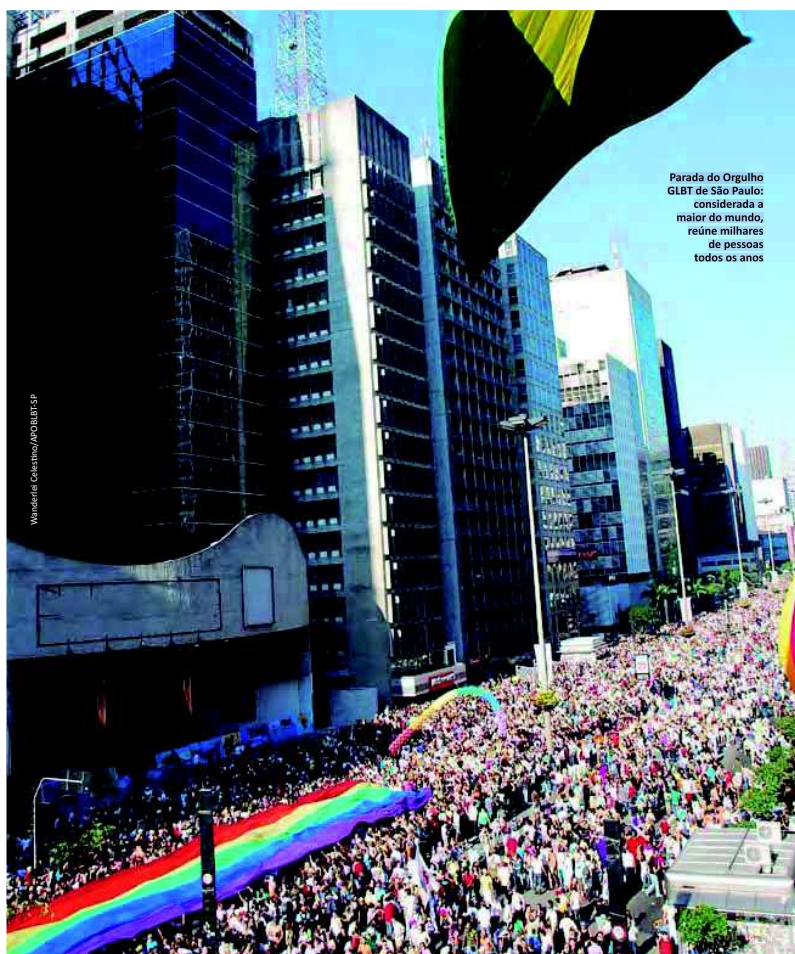
**43% dizem ter usado preservativo na última relação sexual**  
**21% deles dizem já ter feito teste para HIV**

### Violência cresce

O relatório anual do Grupo Gay da Bahia (GGB), uma das principais ONG de cidadania LGBT do Brasil, é uma importante fonte de dados sobre casos de violência de natureza homofóbica. Em 2007, de acordo com o levantamento do GGB, 122 homossexuais e travestis foram assassinados no Brasil – quase uma morte a cada três dias.

Esse número é 30% maior do que o registrado em 2006 e põe o Brasil no topo da lista de crimes homofóbicos, seguido do México (35 casos) e dos Estados Unidos (25). Do total de assassinatos registrados no relatório, 70% foram de gays, 27% de travestis e 3% de lésbicas. Entre 1963 e 2007, foram registradas 2.802 mortes de gays, lésbicas e travestis no Brasil.

Outro agravante é que vítimas de agressão por orientação sexual raramente relatam ou denunciam o abuso, como mostra pesquisa realizada na 10ª Parada do Orgulho GLBT de São Paulo, em 2006. Dos 846 entrevistados, 43% afirmaram já ter sofrido agressão motivada pela sexualidade. Porém, somente 11% das pessoas procuraram a polícia e 1%, organizações da sociedade civil.



Parada do Orgulho GLBT de São Paulo: considerada a maior do mundo, reúne milhares de pessoas todos os anos

Wanderlei Calastino/ANDRETTA/SP

## A Justiça como aliada

As vítimas de homofobia que vão à Justiça para garantir seus direitos e punir os agressores são a exceção dos casos de violência e discriminação praticados contra a população LGBT. Embora não existam estudos com o número de infratores punidos, alguns casos comprovam que houve avanços nos últimos anos. Em diversas instâncias da Justiça, empresas de grande porte – como montadoras de veículos e redes de supermercados – têm recebido condenações por danos morais, em virtude de discriminação praticada contra seus funcionários ou clientes homossexuais.

Um dos principais motivos para o crescimento dessas decisões judiciais é a atuação de ONG como a Nuances, do Rio Grande do Sul. Financiada com recursos do Ministério da Saúde desde 1997, a instituição criou uma assessoria jurídica para orientar gays, lésbicas, bissexuais e transgêneros que têm seus direitos violados. Em todo o país, foram investidos mais de R\$ 3 milhões (US\$ 1,76 milhão) em projetos desse tipo, que recebem, encaminham e monitoram denúncias de violações de direitos humanos. As ONG também são responsáveis por orientar vítimas de violência, articular parcerias, divulgar informações e multiplicar conhecimentos sobre legislação.

Outra ferramenta que auxilia o combate à homofobia é o “Banco de dados de violações de direitos humanos e HIV/aids”, criado pelo Ministério da Saúde em 2007. O sistema, disponível no site <http://sistemas.aids.gov.br/denuncia>, permite o cadastro de denúncias sobre violação de direitos de pessoas que vivem com HIV ou aids. O banco de dados é alimentado pelas instituições que acompanham o caso e o anonimato é garantido.

### Perfil Desembargadora Maria Berenice Dias



Maria Berenice Dias é uma importante aliada na busca pela aprovação de leis contrárias à homofobia e que garantam direitos de famílias homossexuais. Primeira mulher a se tornar desembargadora do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, ela já escreveu três livros sobre o tema e criou o termo “união homoafetiva”. Maria Berenice sensibilizou-se com a causa quando percebeu a discriminação que essa população enfrenta. Atualmente, trabalha com o conceito de “famílias”, no plural mesmo, para abranger as relações afetivas que estão fora dos padrões pré-estabelecidos na sociedade. Ela observa alguns avanços significativos na Justiça brasileira, que nos últimos anos reconheceu o direito de herança, doação de órgãos e adoção entre casais homossexuais. Contudo, reconhece que o principal desafio é a criação de lei que criminaliza a homofobia. “Sem a lei, não há reconhecimento de cidadania”.



Pela primeira vez, grupo de travestis é recebido no gabinete do ministro da Saúde

## Travesti também quer dignidade

No contexto da homofobia, uma pesquisa realizada na 10ª Parada GLBT de São Paulo, em 2006, constatou que 85% das travestis e transexuais entrevistadas disseram já ter sido vítimas de violência – quase o dobro dos outros entrevistados. “Se você conversar com qualquer travesti, ela vai ter uma história de agressão para contar”, resume Keila Simpson, presidente da Associação Nacional de Travestis (ANTRA).

Os problemas começam cedo, ainda na escola, quando as trans são alvo de piadas e preconceito de colegas e professores. Pelo menos 50% delas sofrem discriminação no ambiente escolar, o que leva muitas transexuais a abandonar os estudos. Até atos simples do cotidiano, como ir ao banheiro, causam transtorno. “É uma situação embaraçosa, porque não há convenção se o correto é utilizar o banheiro para homens ou para mulheres”, diz Keila.

Para ela, que vive em Salvador, na Bahia, a violência é o maior fator de vulnerabilidade das travestis. “Vivemos um processo diário de violação de nossos direitos básicos. Mas hoje, felizmente, podemos sentar com o governo para discutir políticas públicas eficazes. Isso é um avanço”. Um desses avanços citados por Keila foi a conquista do direito de usar o nome social nos prontuários do SUS. A decisão, tomada no início de 2008, está garantida na Carta dos Usuários de Saúde do SUS.

Desde 2003, o projeto Tulipa (Travestis Unidas Lutando Incansavelmente pela Prevenção da Aids) identifica e fortalece lideranças de travestis e transexuais, capacitando-as para o trabalho de prevenção do HIV e garantia de direitos humanos, valorizando-lhes a auto-estima e a cidadania. O projeto está organizado em cinco centros regionais e uma coordenação nacional.



# SAÚDE e PREVENÇÃO NaS ESCOLAS

Atitude pra curtir a vida

## Prevenção na sala de aula

**Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas  
trabalha temas como DST e aids,  
saúde sexual e saúde reprodutiva em mais  
de 1.500 estabelecimentos públicos de ensino**

Preservativo disponível nas escolas e atividades sobre DST, aids, drogas e gravidez na adolescência podem até gerar críticas dos núcleos mais conservadores da sociedade, mas são uma importante ferramenta para o enfrentamento da aids. No Brasil, a realidade é clara: pesquisas de comportamento sexual do Ministério da Saúde indicam que a idade média na primeira relação sexual é de 15 anos, para meninos, e de 16 anos, para meninas.

Os estudos também mostram que, entre os jovens, o índice de uso do preservativo na primeira relação sexual – um importante indicador para avaliar o impacto das ações de prevenção – não pára de crescer: passou de 9% em 1986 (DHS), para 66%, em 2005 (PCAP). No entanto, não se pode ignorar que 34% dos jovens não usaram camisinha na primeira relação sexual, em 2005.

No cenário de uma epidemia que cresce entre meninos homossexuais e meninas com menos de 20 anos, prover o jovem com informações para que

ele possa tomar decisões sobre sua própria vida é uma questão de saúde pública. Além de números, há também outros argumentos: o jovem, por exemplo, costuma buscar referência nos amigos. Logo, quanto mais informação sobre prevenção o jovem tiver, mais provável será que ele se torne um multiplicador. E mais um motivo: hábitos aprendidos na juventude tendem a ser seguidos mais facilmente na vida adulta.

É nesse contexto que surge o projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) – uma parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação, a UNESCO, o UNFPA e o UNICEF. Seu início foi em 1995, com o Projeto Escolas, a primeira iniciativa do governo federal para promover ações de prevenção no ambiente escolar. A ideia central era reduzir a vulnerabilidade dos jovens e adolescentes às DST, ao HIV e à gravidez precoce.

O projeto, que passou a se chamar SPE em 2003, inclui tema da saúde



Ilustração retirada do "Caderno das Coisas Importantes", lançado para estudantes, em 2006

reprodutiva e sexual na educação de jovens de 13 a 24 anos das escolas públicas, tendo a educação preventiva como elemento principal. Para os jovens, é uma forma de discutir sem tabus ou brincadeiras temas que são importantes para eles, como sexualidade, diversidade e preconceito.

Hoje, o SPE atinge mais de 1,5 mil escolas da rede pública. Em 2006 e 2007, mais de 3 mil pessoas participaram de atividades de formação, entre professores, profissionais da saúde, adolescentes e jovens. Todas as ações do projeto envolvem a participação de adolescentes e jovens de 13 a 24 anos, professores, diretores de escolas, pais dos alunos e gestores municipais e estaduais de Saúde e Educação.

**Amapá** – De acordo com o

**Censo Escolar 2006**, o Amapá, na região Norte, é o estado com o maior índice proporcional de escolas públicas que trabalham itens como promoção da saúde e educação preventiva. Quase 17% das escolas da rede pública de ensino do estado disponibilizam preservativos para os alunos. Nos últimos anos, foram capacitados aproximadamente 590 professores, em 32 escolas de 15 municípios. Uma dessas escolas é a Maria Virgulino, que fica na periferia da capital, Macapá, e integra o SPE.

Lá, funciona o Grupo de Adolescentes Prevenidos, reunindo líderes jovens que trabalham a prevenção junto aos seus colegas. Rômulo Pereira, 17 anos,

é um dos que participam da iniciativa. O garoto diz que é comum os jovens do grupo serem abordados por pais que pedem para que os adolescentes deem explicações sobre DST e aids aos seus filhos. “Isso tira a responsabilidade deles [dos pais]. Eles confiam na gente, sabem que nosso trabalho é sério”.

Uma pesquisa sobre o SPE, realizada pela UNESCO, mostrou que 90% dos alunos e 63% dos pais aprovam a disponibilização de preservativos nas escolas. Aparecida da Silva, auxiliar de limpeza em uma escola particular, disse que suas amigas de trabalho ficaram espantadas ao saber que sua filha, uma moça de 17 anos, fazia parte de um projeto de prevenção na escola em que estudava. “Quando falei dos preservativos, minhas colegas disseram que eu dava muita liberdade a minha filha. Expliquei que o trabalho era importante e que tinha a participação dos pais e dos professores”, diz a mãe.

Vasti Pereira, 39 anos, acredita ser natural que, em um primeiro momento, a distribuição de preservativo choque, porque os pais sempre acham que a escola vai incentivar o sexo precoce entre os jovens. Para ela, esse conflito é fruto da dificuldade de diálogo entre gerações. “Existem muitos assuntos sobre os quais os filhos não falam com os pais. Eles preferem ir até os amigos, que falam a mesma língua. Por isso, o envolvimento dos jovens é tão importante”, diz ela, mãe de uma menina de 16 anos.

Atividades de alunos da escola Maria Virgulino, em Macapá, no Amapá

**CENSO ESCOLAR 2006**

O estudo mostrou que 100 mil escolas públicas trabalham o tema DST/aids no Brasil. A disponibilização do preservativo, que ocorre em 10 mil unidades de ensino, não é aleatória: só acontece em escolas participantes do SPE, que prevêem, no projeto pedagógico, cursos, oficinas e palestras sobre saúde sexual e saúde reprodutiva. A disponibilização do insumo também precisa ser aprovada pela comunidade escolar, que envolve pais, alunos, professores e outros funcionários.



Foto: Franchisco Guaita

**Estudantes desenvolvem máquina dispensadora de preservativos que será testada em escolas públicas em 2008. Equipamento terá instruções para estudantes com deficiência visual e auditiva**

**Para camisinha, aperte o botão**

Para ampliar e fortalecer as ações do Saúde e Prevenção nas Escolas, um concurso movimentou alunos dos Centros Federais de Educação Tecnológica (CEFET) em 2007. Foi o Prêmio de Inovação Tecnológica, uma parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação e as agências da ONU no Brasil – UNESCO, UNICEF, UNODC e UNFPA. A idéia era incentivar os jovens estudantes a desenvolver o protótipo de máquinas dispensadoras de preservativos, que serão usadas nas escolas participantes do SPE.

O projeto vencedor foi o do CEFET estado de Santa Catarina, na região Sul, que recebeu prêmio de R\$ 50 mil (US\$ 29,4 mil). Criada por cinco alunos dos cursos de design, automação e radiologia, a máquina consumiu três

meses de pesquisas e mais quatro para o desenvolvimento do projeto. Dentro do equipamento, há dez colunas, cada uma com capacidade para 50 preservativos. O funcionamento é digital: o aluno **digita uma senha** e as caminhas caem, uma por uma. Todos os componentes eletrônicos são produzidos no CEFET, exceto o teclado e a tela.

Além de desenvolver o projeto, os alunos também pensaram nos jovens portadores de necessidades especiais: o equipamento tem teclas em braille, para deficientes visuais, e dispositivo de som, para deficientes auditivos. Para os jovens estudantes, o esforço valeu a pena, porque a máquina, ao facilitar o acesso ao preservativo, será uma importante ferramenta para frear o avanço das DST/aids e da gravidez indesejada.

Detalhe da máquina digital que será usada em escolas do projeto SPE

**DIGITA UMA SENHA**

Os dados de acesso dos estudantes serão armazenados em um pendrive e poderão ser coletados periodicamente. Essas informações poderão ser usadas em pesquisas sobre acesso ao preservativo e comportamento sexual, por exemplo.



Foto: Vercelina Pantof



“O mais interessante foi o objetivo social, o impacto [que a máquina terá] na vida dos jovens”, avalia Gabriel Costa Sousa, 26 anos, responsável pela automação do equipamento. Ele e os quatro colegas tiveram a supervisão do professor Mário Lúcio Roloff. “O projeto tornou possível a integração entre diversas áreas de conhecimento dentro da própria escola e isso foi muito positivo para todos nós”, diz Roloff, 32 anos, ex-aluno do curso de eletrotécnica.

Em abril de 2008, foram liberados os recursos para a produção de 400 unidades da máquina, ao custo unitário de R\$ 400 (US\$ 235,2). Os equipamentos serão testados em escolas de Santa Catarina e da Paraíba que participam do SPE. Nessa fase, será avaliada a funcionalidade da máquina e a necessidade de ajustes técnicos. A meta é ter o protótipo pronto no final de 2008, para ser implantado nas escolas a partir de 2009.

Uma das unidades que deverão participar da etapa de testes é a Escola Prefeito Alberto Werner, em Itajaí, cidade litorânea de Santa Catarina. Lá, um grupo de 20 alunos, de 10 a 15 anos, promove oficinas e gincanas sobre DST/aids, drogas, respeito às diversidades e gravidez na adolescência. As atividades acontecem duas vezes por semana e têm o apoio de alunos dos cursos da área de saúde da universidade local.

A pedagoga Dílma Hoier, 42 anos, que coordena o trabalho dos alunos, diz que os temas não são tratados somente nas aulas de ciências e biologia, mas também em disciplinas como português, matemática, geografia, educação física e religião. Na escola, que tem 240 alunos, a distribuição de preservativos ainda não é rotina. “Ainda temos muita resistência dos pais e professores, mas estou certa de que, em pouco tempo, poderemos avançar para garantir o acesso ao preservativo para nossos jovens”, conta Dílma.



1 - Máquina pesa 18 quilos e tem capacidade para 50 preservativos  
2 - Alunos do professor Roloff (ao fundo, à direita), que desenvolveram o equipamento



### Prêmio Escola

Além do prêmio da máquina de preservativos, o governo federal e as agências da ONU no Brasil também criaram, em 2007, o Prêmio Escola – um concurso de cartazes para estudantes de escolas públicas sobre a prevenção da aids. Foram selecionados os seis melhores trabalhos, sendo três do Ensino Fundamental e três do Ensino Médio. As vencedoras foram escolas de Santa Catarina, Rondônia, Rio Grande do Sul e São Paulo. Os primeiros colocados ganharam computadores (para a escola, o aluno e o professor). O segundo e terceiro colocados receberam aparelho de DVD (para a escola). Todos os selecionados ganharam viagem para Brasília, materiais educativos e diploma da ONU. A comissão julgadora dos dois concursos foi formada por representantes do governo federal, escolas do SPE, universidades, agências da ONU e da iniciativa privada.



Moda engajada da Daspu resgata auto-estima de prostitutas e reflete política inclusiva, baseada na defesa dos direitos humanos e no combate à discriminação

## Das calçadas para as passarelas

Irreverência e bom-humor são os grandes segredos da grife Daspu para se manter sob os holofotes da mídia brasileira e estrangeira, desde que foi criada, em 2005. Ligada à ONG Davida, que trabalha a prevenção à DST e à aids e os direitos humanos das prostitutas do Rio de Janeiro, a marca garantiu visibilidade às profissionais do sexo e fortaleceu os projetos sociais da instituição. É uma prova de como uma política inclusiva, com abordagem baseada na defesa dos **direitos humanos**, pode contribuir para reduzir o estigma e a discriminação dessas pessoas na sociedade.

Antes mesmo de o primeiro modelo ser mostrado em uma passarela, a Daspu já tinha fama. O nome da marca, surgido em alusão a uma grife de luxo de São Paulo, rendeu um pouco de dor de cabeça à Davida, que che-

gou a ser acionada na Justiça. Mas a ação não causou maiores problemas. Ao contrário, fez com que a grife criada por prostitutas fosse respeitada dentro e fora do Brasil.

Além dos veículos nacionais, jornais e revistas do Japão, Grécia, França, Inglaterra, Estados Unidos, Argentina, Canadá e Alemanha publicaram reportagens sobre a Daspu, que cria peças inspiradas no cotidiano das profissionais do sexo. Uma das primeiras coleções, por exemplo, foi inspirada no universo dos caminhoneiros.

Nas roupas, foram usados materiais inusitados, como peças de caminhões e borracha. Mas, para as meninas da grife, a maior representação do quanto a Daspu ganhou o mundo não é a repercussão na mídia, e sim uma única peça: o vestido de noiva da coleção de 2006.

### DIREITOS HUMANOS

Pela lei brasileira, a prostituição não é crime. Toda pessoa é dona de seu corpo e pode usá-lo como quiser. Mas tirar proveito da prostituição, seja de que forma for, é crime. Assim, manter casas de prostituição, viver às custas de prostitutas ou mesmo induzir alguém a esse tipo de trabalho, por exemplo, são considerados delitos. As penas podem ir de um a oito anos de reclusão. Atualmente, tramita no Congresso Nacional um projeto de lei para regulamentar a profissão.

**GOVERNO**  
Em fevereiro de 2008, o Brasil realizou a primeira Consulta Nacional sobre DST, Aids, Direitos Humanos e Prostituição. No encontro, do qual participaram prostitutas, travestis, transexuais, ativistas do movimento social, gestores e profissionais de saúde, foi produzido um documento de referência com a posição brasileira sobre o tema. Foram propostas estratégias e ações de promoção à saúde para pessoas que exercem a prostituição e identificadas situações de discriminação, estigma, violência e exclusão social.

**FINANCIAR**  
De 1999 a março de 2008, o Programa Nacional de DST e Aids investiu R\$ 17,4 milhões (US\$ 10,2 milhões) em 536 projetos da sociedade civil voltados para prostitutas.

Feito de lençóis de motéis e camisinhas, ele já viajou duas capitais brasileiras (São Paulo e Belo Horizonte), visitou Estados Unidos (São Francisco), Turquia (Istambul), Áustria (Klagenfurt) e, atualmente, está em exposição na Alemanha (Berlim), onde fica até 2009. "Não é mais uma peça de roupa, é uma obra de arte que valoriza a história das prostitutas, o que elas representam", diz Gabriela Leite, secretária-executiva da ONG Davida.

Com mais de 25 anos de ativismo pelos direitos das prostitutas, Gabriela aponta o governo federal como um importante parceiro da Davida. "Quem, além do governo, teria interesse e coragem de [financiar] de ser parceiro de uma ONG de prostitutas?", provoca. Mas, além do governo, outros parceiros já vestiram a camisa da Daspu.

A coleção criada no início de 2008, por exemplo, foi feita a partir de uma parceria com o Curso de Design de Moda da Fundação Mineira de Educação e Cultura (FUMEC). Com a marca, a Davida abriu um leque de possibilidades nunca antes pensado, como parcerias e convites para desfilir nas principais capitais do Brasil e fora do país.

**Visibilidade** – Em seus desfiles, a Daspu fala de prevenção, de prostituição, de dignidade, de ousadia. Os modelos se misturam: modelos profissionais, prostitutas da Davida e as chamadas "amigas da Daspu" – mulheres que pedem para participar porque aprovam a idéia. No Rio de Janeiro, o endereço da Davida tornou-se ponto de referência para turistas e curiosos que querem conhecer o trabalho de prostitutas que fazem da moda um meio de reduzir o preconceito e a hipocrisia.

Para Gabriela, além de um negócio, a Daspu é uma forma de sensibilizar e mobilizar as pessoas. "Sempre pensei num movimento mais alegre. Qualquer pessoa vai mais longe se levar junto da

causa a cultura, a arte". Por meio de atividades culturais – como a peça teatral "Cabaré da Vida" e o bloco de carnaval "Prazeres da Vida" – a ONG encontrou formas alternativas de promover a integração social, o uso do preservativo e a prevenção, além de reduzir o preconceito em relação às prostitutas.

Pensando como empresa, a Daspu quer fazer do reconhecimento do seu trabalho uma moeda para firmar novas parcerias. "Em vez de assumir o papel de vítima, a sociedade civil tem de inventar, inovar, buscar outras formas de se sustentar. Sempre acreditei em projetos sustentáveis e a Daspu comprova isso", diz, orgulhosa, Gabriela Leite.

**Das páginas para as telas** – A trajetória das prostitutas, que já virou o livro "As Meninas da Daspu", agora será transformada em documentário. Filmada por uma equipe italiana, a história é mais uma mudança na vida da prostituta Jane Elói, que vive com HIV desde 1997 e trabalha na ONG desde 2004. Jane ganhou fôlego para lutar pela vida depois da visibilidade da grife, que a fez sentir-se mais valorizada e mais aceita pela sociedade. "A Daspu veio para levantar minha auto-estima. Se antes eu tinha vergonha de me assumir como prostituta, agora eu tenho orgulho. E o mesmo foi com o HIV".

Jane é mãe de três filhos. Dois deles nasceram depois que ela descobriu o HIV. Mas as crianças não têm o vírus. Hoje, mais segura e confiante, ela não tem vergonha de sua profissão e se entusiasma ao lembrar os momentos de fama. "Quem poderia imaginar que algum dia minha imagem sairia no jornal ao lado de Gisele Bündchen, na semana do Fashion Rio?", diz Jane, referindo-se ao principal evento de moda do Rio de Janeiro. "Depois que passei a me sentir mais segura, revelei minha soropositividade e disse para mim mesma: 'agora eu quero viver'".

## Daspu mundo afora

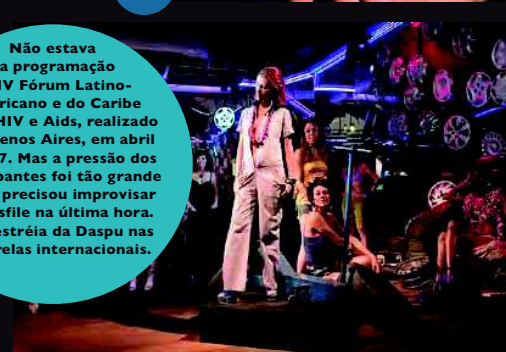
O designer italiano Antonio Cagianelli, que trabalhou como garoto de programa para pagar os estudos, criou três modelos de vestidos para a grife. As peças foram apresentadas em uma exposição em Milão, em abril de 2008.

Em março de 2008, 13 fotos da reportagem da brasileira Isabela Pacini sobre a Daspu, publicadas na revista "Hekmag", de Berlim, são selecionadas pelo Lead Awards 2008 para a exposição Visual Leader 2008, na Casa da Fotografia (Haus der Photographie), em Hamburgo, Alemanha.

O grupo Stella, de Montreal, Canadá, estampou ensaio fotográfico para a revista canadense Urbania, em editorial de moda para o verão de 2007, que falava sobre a grife brasileira, prostituição e direitos humanos.

Não estava na programação do IV Fórum Latino-Americano e do Caribe sobre HIV e Aids, realizado em Buenos Aires, em abril de 2007. Mas a pressão dos participantes foi tão grande que se precisou improvisar um desfile na última hora. Foi a estréia da Daspu nas passarelas internacionais.

À direita, reportagens sobre a Daspu em revistas estrangeiras: visibilidade também fora do Brasil



--- **ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS ALTERAM SEUS SENTIDOS** ---

**MAS NADA ALTERA SEUS DIREITOS NO SERVIÇO DE SAÚDE**

**QUEM USA DROGAS TEM DIREITO A ATENDIMENTO SEM DISCRIMINAÇÃO.**



## O desafio da redução de danos

Estratégia reduz em 72% o número de casos de aids em usuários de drogas injetáveis. Desafio é ampliar ações e envolver, além da saúde, áreas como justiça, segurança pública e educação

A localização geográfica de São José do Rio Preto pôs a cidade de 400 mil habitantes na chamada "Rota da Cocaína". Perto dali, o estado de Mato Grosso do Sul é uma das portas de entrada da droga produzida na Bolívia e comercializada no Paraguai – os dois países que fazem fronteira com o estado da região Centro-Oeste. Essa característica geográfica trouxe ao município, a 450 quilômetros de São Paulo, o desafio de acompanhar, desde o início, as discussões de um importante tema para usuários de drogas, especialmente as injetáveis.

Adotada pelo Ministério da Saúde a partir de 1994, com apoio do Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime (UNODC), a estratégia de redução de danos foi uma das principais responsáveis por uma importante mudança no perfil da epidemia no país. Em meados dos anos 90, quase 25% dos casos notificados de aids tinham relação direta ou indireta com o uso de drogas injetáveis. Atualmente, essa proporção está na casa dos 9% – considerando homens e mulheres.

O fato de estar na rota do tráfico obrigou São José do Rio Preto, um importante centro urbano regional, a apresentar uma resposta precoce diante do número de usuários de drogas injetáveis (UDI) na região. Isso porque essas pessoas passaram a ficar mais vulneráveis ao HIV e a outras doenças. Em 1996, um ano depois da criação do Programa Municipal de DST e Aids, a cidade participou de um projeto-piloto, em parceria com o Ministério da Saúde, que previa a troca de seringas como forma de prevenção.

Nos primeiros anos, apesar das críticas de setores conservadores, a realização das atividades junto à Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

**UDI**  
Estima-se que existam cerca de 193 mil UDI no Brasil, dos quais 76% fazem parte de algum programa de redução de danos. Atualmente, no Brasil, existem 156 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Ligados à área técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde, os CAPS são especializados no atendimento de dependentes de álcool e outras drogas e também desenvolvem trabalhos de redução de danos.

**Em dez anos, o número absoluto de casos de aids entre UDI caiu 72,6%**

CASOS DE AIDS EM UDI		
	1996	2006
Homens	3.961	1.078
Mulheres	853	241
TOTAL	4.814	1.319

**A redução de danos preserva e resgata a saúde dos usuários e dos que se relacionam com eles. Não é só distribuir o kit e fazer prevenção. Muitas vezes, o usuário quer se tratar, sair desse mundo, mas precisa de ajuda para se recuperar e ter saúde”**

**Jeane Rebolo**  
assistente social que trabalha em São José do Rio Preto (SP)

deu credibilidade às ações e fortaleceu a experiência nos primeiros anos. No início, seringas usadas eram trocadas por novas, estimulando o não-compartilhamento. Anos depois, o município passou a distribuir kits de redução de danos e preservativos, tanto nas ruas quanto nos postos de atendimento da rede pública. Hoje, todas as 23 unidades básicas de saúde, o Serviço de Atendimento Especializado, o Centro de Atenção Psicossocial, a sede do Programa Municipal de DST e Aids e a ONG GADA oferecem o kit.

**Vulneráveis** – Práticas de risco no consumo (como troca de seringas, agulhas e cachimbos) e sexo desprotegido, muitas vezes estratégias usadas para obter a droga, tornam os UDI mais vulneráveis às DST, à aids e às hepatites virais, dos tipos B e C. Da mesma forma, as estratégias de redução de danos são utilizadas também no tratamento das pessoas que usam álcool e outras drogas, com o objetivo de melhorar sua qualidade de vida, independentemente da interrupção do consumo da substância. “O contrário de dependência não é abstinência, é liberdade”, diz Domiciano Siqueira, 50 anos, pioneiro da redução de danos no Brasil.

Para ele, que implantou os primeiros programas de troca de seringas e agulhas em 1994, em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, o desafio atual é adequar a redução de danos à mudança no perfil do uso de drogas e ampliar o debate para outras áreas do conhecimento. “Devemos atingir usuários de maconha e drogas sintéticas, por exem-

plo, e não apenas os clássicos usuários de cocaína e outras drogas injetáveis”.

Na opinião do presidente da Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA), Elandias Bezerra Souza, a estratégia de redução de danos deve sair da área de conhecimento da saúde e envolver outros setores, como antropologia, sociologia, justiça, segurança pública e educação. “Somente com a sensibilização de novos parceiros, como acadêmicos e especialistas dessas áreas, poderemos construir uma verdadeira plataforma política do movimento de redução de danos no Brasil”.

**Esforço coletivo** – Em São José do Rio Preto, dos 3.444 casos de aids notificados entre 1985 e 2007, 922 foram causados pelo uso de drogas injetáveis. A boa notificação dos casos é resultado de uma busca ativa realizada por meio do estímulo à testagem (campanhas e ações que levam os testes de HIV à população geral e aos mais vulneráveis) e, sobretudo, de um esforço coletivo de diversos parceiros.

Ações integradas entre a sociedade civil e as áreas de DST/Aids e da Saúde Mental, com apoio da Secretaria Municipal de Saúde e sem interferência da polícia, são a receita para que as ações dêem certo. Oferecer horários mais flexíveis aos UDI para marcação de consultas nos serviços de saúde é outro diferencial que melhora a adesão ao tratamento.

As ações de redução de danos na cidade são feitas de segunda a sexta-feira, por meio de um convênio entre a Secretaria Municipal de Saúde e a ONG

GADA. Quem executa as atividades são agentes de saúde que foram ou ainda são usuários de drogas. “A estratégia de educação entre pares dá certo. Falamos a mesma língua do usuário, conhecemos bem esse universo”, diz a redutora de danos Aretha Nunes.

Travesti, ela conheceu cedo o mundo das drogas. O pai era dependente de álcool. Aos 9 anos, além de ingerir bebidas alcoólicas, cheirava cola de sapateiro. “Eu vivia à beira de um abismo. Aprendi as coisas ao contrário, de trás para frente”, diz Aretha. Parar de usar drogas não estava nos planos dela, até que a descoberta de uma hepatite a fez mudar de ideia. “Aos poucos, fui diminuindo os vários vícios que tinha. Hoje, vivo melhor, quero ajudar os outros”, diz ela, que foi prostituta por 18 anos.

Aretha, que vive com HIV desde 2000, é uma das agentes de prevenção das quintas-feiras, dias em que acontecem ações de redução de danos em um caminhão que leva a testagem do HIV, da sífilis e das hepatites à periferia de São José do Rio Preto. No trabalho, as comunidades recebem informações sobre as formas de transmissão das DST e da aids e os usuários de drogas recebem os kits de redução de danos.

Ela também “vai a campo”, expressão usada quando a equipe se desloca até as 21 “bocas” ou “mocós” – lugares escondidos onde as pessoas consomem drogas. Aretha acha que é possível ajudar os usuários, mesmo quando eles estão em estado alterado. “Não há resistência, eles têm interesse em se proteger. Se deu certo comigo, é possível com qualquer um”.



**Ex-prostituta e usuária de drogas, a travesti Aretha atua como redutora de danos na periferia da cidade**

**CRACK**  
A mudança no perfil de consumo das drogas é um fenômeno observado nos grandes centros urbanos do Brasil: usuários de cocaína migram para anfetaminas; UDI passam a consumir crack.

**Improviso** – C. M., outra redutora de danos, começou a usar drogas injetáveis no início da década de 80. Ela lembra as precárias condições em que as pessoas usavam a droga, expondo a saúde. “Na minha época, não tinha seringa. O jeito era improvisar. Fazíamos caneta virar seringa, diluíamos a cocaína com urina, água de bateria, água de esgoto ou de chuva”, conta.

Ela comenta o quanto os insuamos melhoraram a vida dos usuários e como foi preciso adaptar as ações a outras drogas, como o crack. A nova droga, um derivado do processamento da cocaína, trouxe outros desafios e fez a saúde pública repensar as estratégias de prevenção.

Nos últimos anos, além do kit, os redutores de danos passaram a distribuir também protetor labial, já que os lábios rachados por causa do uso do cachimbo podem ser um meio de transmissão do HIV e de hepatites. Eles também entregam copos com água para que sejam adaptados com um furo próximo da tampa, como se fosse um grande cachimbo. A água até a metade do copo e a tampa metálica ajudam a formar um filtro que reduz as substâncias tóxicas que vão para o pulmão.



**KITS DE REDUÇÃO**

O estojo é uma caixa de plásticos que contém seringas, agulhas, lenços anti-sépticos, preservativos, copo de plástico e água para misturar a droga. O usuário não precisa pedir autorização ou fazer cadastramento para receber o kit. O acesso é fácil: os kits, normalmente, ficam em estantes na área externa dos serviços de saúde, em locais com pouca circulação de pessoas, para garantir a privacidade do usuário.

**Quem é o usuário?**

Marginalizado, sem vínculo com familiares. Adoece com facilidade, não tem boa alimentação e usa várias substâncias (álcool, tabaco, maconha, cocaína, crack, inalantes). Esse é o perfil básico do usuário de drogas. No caso do crack, muitas vezes fica em estado alterado por três, quatro dias seguidos. Não come, fica isolado em terrenos baldios ou ambientes fechados, sem ventilação, e usa a droga sem parar, até que o próprio organismo não suporte e o obrigue a parar. “É comum meninas vendem o próprio corpo em troca de droga. Algumas engravidam e nem percebem”, diz a assistente social Jeane Rebolo.



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
MAIS ATENÇÃO A VOCÊ

DEIXE SAÍDA  
0800 81 1997

Ministerio

VOCÊ TEM DIREITO À INFORMAÇÃO,  
À PREVENÇÃO E AO TRATAMENTO DA AIDS.  
NÃO IMPORTA SUA COR.



## Raças e cores

**Ações afirmativas são usadas para enfrentar vulnerabilidade da população preta e parda ao HIV. Entre os índios, prevenção leva em consideração o contexto cultural de cada tribo**

A preocupação com a vulnerabilidade da população negra ao HIV e à aids intensificou-se a partir de 2001, quando a variável raça/cor foi introduzida nos instrumentos de registro dos casos de aids e demais agravos de notificação compulsória no Brasil. Desde então, apesar de os dados ainda serem **insuficientes** para uma análise mais aprofundada, é possível afirmar que existe, entre homens e mulheres **negros**, a tendência de aumento proporcional dos casos de aids e dos óbitos em decorrência da doença – enquanto que, entre os brancos de ambos os sexos, os dados apontam para redução proporcional.

Entre 2000 e 2006, o percentual de casos de aids registrados com a variável raça/cor cresceu na população que se declarou negra – de 36% para 43,1%, entre homens, e de 38,9% para 46,5%, entre mulheres. Na população que se referiu como branca, ocorreu o inverso: queda no número de casos

da doença – de 62,9% para 56%, entre homens, e de 60,1% para 52,6%, entre mulheres.

Pesquisas de comportamento sexual e conhecimento sobre HIV indicam que o conhecimento sobre as formas de transmissão e prevenção do vírus da aids é sempre maior entre brancos do que entre negros, com diferenças significativas do ponto de vista estatístico.

“Obviamente, as razões que deixam os negros mais suscetíveis à infecção pelo HIV não são biológicas, mas sociais, econômicas e culturais. Além disso, o racismo é outro importante fator que pode gerar ou acrescentar vulnerabilidade à epidemia”, avalia Mariângela Simão.

**Ações afirmativas** – Para enfrentar os cenários de vulnerabilidade a que a população negra está exposta, o Ministério da Saúde lançou, em 2005, o “Programa Estratégico de Ações Afirmativas: População Negra e Aids” – em parceria

**NEGROS**  
47,3% é índice de brasileiros que se auto-declararam negros (pretos e pardos), no censo realizado em 2005, pelo IBGE realizado em 2005, pelo IBGE.

**INSUFICIENTES**  
Quase um terço (27%) dos casos de aids registrados não têm informações precisas sobre raça/cor.



com o Ministério da Educação, a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial e a Secretaria Especial de Direitos Humanos, ambas ligadas à Presidência da República. O principal objetivo do documento é combater a discriminação racial e étnica, promover a igualdade, a equidade e os direitos humanos da população negra.

Naquele ano, a relação entre aids e racismo foi lembrada no Dia Mundial de Luta Contra a Aids, com o tema "Aids e racismo. O Brasil tem que viver sem preconceito". Nesse mesmo ano, foram lançados dois editais para chamadas de pesquisa sobre a população negra e HIV e aids. Foram investidos aproximadamente R\$ 2,2 milhões (US\$ 1,3 milhão) em 17 projetos.

**Afroatitude** – A primeira ação do programa estratégico, o Brasil Afroatitude, foi lançada no fim de 2004. A iniciativa distribuiu bolsas de iniciação científica para 500 alunos cotistas de 11 universidades públicas brasileiras. A verba é destinada para pesquisas sobre a epidemia de HIV e aids na população negra.

Desde então, foram realizadas duas mostras do Afroatitude: em 2006, em Belo Horizonte (Minas Gerais), e em 2008, em Florianópolis (Santa Catarina), reunindo cerca de 500 participantes cada uma. A mostra inclui trabalhos resultantes do projeto e promove fóruns, debates, painéis e apresentação de trabalhos nas modalidades oral, pôster e multimídia.

**Descendentes de escravos** – Além do Afroatitude, o trabalho de organizações da sociedade civil, em conjunto com as Coordenações de DST e Aids em estados e municípios, é uma importante arma para enfrentar a vulnerabilidade da população negra. Uma



**QUILOMBOLAS**  
Descendentes diretos de negros escravos, que vivem em comunidades isoladas, preservando suas tradições culturais. No Brasil, a escravidão foi abolida em 1888.

dessas instituições é o Coletivo de Negras da Amazônia, que desde 2006 realiza, em Macapá, no estado do Amapá, no extremo norte do país, o projeto de prevenção junto às comunidades **quilombolas**.

Atualmente, são atendidas 80 mulheres de 16 comunidades, em todo o estado. "Nosso objetivo é atingir as mulheres quilombolas, que não têm acesso fácil aos serviços de saúde na cidade. Fazemos um trabalho de prevenção, planejamento familiar e distribuição de camisinhas e medicamentos, todos os meses", diz Wangela Maria Fortunato, participante do projeto.

Ela trabalha como técnica de enfermagem do posto de saúde da Comunidade de Ilha Redonda, nos arredores de Macapá, e diz que o aumento no uso de preservativo é evidente. "O impressionante é que a gente dá 10 preservativos numa semana, e na outra, a mulher já vem aqui para pedir mais. Normalmente, usamos quatro ou cinco caixas por mês".

De acordo com o Atlas Racial Brasileiro/2004 e o Relatório de Desenvolvimento Humano 2005, produzidos pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), os negros são mais pobres, morrem mais cedo, têm escolaridade mais baixa e menor acesso a serviços de saúde do que a população branca.

## Sobre os negros no Brasil

**50% estão abaixo da linha de pobreza**

**25% vivem abaixo da linha de indigência**

**66,2 anos era a esperança de vida ao nascer, em 2000. Entre os brancos, era de 71,5 anos**

**38,0 por mil nascidos vivos era a taxa de mortalidade infantil entre negros, em 2000. Entre brancos, era de 22,9**

## Atenção à saúde dos índios

A população indígena é atendida pelo Programa Nacional de DST e Aids por meio de ações de prevenção, capacitação de agentes indígenas de saúde e de outros profissionais de saúde, produção de materiais educativos culturalmente contextualizados, além da participação nas Conferências Nacionais de Saúde Indígena.

O trabalho é feito em parceria com ONG, municípios e universidades. As ações favorecem a participação das comunidades, respeitam as culturas e os saberes tradicionais de cada povo e fortalecem as organizações indígenas como sujeitos políticos na definição de prioridades da saúde pública.

Desde 2004, a Fundação Nacional de Saúde vem implementando, em parceria com o Programa Nacional de DST e Aids, ações programáticas para controle das DST e da aids nos chamados Distritos Sanitários Especiais Indígenas. São 30, em todo o país. Até 2007, foram repassados aproximadamente R\$ 11 milhões (US\$ 6,5 milhões) para financiamento das ações.

Segundo dados de 2007, a população indígena é de 488.441 pessoas, de 215 etnias diferentes, que falam 180 línguas. Quase metade dessa população (49%), vive na região Norte. Outros 23% vivem no Nordeste e 17%, no Centro-Oeste. Em termos epidemiológicos, entre 2000 e 2007, foram identificados 634 casos de aids na população indígena adulta, dos quais 85 casos de gestantes infectadas pelo HIV.

FAÇA O QUE QUISER, MAS  
**FAÇA COM CAMISINHA**



www.saude.gov.br

DISQUE SAÚDE 0800 61 1997



Ministério da Saúde



Fotos: Rosane Lima/Instituto Arcorédis

Imagem de catálogo com fotos de mulheres presas: Brasil tem 422 mil detentos; 94% são homens

## Liberdade para se cuidar

**Experiências resgatam a auto-estima e promovem a saúde e os direitos humanos dos presos. Países da América Latina e Caribe reconhecem necessidade de ampliar ações contra HIV e aids**

prevenção e tratamento da aids entre pessoas privadas de liberdade na América Latina e Caribe. Pela primeira vez, foi realizada uma **Consulta Regional** sobre HIV e Aids no Sistema Penitenciário, ocasião em que se produziu um documento com recomendações dos países no enfrentamento da epidemia para esse público. Representantes de 20 países estiveram no encontro, realizado em São Paulo, mostraram uma demanda em comum: estreitar os laços entre os setores da Saúde e da Justiça, sociedade civil e organismos internacionais para fortalecer as ações dentro dos presídios.

### SISTEMA PENITENCIÁRIO

A Consulta foi realizada em parceria entre os Ministérios da Saúde, da Justiça e das Relações Exteriores; o Grupo de Cooperação Técnica Horizontal (GCTH); o UNODC e o UNAIDS; o Instituto Latino-Americano das Nações Unidas para Prevenção do Delito e Tratamento do Delinqüente (ILANUD); o Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV e Aids (CICT); a Agência de Cooperação Alemã (GTZ); e o Departamento Britânico para o Desenvolvimento Internacional (DFID).



As recomendações estão relacionadas a temas como ampliação do acesso ao preservativo nos presídios, tratamento de pessoas com HIV/aids, redução de danos, transmissão vertical, sexualidade, respeito aos direitos humanos, combate ao estigma e discriminação. As atividades deverão ser desenvolvidas por meio de parcerias entre representantes das áreas de Saúde e Justiça, organizações da sociedade civil e agências internacionais. Uma das propostas é que as recomendações façam parte das discussões da Conferência Ibero-Americana de Ministros de Justiça das Américas, marcada para outubro de 2008, na Costa Rica.

De acordo com estudo do UNODC, a prevalência da aids entre pessoas privadas de liberdade é mais alta que entre a população geral, que não cumpre pena. Nos países onde a maior frequência de transmissão do HIV é por via sexual, o índice de infecção pelo vírus nas cadeias chega a ser duas vezes maior do que na população em liberdade.

As condições de confinamento, de assistência inadequada e a falta de perspectivas são fatores que aumentam a vulnerabilidade dessas pessoas ao HIV/aids e outras doenças sexualmente transmissíveis. Nas prisões, são fatores adicionais de risco a dificuldade de acesso ao preservativo, o compartilhamento de lâminas de barbear e de materiais usados em tatuagens e piercings, além da esterilização inadequada ou reutilização de instrumentos médicos ou odontológicos. Em todo o mundo, estima-se que mais de 10 milhões de pessoas cumprem pena em prisões.

**Equipes na prisão** – No Brasil, onde a testagem do HIV não é obrigatória para os presos, o Ministério da Saúde lançou, em 2003, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Atualmente, o país tem uma população carcerária de mais de 400 mil pessoas. Todos os 26 estados e o Distrito Federal têm, pelo menos, um presídio. Uma resolução do Ministério da Justiça, de 1999, prevê direito de visita íntima a todos os presos – embora, na prática, a autorização fique a cargo da direção do estabelecimento penitenciário.

Em 13 dos 27 estados, existem nas unidades prisionais equipes multidisciplinares com médico, enfermeiro, dentista, psicólogo e outros profissionais de saúde. Esse formato repete os moldes das equipes das unidades básicas de saúde que atendem a rede pública. Cada equipe de penitenciárias estaduais recebe R\$ 5.400 (cerca de US\$ 3.150) por mês para custear as atividades.

“As ações de DST foram a porta de entrada da saúde nos presídios”, avalia a coordenadora de reintegração social do Departamento Penitenciário do Ministério da Justiça, Ana Cristina Alencar. Ela explica que, nos estabelecimentos penais onde não há equipes nesse formato, os presos são atendidos por profissionais de saúde que vão até o local ou são levados até os serviços de saúde das cidades para fazer consultas e ter acesso aos medicamentos.

**Sociedade civil** – A parceria com a sociedade civil rende ações de prevenção e promoção dos direitos humanos no

sistema penitenciário. A Pastoral Carcerária da Igreja Católica é um desses aliados que têm grande penetração e credibilidade junto a presos e agentes carcerários. Outro parceiro que contribuiu de forma criativa na promoção dos direitos humanos e na valorização das pessoas privadas de liberdade é o Instituto Arco-Íris, de Florianópolis, Santa Catarina.

Em 2000, a ONG iniciou um projeto-piloto no Presídio Feminino de Florianópolis, formando um grupo com as presas para discutir DST e aids, redução de danos e direitos humanos. A partir de uma escolha das detentas, o grupo criou o projeto Voo para a Liberdade, com financiamento do Ministério da Saúde. Usando fotografia, vídeo e outros recursos de comunicação, como o jornal Coisara da, o projeto buscou novas formas de abordar a condição da mulher confinada e os cuidados com a saúde.

O resultado foi a publicação de um livro com poesias das presas e de uma série de postais que viraram a exposição fotográfica e o livro Ensaio para a Liberdade, que traz fotos do projeto, algumas delas tendo as próprias detentas como modelos, nuas. Todos os materiais foram produzidos e escolhidos por elas. “A ideia é converter a presa em agente de saúde, criar espaços de decisão e valorização delas”, diz a presidente do Arco-Íris, Irma Manuela Paso.

As imagens e os textos revelam o universo das presas, o ambiente das celas, a questão da afetividade, das visitas íntimas, da gravidez e da maternidade, da prevenção. “Hoje

vai ser a minha primeira visita íntima. Ele vai trazer lençol, toalha, comida e camisinha, porque eu não sei com quem ele anda lá fora”, disse a presa M., em depoimento publicado na revista Ferida Aberta, outra publicação da ONG.

**Palco por trás das grades** – Em Hortolândia, interior de São Paulo, a experiência com o teatro foi a forma que o Programa Municipal de DST e Aids encontrou para sensibilizar os presos. A cidade de 220 mil habitantes tem metade da população vinculada ao Complexo Penitenciário de Hortolândia, que abriga 10

mil detentos. “Cada preso traz, em média, nove pessoas para o município, daí a importância de levar a prevenção para esse público”, conta o diretor do Programa Municipal, Sérgio Ferreira Júnior.

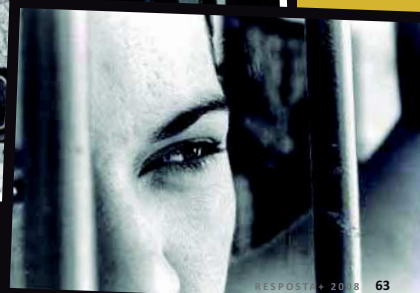
Ele propôs a encenação da peça teatral “Auto da Camisinha”, do cearense José Mapurunga, uma comédia baseada no teatro de rua e literatura de cordel. Os atores são os detentos do regime semi-aberto, que nos primeiros oito meses de projeto encenaram a peça 12 vezes. O público vai desde os colegas de

presídio e familiares que vão à penitenciária nos dias de visita, até funcionários de órgãos governamentais e de empresas locais.

Ao final do espetáculo, os atores revelam ser detentos. “Resgatamos a auto-estima, a noção de cidadania. Nós os capacitamos em DST e aids e hoje eles são referência para os colegas, tornaram-se multiplicadores de informações no presídio”, revela Sérgio, que teve o projeto selecionado para o VII Congresso Brasileiro de Prevenção das DST e Aids, realizado em Florianópolis, em junho de 2008.



Do total de presos do Brasil, 183 mil cumprem pena provisória







## Solidariedade que une

O Dia Mundial de Luta Contra a Aids (o "1º de Dezembro") de 2007 foi histórico para o Brasil. Em uma demonstração de respeito e tolerância às diferenças, representantes de diversas religiões reuniram-se, pela primeira vez, em um ato pelas vítimas da epidemia. O local foi o Cristo Redentor, que teve um laço vermelho de oito metros de altura colocado aos pés da estátua. O laço é o símbolo mundial de solidariedade pelas pessoas afetadas pela aids.

Participaram da cerimônia líderes católicos, judeus, protestantes, muçulmanos e de religiões de matriz africana e indígena, além de parlamentares e representantes de organizações da sociedade civil e do movimento de pessoas que vivem com HIV. O Cristo Redentor, principal cartão-postal do Brasil, foi escolhido por ser conhecido mundialmente e por simbolizar a paz.

Na cerimônia, aberta pelo cardeal arcebispo do Rio de Janeiro, dom Eusébio Oscar Scheid, o pastor José Roberto Cavalcante, do Conselho Nacional de Igrejas Cristãs (CONIC), pediu perdão às vítimas da doença pelo estigma e preconceito que as afetam. "A aids não é um 'castigo de Deus', como se imaginava no início da epidemia. É uma doença como outra qualquer, que pode atingir a qualquer um de nós".

### Grupos ligados

a religiões cristãs

e de matriz africana

mostram como a junção

entre respeito e tolerância

pode fazer com que crenças

diferentes atuem em torno

de um mesmo

ideal

Dom Antônio Augusto Dias Duarte, bispo auxiliar da Arquidiocese do Rio de Janeiro, reforçou que a Igreja Católica não é força oposta ao Ministério da Saúde, e sim uma aliada. "Apesar da diversidade de opiniões em alguns aspectos, temos de trabalhar em comunhão, pensando no bem coletivo e no combate a essa doença que atinge nossos irmãos", disse o religioso.

Ao todo, 400 pessoas estiveram presentes ao ato, organizado em parceria entre os governos Federal, Estadual e Municipal e a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), com apoio do UNICEF, UNAIDS, PNUD, UNFPA e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

Líderes religiosos reunidos no Cristo Redentor, no ato pelo Dia Mundial de Luta Contra a Aids de 2007



## Pastoral da Aids: acolher sempre

**“Era final de tarde de uma terça-feira qualquer, no ano 2000. Bati na porta e fui recebida com abraços por uma pessoa que não me conhecia. Foi a melhor coisa que me aconteceu, nunca vou esquecer. Aqui, encontrei calor humano. Descobri que não sou a única com a doença. Quando me aceitei com aids, me aceitei para a vida”.**



O depoimento é de **Solange Figueiró**, 41 anos. Mais conhecida como Sol, ela mora em Porto Alegre, no estado do Rio Grande do Sul, e frequenta uma das casas da Pastoral da Aids – iniciativa da Igreja Católica que presta assistência às pessoas que vivem com HIV. “Eu mesma me discriminava, mas percebi que podia enfrentar a doença”, diz Sol, mãe de um menino saudável.

Ela vai à Pastoral todas as quintas-feiras, onde faz ioga, terapia comunitária e curso de teatro. Sente-se muito à vontade na casa e gosta de conversar, principalmente sobre assuntos polêmicos. “Aqui falo o que quero, mas aprendi com os freis a respeitar a opinião dos outros”.

Em quase uma década de atuação, o acolhimento tornou-se uma das marcas do trabalho da Pastoral da Aids, que também oferece atendimento médico e psicológico, alimentação, cursos, oficinas, terapia com massagem, corte de cabelo e ajuda financeira aos beneficiados. Hoje, a Pastoral está presente em 15 das 17 regionais da Igreja Católica. Das 269 dioceses, 180 têm agentes capacitados e trabalhos de prevenção e tratamento.

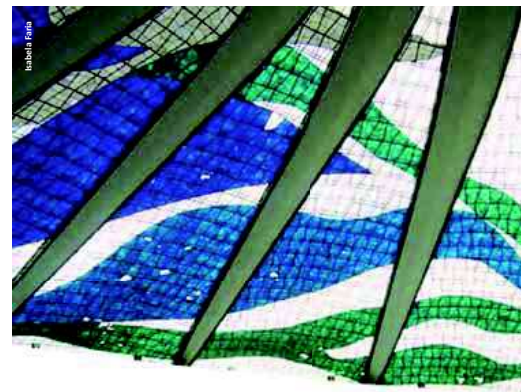
À frente da ação no Brasil estão os freis gaúchos José Bernardi e José Lunardi. Por opção, suas funções religiosas são desempenhadas exclusivamente na

Pastoral. “Já virou um compromisso de vida”, resume frei Bernardi. Para ele, os ganhos do trabalho não se restringem aos pacientes. “A Igreja passou a acolher as pessoas de forma mais livre e aberta, independentemente de orientação sexual. Também fomos obrigados, junto com toda a sociedade, a falar mais de sexualidade”.

Ele acredita que a Igreja Católica brasileira tem três funções na luta contra a aids: cuidar das pessoas que vivem com HIV, tratar o tema com os fiéis e colaborar no controle social das políticas públicas. “A Igreja ainda tem muita credibilidade e pode colocá-la a serviço da população”, avalia Bernardi. Essa missão, segundo o religioso, reflete-se no compromisso do serviço, que também é o de colaborar com a prevenção à doença.

Para isso, a Igreja treina voluntários que se tornam agentes da Pastoral. Durante três dias, essas pessoas recebem informações sobre HIV e aids, discriminação, sexualidade e localização de serviços de saúde específicos para soropositivos. Depois do curso, os voluntários tornam-se multiplicadores de informações em atividades gerais da Igreja, como encontros de casais, de gestantes, de jovens e da terceira idade.

A ação ampliada e bem-sucedida da Pastoral da Aids no Brasil também ganhou reconhecimento internacional. Já houve troca de experiências com países como Timor Leste, Paraguai, Nicarágua e El Salvador. Além disso, periodicamente, são realizadas reuniões da Rede Católica Latino-americana Frente ao HIV/Aids, que reúne nove países. “Tornamos uma referência porque conseguimos avançar sem abdicar daquilo que acreditamos e sem ferir o papel do serviço de saúde”, diz Bernardi.



**Trabalho conjunto** – A Pastoral da Aids foi criada no final da década de 90, quando a Igreja Católica e o Ministério da Saúde perceberam que precisavam unir esforços para barrar o avanço da epidemia. O diálogo mostrou que era possível atuar de maneira complementar às ações do governo. Para o frei José Bernardi, esse foi o grande ganho da Pastoral. “A Igreja não se posicionou mais como instrumento de resistência, e sim de cooperação”.

Em 2007, durante a V Conferência Geral do Episcopado Latino-americano e do Caribe, mais um grande passo foi dado nessa aproximação. Pela primeira vez, a Igreja Católica divulgou um documento para a América Latina, assinado pelo papa Bento XVI, assumindo compromissos formais no combate à aids. São eles: sugerir que, em todas as dioceses – chamadas igrejas particulares – seja criada uma pastoral específica para a aids e defender o acesso universal aos medicamentos anti-retrovirais. O texto norteou as ações eclesiais, no mínimo, pelos próximos dez anos.

## Conselho Nacional de Igrejas Cristãs (CONIC)

Desde 1994, o Ministério da Saúde mantém parceria com o CONIC, que reúne denominações católicas e evangélicas de todo o Brasil. Porém, não existe uma diretriz nacional para ações de combate à aids nas igrejas que fazem parte do CONIC. As instituições que integram o Conselho realizam atividades de prevenção e de tratamento da doença de acordo com a realidade local. O CONIC tem representação na Comissão Nacional de Aids (CNAIDS), uma instância colegiada, de caráter consultivo, que assessora o Ministério da Saúde na formulação de políticas públicas de direitos humanos, prevenção e assistência.

## A força da matriz africana



Mãe Torody de Ogum (D) promove ações de prevenção entre frequentadores de seu terreiro

Em São João do Meriti, na Baixada Fluminense, região metropolitana do Rio de Janeiro, o trabalho de Mãe Torody de Ogum revela outra face da importância da religião na luta contra a aids. É na casa de candomblé Ilê Axé Alá Koro Wo – nome na língua ioruba, em homenagem ao orixá Xangô, que significa “homem com olhar de desafio” – que mais de 370 pessoas da comunidade, incluindo 120 crianças, são atendidas.

Mãe Torody começou a trabalhar a prevenção em sua comunidade em 1989. Logo surgiram discussões sobre uso de navalhas descartáveis nos rituais do candomblé que exigem cortes no corpo. A medida reduziu a possibilidade de infecção por HIV e hepatites B e C nos terreiros e, principalmente, o estigma de que a religião adotava práticas com risco de transmissão do vírus da aids. “Antes mesmo de a sociedade perceber o problema, os terreiros já tomavam cuidados com a prevenção nos rituais”, diz a ialorixá (mãe-de-santo)

Torody, uma das coordenadoras da Rede Afro-Brasileira em Saúde.

Em 2006, foi aprovada a Política Nacional de Saúde da População Negra, que reconhece a existência do racismo institucional e da desigualdade étnico-racial. Desde então, o Ministério da Saúde vem estabelecendo parceria com religiões afro-brasileiras, por meio da Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde. Dentro das programações do Dia Mundial de Luta Contra a Aids de 2007, foram distribuídos, em terreiros de umbanda e candomblé, 10 mil panfletos que falam de sexualidade e saúde, incentivando o engajamento na luta contra a aids.

No terreiro de Mãe Torody, os fiéis distribuem preservativos e materiais informativos e às pessoas que participam da sessão – como é chamado o ritual do candomblé. A ação também acontece em festas populares ligadas aos cultos africanos, quando se fala de aids e outras doenças comuns à população ne-

gra. As religiões de matriz africana acolhem não só pessoas que vivem com HIV, como nas unidades da Pastoral da Aids, mas também homossexuais, muitas vezes discriminados pela sociedade e por outros credos.

Por conta da dificuldade em aceitar a doença e seus desafios, o terreiro promove encontros periódicos entre as pessoas que vivem com HIV. Com a terapia de grupo, elas passaram a se assumir, a trocar informações e a melhorar a própria qualidade de vida. No início, a maioria era homens. Hoje, o número de mulheres, especialmente casadas e até senhoras de idade, é maior.

**Saúde comunitária** – No Maranhão, região Nordeste do país, a Rede Nacional Afro-brasileira de Saúde tem tentado transformar os terreiros em espaços de aproximação entre a comunidade afro-descendente e os agentes de saúde. É comum as pessoas desconhecerem que existem postos de saúde perto



Detalhe de parede em terreiro de São Luís, no Maranhão: os orixás, divindades do candomblé e da umbanda. Foto: Francisco de Paula

de suas casas e que, nesses lugares, podem receber atenção e tratamento para diversas doenças. Basta uma simples visita de um profissional de saúde a um terreiro para mudar a realidade dos moradores da comunidade.

Eles ficam sabendo, por exemplo, que no posto de saúde podem obter informação e tratamento para hipertensão. A doença é bastante comum na população negra, que é maioria nos terreiros de candomblé de São Luís, capital do estado. “São comunidades que não acreditavam no serviço de saúde e que, com o trabalho de conscientização, passaram a enxergá-lo como uma forma de melhorar a qualidade de vida deles”, explica Ana Luíza Borges, coordenadora municipal de DST e aids de São Luís, capital do estado.

As ações de educação e saúde no terreiro Ilê Axé D’Oxumaré, de Pai Abraham Santos de Araújo, repetem-se em mais de 75 terreiros de toda a

região metropolitana de São Luís. Em cada atividade, aproximadamente 200 pessoas são contempladas por palestras informativas sobre prevenção, distribuição de material educativo e realização de testes de HIV. Mais de 2 mil pessoas já participaram das ações, nas quais foram distribuídos 9 mil preservativos e realizados 292 testes de aids.

No terreiro, o trabalho tem ajudado principalmente os jovens a buscar informações sobre DST. Quem explica é o babalorixá Abraham, comandante do lugar. Incorporando a “Cabocla Mariana”, o espírito de uma preta velha que foi parteira e curandeira, ele diz, com voz feminina, que as ações no terreiro ajudam a tirar a má impressão que as pessoas têm dos “encantados”, as entidades das religiões africanas. “É uma oportunidade de as pessoas verem que, dentro de casa de culto, temos um trabalho sério, de respeito e dignidade”, diz o pai-de-santo.

No Rio de Janeiro do fim do século 19, muitas casas de candomblé foram fundadas por negros ex-escravos que permaneceram na cidade depois da Abolição da Escravatura (1888). Ao longo dos anos, o preconceito em relação à cultura africana foi um dos principais motivos que levaram para a periferia as casas de candomblé e umbanda (religião típica do Brasil, também de matriz africana). Inicialmente, as casas instalavam-se em pequenas áreas rurais, chamadas “roças” ou “terreiros”, fenômeno que também ocorreu em outros centros urbanos. Até hoje, em várias cidades do Brasil, quando uma pessoa vai aos cultos de candomblé, diz que vai à “roça” ou ao “terreiro”.



## Ação no local de trabalho

**Mobilização do setor privado para conter a aids no ambiente das empresas resulta em experiências como o Conselho Empresarial Nacional, que em 2008 completa dez anos**

Contribuir para o controle da epidemia, por meio da sensibilização e mobilização das empresas, é a missão do Conselho Empresarial Nacional de Prevenção ao HIV e à Aids, criado em 1998 para estimular e fortalecer a responsabilidade social das corporações. Atualmente, participam do grupo **18 organizações** de diversos setores: cosmético, alimentício, bancário, eletroeletrônico, de saúde, editorial, automobilístico, aéreo e de entretenimento, entre outros.

Em 2005, o grupo criou o Prêmio Nacional CENAIDS no Mundo do Trabalho, que reconhece, divulga e valoriza ações de conscientização e combate à aids realizadas por instituições do setor. Os projetos vencedores mostram a diferença que a prevenção faz no dia-a-dia dos trabalhadores.

O Makro Atacadista de Maceió, em Alagoas, campeão da categoria pequena empresa em 2007, envolve 60 funcionários por mês em dinâmicas sobre sexualidade, relacionamento a dois e uso do preservativo.

O laboratório Sabin, com sede em Brasília, é outro bom exemplo de mobilização. Foi um dos vencedores do prêmio em 2006 e recebeu homenagem por expandir o projeto no ano seguinte. A ação começou dentro da empresa, passou a sensibilizar a comunidade e depois foi ampliada para fora do laboratório – com a participação de profissionais em shows de rock, paradas do orgulho LGBT e encontros de esportistas.

**Multinacional** – Em 2006, a empresa de cosméticos L'Oréal lançou no Brasil a campanha Cabeleireiros do Mundo contra a Aids, que já tinha sido implantada na África do Sul, China, França, Índia e Inglaterra. A iniciativa busca despertar o espírito de solidariedade nos profissionais e prepará-los para atuar como agentes multiplicadores de informações.

Em nível mundial, a campanha tem a parceria da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (Unesco). No Brasil, recebe apoio também do Ministério da Saúde.

Depois de se inscrever no site [www.cabeleireiroscontraaids.com.br](http://www.cabeleireiroscontraaids.com.br), o cabeleireiro recebe gratuitamente um kit de divulgação com dois banners para decorar o salão de beleza, broches, ímãs e folhetos informativos sobre a aids. "A informação é a melhor arma contra a aids. Sempre converso sobre prevenção com os profissionais do meu salão, principalmente os jovens", afirma o cabeleireiro Celso Kamura, um dos 2 mil que aderiram à campanha no Brasil.



Cabeleireiros e artistas na luta contra a aids. De cima para baixo: Celso Kamura e Sheron Menezes, Julio Antero e Sabrina Sato, Ivan Stringhi e Daniele Suzuki



Foto: Magda Ferrada

## Quanto mais cedo, melhor

**Rede de Atenção Básica e serviços especializados reforçam ações para ampliar acesso ao diagnóstico do HIV. Testes rápidos são estratégicos para atingir grupos específicos e áreas de difícil acesso**

Ampliar o acesso ao diagnóstico do HIV na rede pública de saúde é um dos principais desafios do Ministério da Saúde, no âmbito da política nacional de enfrentamento da epidemia de DST e aids. No Brasil, o diagnóstico laboratorial da infecção pelo vírus da aids é ofertado gratuitamente em toda a rede do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de testes sorológicos que se baseiam na detecção da presença de anticorpos contra o HIV no sangue do paciente. Os exames também estão disponíveis em 384 Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA).

O número de testes realizados em toda a rede do SUS, em 2006, foi de 4,6 milhões, o que representou um investimento de R\$ 50,7 milhões (US\$ 29,8 milhões). Todavia, esse número reflete

a quantidade de pessoas que fizeram o teste, uma vez que um mesmo indivíduo pode realizar mais de um teste.

Em adultos, o tempo necessário para que o exame detecte os anticorpos varia de três a 12 semanas depois da infecção, com período médio de dois meses. O tempo decorrido entre a infecção pelo vírus e a detecção de anticorpos é chamado de **janela imunológica**. Por isso, é preciso estar atento a esse período em casos de risco de infecção recente e resultado negativo de sorologia anti-HIV. Em crianças com até 18 meses, é difícil interpretar os resultados dos testes sorológicos. Um resultado positivo não é prova definitiva de que ela está infectada pelo HIV. Nesse caso, os anticorpos detectados podem ser da mãe e não do bebê.

**JANELA IMUNOLÓGICA**  
Tempo decorrido entre a infecção pelo HIV e a produção de anticorpos no organismo, que podem ser detectados em testes de laboratório.



**CTA**  
A relevância dos CTA para o diagnóstico da infecção pelo HIV pode ser constatada em um levantamento realizado pelo Programa Nacional de DST e Aids, em 2007. Os dados mostram que os CTA estão concentrados, principalmente, em municípios com média e alta incidência de aids. Nesses serviços, é alta a proporção de casos positivos (1% a 5%), em relação à estimativa de prevalência para a população geral (0,6%). E o número de testes para cada mil habitantes é 2,4 vezes maior nos municípios que têm CTA do que não os têm.

**Nos Centros de Testagem e Aconselhamento é possível fazer exames de detecção do HIV e de outras DST**



Entre as principais ações para a melhoria da qualidade do atendimento destaca-se uma política de assistência que garanta o acesso da população à rede básica de saúde, com **profissionais capacitados**, e aos centros de referência para HIV e DST, nas situações de diagnóstico mais complexo. Os pacientes têm acesso, ainda, a exames para detectar outras DST, como sífilis, hepatite, gonorréia e clamídia. Também fazem parte da política o monitoramento e a avaliação da qualidade do diagnóstico laboratorial, a identificação de problemas e a padronização de metodologias usadas na Rede Nacional de Laboratórios.

Entre os homens, os estudos mostram que 17% disseram, em 1998, já ter feito teste de HIV pelo menos uma vez na vida; em 2005, o índice foi de 14,5%. Uma possível explicação é que, como os homens jovens estão se prevenindo mais (com base no aumento do uso do preservativo, observado nos últimos anos), consideram que estão menos expostos ao risco de infecção pelo HIV. Portanto, estão se testando menos.

No sexo feminino, ocorre o inverso. Entre 1998 e 2005, o índice de mulhe-

res que declararam já ter feito teste de HIV ao menos uma vez passou de 17% para 33%. O resultado é explicado, em grande parte, pelo aumento da realização do teste no pré-natal.

De acordo com o relatório sobre metas assumidas pelos estados-membros da **UNGASS**, entre 2003 e 2006, 43,7% das pessoas de 15 anos ou mais que vivem com HIV (50.393) chegaram aos serviços de saúde com deficiência imunológica ou quadro clínico de sintomas da aids. Desse total, 28,7% (14.462 pessoas) apresentaram quadro clínico mais grave e evoluíram para óbito no início do tratamento. O universo analisado foi de 115.441 pacientes que fizeram o primeiro exame de linfócito T-CD4 pela rede pública (leia mais sobre T-CD4 nas páginas 85 e 86).

“O início tardio [do tratamento] pode ser provocado por fatores como dificuldade de acesso ao diagnóstico e de atendimento nos serviços e pela falta de percepção da população, que não se vê em risco e não busca o teste de HIV espontaneamente”, afirma Mariângela Simão, diretora do Programa Nacional de DST e Aids.

**Diferentes perfis** – Em São José do Rio Preto, no interior de São Paulo, o teste para diagnóstico do HIV é oferecido de três formas: 1) nos serviços de saúde da rede de Atenção Básica, por meio do programa **Fique Sabendo**, com uso de testes convencionais; 2) no Centro de Testagem e Aconselhamento em DST e Aids (CTA), onde são oferecidos testes convencionais e teste rápido; 3) no caminhão, um projeto itinerante que leva a testagem a locais mais distantes dos serviços de saúde, como áreas rurais e periferia.

Levantamento feito pelo Programa Municipal de DST e Aids mostrou diferentes perfis de público. No CTA, a maioria é de gays e travestis, populações específicas que já conhecem ou procuram conhecer sua sorologia. No Fique Sabendo, as mulheres predominam, pois elas vão às unidades de saúde atraídas por outros serviços oferecidos a elas e aos filhos, como ginecologista, dentista, pediatra. No caminhão, o público é heterogêneo e o horário de atendimento – sempre do final da tarde até o começo da noite – acolhe mulheres e homens que ficam em casa à tarde ou que já retornaram do trabalho.

Um dos 23 serviços do município que oferece o Fique Sabendo é a unidade básica de saúde da Vila Mayor. O programa surgiu a partir de uma

campanha lançada pelo Ministério da Saúde, em 2003, para incentivar a testagem espontânea do HIV. O posto da Vila Mayor fica num local estratégico, na periferia da cidade, próximo à área de prostituição, onde não só a comunidade do bairro, mas também usuários de drogas, profissionais do sexo, travestis e homossexuais buscam atendimento e acolhimento.

Geralmente, essas pessoas buscam o teste depois de terem-se exposto ao vírus, em uma relação desprotegida, por exemplo. No caso de pessoas casadas, muitas vezes é a mulher que faz o teste pelo casal, enquanto que o homem permanece sem conhecer sua sorologia. “É uma população que, apesar da pobreza, tem informação, sabe que é preciso se prevenir”, diz a enfermeira Silvana Alves.

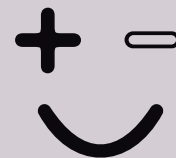
A consciência de que a Vila Mayor é um lugar especial, com diferentes perfis de pacientes atendidos, fez com que houvesse mais solidariedade dos profissionais de saúde em relação às populações mais vulneráveis ao HIV. Por isso, o posto tornou-se referência para esses grupos. “Muitos nem moram na região, mas preferem essa unidade ou são encaminhados para lá porque há um olhar mais especializado e humanizado no atendimento”, reconhece Denise Gandolfi, coordenadora do Programa Municipal.

**FIQUE SABENDO**  
Para ampliar a testagem e introduzir o Fique Sabendo nas unidades de saúde, o Programa Municipal investiu na capacitação dos profissionais da rede em aconselhamento para oferta do exame. Mais de 200 profissionais foram treinados e 104 deles trabalham nos serviços de saúde que participam do projeto.

**PROFISSIONAIS CAPACITADOS**  
A capacitação de profissionais de saúde é feita por meio de treinamento especializado para o diagnóstico laboratorial do HIV e das DST, com material didático específico, chamado TELLAB.

**UNGASS**  
Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas em HIV e Aids.

**Pesquisas do Ministério da Saúde indicam que 66,5% dos testes para HIV são realizados na rede pública de saúde**



**FiqueSabendo**

**Uso da metodologia está diretamente ligado ao aumento do acesso ao teste, principalmente em segmentos populacionais prioritários**



Roberto Hilario

Em até 30 minutos o paciente tem acesso ao resultado por meio do teste rápido

O teste rápido tem três vantagens básicas em relação aos exames convencionais. A primeira é a dispensa do uso de equipamentos laboratoriais. A segunda é o tempo para sair o resultado – de 15 a 30 minutos, o que permite realizar aconselhamento imediato com o paciente. A terceira, e talvez principal vantagem, é a sua possibilidade de utilização em regiões isoladas ou de difícil acesso, o que pode beneficiar gestantes, parturientes, pacientes com sintomas da aids, populações flutuantes ou itinerantes, moradores de rua e populações vulneráveis (profissionais do sexo, gays, transgêneros e mulheres vítimas de violência, entre outros). Entre essas regiões, destacam-se o Semi-árido (ou Sertão) do Nordeste e a Amazônia. Tanto que a implantação dos testes rápidos começou em 2004, no Amazonas, que teve os primeiros profissionais de saúde capacitados para trabalhar com a metodologia, em 11 municípios. Entre essas cidades, destaca-se Manacapuru, a 85 quilômetros da capital, Manaus.

Todos os dias, antes das 8 horas, pelo menos 20 pessoas já estão no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), o primeiro da região Norte, para assistir à palestra sobre prevenção, diagnóstico e tratamento das DST e da aids e fazer testes de HIV.

Desde 2005, quando começaram a ser implantados, até 2007, mais de 3,2 mil testes rápidos já foram realizados no local. Em 2008, a expectativa é fazer pelo menos 3 mil testes rápidos.

No lugar, também funciona uma espécie de central de distribuição de preservativos, com mais de 7 mil nomes cadastrados. De 1998 a 2006, em cada ano, foram distribuídas 4.320 camisinhas masculinas e 500 femininas. Em 2007, os números chegaram a 7.350 preservativos masculinos e 1.100 femininos.

A grande maioria das pessoas que procuram atendimento no CTA é de mulheres, especialmente grávidas. Uma delas é a agricultora Gilda\*, 20 anos. Durante toda a gravidez do segundo filho, ela saiu de sua casa, em uma comunidade ribeirinha na região da Costa do Ajirubá, e viajou três horas de barco até Manacapuru, para fazer o pré-natal nessa cidade.

"Do primeiro [filho], não fiz exame nenhum. Quem fez meu parto foi uma parteira, em casa mesmo. Agora, fico mais tranqüila, pois sei que se tiver algum problema, vou ter como tratar", diz Gilda, que mora com o marido e o primeiro filho, hoje com 4 anos. Ela diz que, depois de conversar com as enfermeiras no primeiro exame pré-natal, passou a exigir a camisinha do marido. "Ele acha ruim, mas sempre uso. Só não usei quando quis ter outro filho. Não confio totalmente, então prefiro cuidar de mim e do meu filho".

Uma das mulheres que participam do projeto Princesinha e que buscam atendimento periódico no CTA é Rosana\*. Como é costume na região, ela lava a região genital com uma mistura de água e limão (ou vinagre) – prática condenada pelos profissionais de saúde – toda vez que surge algum corrimento. Foi esse o motivo que a levou ao CTA da última vez. Como o corrimento não desapareceu e ela também sentia dores nas amídalas, buscou orientação no posto de saúde. Em duas semanas, havia tido relações sexuais sem preservativo com três homens diferentes.

Rosana, 31 anos, mãe de dois filhos, tem um companheiro que trabalha viajando pelo interior do estado. Às vezes, falta dinheiro e ela recorre à antiga atividade, a prostituição. "Nunca gostei de usar [preservativo], mas vou ter que me acostumar, para preservar minha saúde e a de meu parceiro. Se eu tivesse usado da última vez, estaria com a consciência tranqüila. Por isso vim fazer o teste".

\* Nome fictício, a pedido das entrevistadas

## Vulneráveis

O CTA, que fica em uma casa ampla, no centro da cidade, também é referência para outros públicos. Gays, travestis e outros homens que fazem sexo com homens (HSH) são atendidos no local por meio do Projeto Manacá, que se baseia na educação de pares para trabalhar temas como prevenção, diagnóstico, tratamento e direitos humanos. De 2003 a 2007, foram 717 atendimentos para testes de HIV e sífilis.

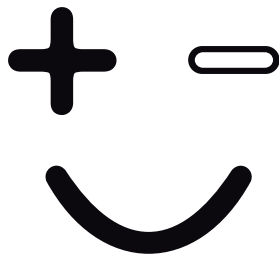
As prostitutas, que costumam trabalhar nas ruas próximas ao porto de Manacapuru, participam do projeto Princesinha, uma iniciativa da Fundação Alfredo da Matta (FUAM), com sede em Manaus. Desde 1998, foram quase 1.700 atendimentos a prostitutas e seus clientes. Antes da implantação do projeto, o número de preservativos vendidos nas farmácias da cidade não chegava a 500 por mês, de acordo com um levantamento feito pela FUAM. Com base nessa informação, teve início uma das principais iniciativas do projeto Princesinha: a venda subsidiada de camisinhas, em pacotes com cinco unidades, ao preço simbólico de R\$ 1. Com a intermediação do projeto, o número de preservativos vendidos chegou a 80 mil, de 2005 a 2007.

### MANACAPURU

Para chegar à cidade de 100 mil habitantes, é preciso pegar uma balsa, no porto de São Raimundo, em Manaus, a capital do estado. A travessia do rio Negro dura de 30 a 40 minutos.

Todos os dias, 17 mil pessoas transitam de uma margem à outra do rio. Do outro lado de Manaus, na comunidade do Careiro, começa a estrada de acesso a Manacapuru, que na língua dos indígenas locais significa "flor matizada". No município, além do CTA, existem 10 unidades básicas de saúde na zona urbana, 17 na zona rural, um hospital e uma maternidade. A cidade é conhecida por suas praias às margens do rio Solimões e pelo festival de ciranda, uma dança típica da região, que atrai 50 mil visitantes todo mês de agosto.

	Testes de HIV no CTA de Manacapuru					TOTAL
	2003	2004	2005	2006	2007	
Elisa	928	1.145	1.682	983	1.671	6.409
Teste rápido	-	-	825	1.258	1.198	3.281
Resultados positivos	3	4	9	10	10	36



## FiqueSabendo

**Só com o teste você fica sabendo  
se tem o vírus da aids.**

### Quando fazer o teste?

- Pelo menos dois meses após relação sexual anal, vaginal ou oral desprotegida (sem camisinha);
- Pelo menos dois meses após compartilhar seringas ou agulhas (uso de drogas, tatuagens, piercings...);
- Toda gestante durante o pré-natal.



### Onde fazer o teste?

ligue para o Disque Saúde:  
**0800 61 1997**  
ou acesse o nosso site:  
[www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)

Ministério  
da Saúde



O caminhão leva a  
testagem à periferia  
de São José do  
Rio Preto (SP)

## Testagem sobre rodas

**Duas cidades, uma no interior de São Paulo e outra no Sertão de Pernambuco, usam o caminhão para incentivar a população a fazer testes de HIV**

Salgueiro (PE) e São José do Rio Preto (SP), separadas por 2.230 quilômetros, são cidades com realidades distintas. Mas as distâncias geográficas e socioeconômicas também servem para mostrar que é possível adotar ações comprometidas com o enfrentamento da epidemia de DST e aids. Com originalidade e eficiência, ambas as cidades fazem do caminhão não apenas um meio de transporte, mas também um instrumento de promoção da saúde. Se a população não vai ao serviço de saúde, o serviço de saúde é levado até a população. E, por mais que os públicos-alvo sejam diferentes (em São José, a população geral; em Salgueiro, os motoristas que trafegam por uma importante rodovia), o propósito é um só: incentivar as pessoas a fazer o teste de HIV.

CIDADE	REALIDADES DISTINTAS		
	HABITANTES <sup>1</sup>	PIB <sup>2</sup> (R\$)	IDH <sup>3</sup> EM 2005
São José do Rio Preto - SP	425 mil	5,2 bilhões	0,834 semelhante ao de Cuba e do México
Salgueiro - PE	55 mil	188,3 milhões	0,708 igual ao do Egito e da Moldávia
Brasil	191,7 milhões	2,6 trilhões	0,800

<sup>1</sup> Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).  
<sup>2</sup> Produto Interno Bruto. A soma de todas as riquezas produzidas em determinado local.  
Fontes: prefeituras municipais e Ministério da Fazenda.  
<sup>3</sup> Índice de Desenvolvimento Humano. Indicador comparativo do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) sobre riqueza, alfabetização, educação, esperança média de vida e natalidade, entre outros fatores.

## Periferia e zona rural

É fim de tarde e o caminhão branco da prefeitura está estacionado em uma rua da Estância Alvorada, uma comunidade na zona norte de São José do Rio Preto (SP). Aos poucos, as pessoas vão chegando e querem saber o que aquele consultório adaptado ao veículo faz próximo ao comércio da líder comunitária Pompéia Barbosa, 49 anos. A resposta está em um cartaz improvisado, que diz que, se não chover, será possível fazer teste de HIV, hepatite e sífilis no caminhão.

Todo mês, de segunda a sexta-feira, o veículo percorre 19 bairros da periferia e da zona rural da cidade. Nas quintas-feiras, o alvo são os bairros. "Fazemos as ações de prevenção, em média, a cada duas semanas, mas o dia que o caminhão vem é melhor, as pessoas participam mais", explica Pompéia, que há cinco anos distribui preservativos, dicas de prevenção e também verduras, leite e roupas usadas a cerca de 70 famílias da região.

A maior vantagem que ela vê no caminhão é poder ajudar as mulheres. A maioria delas não tem com quem deixar os filhos ou não tem dinheiro para o transporte até o serviço de saúde. Uma delas é Sônia\*, mãe de dois filhos. Ela e o marido, Bruno\*, fizeram os testes. Em 20 dias o caminhão voltará para trazer o resultado. "Temos de aproveitar a oportunidade para cuidar da saúde da gente e dos nossos filhos", defende Bruno, que fez teste de HIV pela primeira vez. Com o caminhão, foi possível identificar, nos últimos cinco anos, quatro casos de pessoas com HIV na comunidade Alvorada.

## Nos postos de gasolina

A cidade de Salgueiro (PE) é cortada ao meio pela rodovia BR-232, uma das mais importantes do Nordeste. Por ali, passam centenas de caminhões de carga e ônibus de passageiros todos os dias. Na região, é comum ver prostitutas em busca de clientes – 90% deles são caminhoneiros – nas margens das estradas, onde há consumo de maconha e cocaína.

Nesse cenário de vulnerabilidade, a Coordenação Municipal de DST e Aids resolveu criar, em 2006, o projeto "Ultrapassando Fronteiras", que promove ações de saúde e prevenção das DST e aids em seis postos de gasolina que ficam ao longo da rodovia.

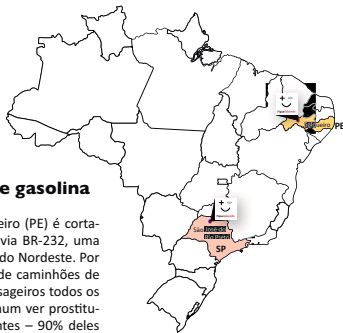
A equipe é formada por médica, psicóloga, assistente social, enfermeiras e agentes comunitárias de saúde – que também trabalham na rede de Atenção Básica e no Serviço de Atenção Especializada (SAE), onde são realizados apenas testes convencionais. A exceção são as gestantes, sobretudo aquelas com acompanhamento pré-natal irregular. No total, juntando os dois tipos de testes, são 300 procedimentos por mês, em média.

Em 2006 e 2007, foram realizados 653 testes rápidos em caminhoneiros e 25 em prostitutas. Três dessas mulheres tiveram resultado positivo, mas nenhum dos homens se descobriu portador do HIV. "O projeto é importante não só para os caminhoneiros, mas para todas as pessoas que circulam pela rodovia. O mais difícil, porém, é

convencer os gerentes dos postos, que não gostam da presença das meninas [prostitutas]", diz Denise Soares, médica responsável pela iniciativa.

Uma das prostitutas é Evani Leandro da Silva, 45 anos de vida e 19 de prostituição. Ela trabalha na rodovia junto com a amiga Maria do Socorro Lopes, também de 45 anos, prostituta desde os 12. Fazem em média três programas a cada noite, por R\$ 10 cada um. "Não roubo nem mato para me sustentar, então não tem por que eu sentir vergonha do que faço", diz Evani, que pariu cinco filhos, mas só viu um sobreviver.

Nos postos de gasolina, além de fazer teste de HIV, os motoristas verificam a pressão arterial e o teor de glicose no sangue. Eles ganham um kit com camiseta, bonê, panfletos educativos e seis camisinhas. Desde o seu início, o projeto já distribuiu 4.500 preservativos. "A procura maior é por teste de HIV e por camisinhas. Mas temos intensificado as ações educativas para que as pessoas procurem os testes para outras doenças, como sífilis e gonorréia", diz a assistente social Andréa Aquino, coordenadora de DST e Aids do município.



**Para todos,  
sem distinção**

**Acesso universal aos medicamentos anti-retrovirais e rede de hospitais e serviços especializados garantem atenção à saúde das pessoas que vivem com HIV e aids**

Não resta dúvida de que a vida das pessoas com HIV sofreu uma mudança radical após a introdução dos medicamentos anti-retrovirais (ARV). A descoberta, ainda nos anos 1980, das primeiras drogas eficientes contra o vírus da aids, como o AZT (Zidovudina), significou a possibilidade de aumentar em alguns meses, talvez anos, a vida dos portadores do HIV. Mas o diagnóstico ainda era uma sentença de morte.

Em 1996, o cenário muda radicalmente, com a introdução da Terapia Anti-retroviral Altamente Potente (HAART, na sigla em inglês, ou TARV, em português), conhecida como "coquetel", na qual a associação de pelo menos três medicamentos possibilita a melhora na qualidade de vida e o aumento da sobrevivência das pessoas que vivem com HIV ou aids (PVHA).

Da descrença à esperança: o tratamento mostrou a Carlos Duarte que viver com aids é possível



## Acesso universal

Desde 1996, com a publicação da Lei 9.313, o tratamento da aids é garantido gratuitamente, no SUS, a qualquer cidadão com HIV ou aids que viva no Brasil, seja brasileiro ou estrangeiro. Apesar de a lei ter sido publicada em 1996, os primeiros anti-retrovirais fornecidos pelo Ministério da Saúde foram o AZT (1991) e a Didanosina (1993). No Brasil, os ARV são comprados apenas pelo Ministério da Saúde; não vendidos em farmácias, são distribuídos apenas pelas Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM). Os remédios para infecções oportunistas e outras doenças sexualmente transmissíveis ficam a cargo das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

O Brasil ocupa um lugar de destaque no mundo em relação à assistência e tratamento das PVHA, pois o acesso universal aos serviços de saúde e ao tratamento está previsto na Constituição Federal, de 1988, e consolidado na Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS), de 1990 – que tem como princípios ideológicos a universalidade, a integralidade e a equidade. Soma-se a isso a participação ativa e precoce da sociedade civil, exercendo o direito de controle social, também garantido pelo SUS.

O caso do arquiteto Carlos Alberto Duarte ilustra o impacto do SUS. Em 1990, ele e seu companheiro descobriram que eram soropositivos, ao realizarem exames de rotina, em Porto Alegre, no estado do Rio Grande do Sul. Àquela época, o Brasil estava em choque com a perda de ídolos como o ator Lauro Corona e o cantor Cazuza, vítimas da aids no fim dos anos 1980. Cinco meses depois, debilitado por pneumonia e tuberculose, o companheiro de Carlos morreu. Em seguida, diversos amigos também perderam a vida.

Apesar de não ter manifestado nenhuma complicação clínica no início, Carlos sentiu o peso da falta de informação. "Era uma sensação de total desamparo. Ninguém, nem mesmo a ciência, sabia quase nada sobre a aids", lembra ele, hoje com 47 anos. Até 1995, Carlos preferiu não tomar medicação e tratava-se com homeopatia. "Nesse período, tive várias infecções oportunistas. Resolvi que ia esperar [morrer], porque eu era absolutamente descrente".

Em 1996, bastante doente, foi internado e chegou a entrar em coma. "Só ali, no leito do hospital, percebi de fato que tinha aids", diz Carlos. Foi quando começou a tomar AZT. A partir do acesso universal ao tratamento, a mudança na vida dele e de outras pessoas foi mais radical. "Passamos a perceber, rapidamente, que era possível continuar a viver".

Avanços como esses só foram possíveis graças a pesquisas científicas que comprovaram a eficácia e a segurança da terapia anti-retroviral (TARV). Hoje, a doença ainda não tem cura, mas o tratamento garante mais qualidade de vida aos soropositivos. Ao fim do primeiro ano após a aprovação da lei, 35.900 pacientes recebiam os medicamentos. No fim de 2008, já deverão ser mais de 185 mil pessoas em tratamento. Hoje, o Brasil fornece 17 drogas – dez importadas, de nove companhias farmacêuticas; e sete nacionais, produzidas por uma indústria privada e seis laboratórios públicos.

Uma série de indicadores dá idéia do impacto da política de acesso universal ao tratamento da aids na saúde pública brasileira. Considerando a média de internações por paciente/ano em 1996 (1,65 internação/ano), seria esperado um total de aproximadamente 1,6 milhão de internações relacionadas ao HIV e à aids no SUS, entre 1997 e 2007, se não houvesse o tratamento. Porém, nesse período, foram registradas 293.074 internações – redução de 82% em relação ao total esperado. Com o acesso à TARV, estima-se que mais de 1,3 milhão de internações foram evitadas.

Uma série de indicadores dá idéia do impacto da política de acesso universal ao tratamento da aids na saúde pública brasileira. Considerando a média de internações por paciente/ano em 1996 (1,65 internação/ano), seria esperado um total de aproximadamente 1,6 milhão de internações relacionadas ao HIV e à aids no SUS, entre 1997 e 2007, se não houvesse o tratamento. Porém, nesse período, foram registradas 293.074 internações – redução de 82% em relação ao total esperado. Com o acesso à TARV, estima-se que mais de 1,3 milhão de internações foram evitadas.

PACIENTES											
EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE PACIENTES EM TARV											
1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008*
35.900	55.600	85.078	93.414	113.191	125.175	139.868	156.670	164.547	174.270	180.640	185.000

\*Previsão

## 17 DROGAS

**Nacionais**  
– Zidovudina (AZT), Lamivudina (3TC), AZT+3TC, Estavudina, Indinavir, Nevirapina e Saquinavir.  
**Importadas** – Abacavir, Atazanavir, Darunavir, Didanosina, Efavirenz, Enfuvirtida, Fosamprenavir, Lopinavir/Ritonavir, Ritonavir e Tenofovir.

No primeiro semestre de 2008, aproximadamente 1.700 pessoas estão usando drogas reservadas aos casos de pacientes com múltiplas falhas terapêuticas – Enfuvirtida (F-20) e Darunavir.

## LABORATÓRIOS PÚBLICOS

- Farmanguinhos – Fundação Oswaldo Cruz/Ministério da Saúde (Rio de Janeiro)
- Fundação para o Remédio Popular/ FUNP (São Paulo)
- Fundação Ezequiel Dias/FUNED (Minas Gerais)
- Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco (LAFEP)
- Laboratório Industrial Farmacêutico do Estado de Alagoas (LIFAL)
- Indústria Química de Goiás (IQUEGO).

## Sustentabilidade

O acesso universal, diretamente ligado ao aumento da sobrevida e à melhoria da qualidade de vida dos pacientes com HIV e aids, logo impôs ao governo o desafio de manter a sustentabilidade financeira do Programa Nacional de DST e Aids. Nesse cenário, além da redução dos gastos, por meio do êxito em sucessivas negociações de preços com laboratórios privados, um caso é emblemático.

Em 2007, pela primeira vez o Brasil emitiu a licença compulsória de um medicamento – o anti-retroviral Efavirenz, do laboratório Merck Sharp & Dohme. Depois de ter sido declarado, em abril, o interesse público do medicamento, o presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, assinou o decreto, em maio, após diversas tentativas de negociação com o laboratório para reduzir o preço da droga. A licença compulsória foi concedida para uso não-comercial, com pagamento de royalties ao detentor da patente.

À época, o Ministério da Saúde pagava US\$ 1,59 por comprimido de Efavirenz. O laboratório havia oferecido um desconto de 2%, mas o governo considerou a proposta insatisfatória, uma vez que havia, no mercado, versões genéricas da droga por US\$ 0,45. Depois do licenciamento, o custo por paciente/ano, que equivalia a US\$ 580, caiu para algo em torno de US\$ 163 e US\$ 166. Com a licença compulsória, o volume de recursos usados para comprar o Efavirenz caiu de 13% para 4% de todo o orçamento para aquisição de ARV. Até 2012, data em que a patente da droga expira, estima-se que a economia será de US\$ 237 milhões.

O licenciamento compulsório permitiu ao Ministério da Saúde importar, por meio do UNICEF e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), versões genéricas do Efavirenz de dois laboratórios pré-qualificados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) – Ranbaxy e Aurubindo, ambos da Índia. A qualidade, a segurança e a eficácia do medicamento importado oferecido aos pacientes brasileiros estão asseguradas pelos testes de bioequivalência e biodisponibilidade exigidos pela OMS.

## LICENÇA COMPULSÓRIA

Flexibilidade prevista no artigo 31 do Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (TRIPS, sigla em inglês) – do qual 150 países são signatários, incluindo o Brasil. Aqui, além do interesse público, a licença compulsória pode ser emitida em casos de exercício abusivo dos direitos, abuso do poder econômico, não-exploração local, comercialização insatisfatória e emergência nacional. Tailândia, Malásia, Indonésia e Madagascar também já aplicaram o mecanismo para medicamentos anti-aids.

## INTERESSE PÚBLICO

Esse requisito está previsto tanto na Lei de Propriedade Intelectual brasileira como no acordo TRIPS. Em 2005, foi decretado o interesse público do Lopinavir/Ritonavir, do laboratório Abbott, mas a medida não chegou a resultar em emissão de licença compulsória, pois o Ministério da Saúde e a companhia farmacêutica fecharam acordo de redução de preços. Em 2008, houve mais um caso, o do Tenofovir, do laboratório Gilead. Porém, ao contrário dos casos do Efavirenz e do Lopinavir/Ritonavir, o interesse público do Tenofovir não foi declarado para fins de licença compulsória, mas para acelerar a análise do pedido de registro de patente do medicamento no Instituto Nacional de Propriedade Intelectual (INPI), que estava parado desde 1998. A decisão deve sair em julho de 2008.

## EFAVIRENZ

É o ARV importado mais usado no Brasil em 2007, que estava parado aproximadamente 80 mil pessoas utilizam o medicamento em seus esquemas terapêuticos.

### Investimentos

O orçamento do Programa Nacional de DST e Aids representa quase 3% de todo o orçamento do Ministério da Saúde (ver quadro). Entre 1997 e 2007, foram investidos mais de R\$ 6 bilhões na aquisição de ARV. Para 2008, a previsão é de pouco mais de R\$ 1 bilhão. Entre as principais estratégias para garantir a sustentabilidade do acesso universal ao tratamento estão a negociação de preços em novos contratos e a adoção de medidas extremas – como no caso do Efavirenz.

#### GASTOS DO GOVERNO FEDERAL COM AIDS

	Orçamento do Ministério da Saúde (R\$ bilhões)	Orçamento do Programa Nacional de DST e Aids (R\$ milhões)	Orçamento do Programa Nacional de DST e Aids para compra de ARV (R\$ milhões)	Dólar médio do ano
2003	30,59 (US\$ 8,11)	689,0 (US\$ 182,7)	551,0 (US\$ 146,1)	3,77
2004	36,53 (US\$ 12,51)	823,3 (US\$ 281,9)	624,5 (US\$ 213,8)	2,92
2005	40,54 (US\$ 11,81)	805,3 (US\$ 234,8)	684,4 (US\$ 199,5)	3,43
2006	43,62 (US\$ 20,1)	1.302,9 (US\$ 600,4)	960,0 (US\$ 442,4)	2,17
2007	46,39 (US\$ 23,42)	1.361,4 (US\$ 687,5)	984,0 (US\$ 497,0)	1,98
2008*	52,57 (US\$ 31,66)	1.340,7 (US\$ 807,6)	1.013,0 (US\$ 610,24)	1,66

\* Previsão

### Produção nacional de medicamentos

Funcionário da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) do Ministério da Saúde há 28 anos, Joaquim\* se diz um homem de sorte. Ele foi um dos voluntários da pesquisa do laboratório Farmanguinhos, ligado à FIOCRUZ, para introduzir o AZT, primeiro anti-retroviral produzido no Brasil. Em 1995, ele descobriu que tinha aids, a partir dos sinais do Sarcoma de Kaposi, um tipo de câncer que se tornou sinônimo da doença nos primeiros anos da epidemia. Até então, estar com aids era ter dias contados.

"Se não fosse a pesquisa, eu só teria mais uns seis meses de vida", diz Joaquim. Na época, o AZT era importado, a um custo altíssimo, quase sempre comprado a partir de ações judiciais. Para alívio de Joaquim e de milhares de outros pacientes, em 1993, Farmanguinhos começou a produzir AZT.

Ao longo dos anos, Joaquim acompanhou os avanços que Farmanguinhos – principal laboratório produtor de medicamentos e insumos para o SUS – conquistou na produção nacional de anti-retrovirais. Logo, tornou-se referência para os outros laboratórios públicos que produzem ARV no Brasil. Atualmente, Farmanguinhos produz cinco drogas: Estavudina, AZT, 3TC, Nevirapina e AZT+3TC.

Um estudo realizado pela FIOCRUZ em 2001 mostrou que, entre 1997 e 2000, a produção nacional de anti-retrovirais possibilitou uma economia de US\$ 222 milhões, dos quais US\$ 115 milhões foram gerados pela produção de Farmanguinhos. "Os anti-retrovirais são nosso carro-chefe. Agora, precisamos investir cada vez mais no desenvolvimento tecnológico nacional", avalia o diretor do laboratório, Eduardo Costa.

Atualmente, Farmanguinhos dedica-se ao desenvolvimento do Efavirenz. Outro desafio é desenvolver a dose fixa combinada, que reúne AZT, 3TC e Nevirapina em um só comprimido. Estima-se que essa formulação beneficiaria 17 mil pacientes, sobretudo gestantes e pessoas com contra-indicações para usar Efavirenz.

**Pernambuco** – Outro importante laboratório público produtor de ARV é o LAFEPE, que fica em Recife (PE). O laboratório produz 60 especialidades farmacêuticas e tem o Ministério da Saúde como seu principal cliente, responsável por algo em torno de 50% a 60% de seu faturamento anual.

O laboratório também se dedica ao desenvolvimento do Efavirenz e terá capacidade de produzir, anualmente, 30 milhões de comprimidos – o suficiente para suprir o consumo atual do país, que é de aproximadamente 28 milhões de comprimidos por ano.

Para Davi Santana, diretor técnico-industrial do laboratório, o cenário da produção de anti-retrovirais, nos próximos anos, é promissor, desde que haja um esforço sistemático do governo e da iniciativa privada, sobretudo para o desenvolvimento da área de farmacêuticos – matéria-prima para a fabricação de medicamentos. "Assim, será possível reduzir os custos de produção e manter a qualidade final dos produtos".

\* Nome fictício, a pedido do entrevistado

### O caminho do paciente com HIV e aids no SUS

No Brasil, a assistência e o tratamento da aids não estão restritos aos serviços de saúde especializados. Nos últimos anos, o Programa Nacional de DST e Aids tem capacitado equipes multidisciplinares da Atenção Básica para sensibilização, aconselhamento e realização do teste rápido do HIV, com o objetivo de incrementar o diagnóstico precoce.

Apesar dos benefícios da TARV, melhorando a qualidade de vida e prolongando a sobrevivência das pessoas que vivem com HIV e aids, mais de 40% dos diagnósticos são tardios, o que piora a situação para o portador do vírus. A porta de entrada no SUS para as pessoas que vivem com HIV e aids deve ser, preferencialmente, os serviços de Atenção Básica.

Uma vez realizado o diagnóstico, o médico faz avaliação clínica e laboratorial no serviço especializado e, conforme o estágio da infecção, o paciente será acompanhado com menor ou maior frequência. Quando necessário, a TARV é introduzida, de acordo com as peculiaridades de cada paciente e seguindo as recomendações terapêuticas elaboradas pelo Ministério da Saúde.

Cada pessoa, ao iniciar a TARV, é encaminhada a uma Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM), onde retira os anti-retrovirais. Preferencialmente, essas unidades funcionam no mesmo local do serviço de saúde. O paciente é cadastrado no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) e, toda vez que ele vai à UDM, é feito um controle de consumo e estoque de ARV.

Todas as dispensas de medicamentos do SICLOM trazem informações atualizadas, de acordo com recomendações para TARV, evitando erros na dispensação ou associações indevidas de ARV. É assim em cada uma das 667 UDM que existem no Brasil. Cada usuário só pode retirar os medicamentos na UDM em que estiver cadastrado, que fica à escolha do próprio paciente.

Pessoas em início de TARV, usuários em mudança de esquema terapêutico e pacientes que voltam a tomar os medicamentos depois de terem abandonado o tratamento são encaminhados, após consulta médica, a receber orientação de um farmacêutico. Esse profissional explica questões como importância da adesão, resistência viral e dúvidas sobre os medicamentos.

## Recomendações para TARV

A elaboração de protocolos de tratamento anti-retroviral é essencial para organizar a aquisição e distribuição de medicamentos pelo Ministério da Saúde. Além disso, estabelece que os médicos recomendem os tratamentos mais seguros e eficazes, baseados nas melhores evidências científicas disponíveis, evitando as condutas que podem acarretar prejuízo às pessoas que vivem com HIV e aids. Esses protocolos são atualizados anualmente – ou sempre que algum novo medicamento é registrado no Brasil – em comitês formados por especialistas. Esses grupos avaliam a inclusão de novos medicamentos no elenco fornecido pelo Ministério da Saúde e definem as estratégias de tratamento em adultos, gestantes, crianças e adolescentes infectados pelo vírus. As recomendações para adultos foram atualizadas em 2007, incluindo, de forma inédita, orientações específicas sobre a abordagem clínica e laboratorial inicial, adesão ao tratamento, prevenção para pessoas que vivem com HIV e aids, manejo de co-morbidades (como as co-infecções e outras complicações, a exemplo do diabetes e hipertensão) e da toxicidade do tratamento, interações dos medicamentos com alimentos, outros medicamentos, álcool e drogas recreativas (como maconha e cocaína). As recomendações para gestantes e para crianças estão sendo revisadas em 2008.

## Rede assistencial

No Brasil, existem quatro modalidades assistenciais que somam mais de 1.200 serviços voltados para o atendimento de pessoas que vivem com HIV e aids. São 625 Serviços de Atenção Especializada, 95 hospitais-dia, 434 hospitais convencionais e 53 assistências domiciliares terapêuticas. Desde 2007, todos os serviços de assistência ambulatorial que prestam atenção especializada a PVHA no Brasil podem participar da Auto-avaliação Nacional da Qualidade dos Serviços, por meio do uso do sistema online QualiAids ([www.aids.gov.br/qualiaids](http://www.aids.gov.br/qualiaids)). A iniciativa tem por objetivo aperfeiçoar a qualidade da assistência no país. Trata-se de um questionário de múltipla escolha, auto-aplicável pelos serviços, com itens que avaliam a organização do serviço acompanhado por um conjunto de recomendações de boas práticas e instruções. Ao final das respostas, o programa emite um relatório que classifica os indicadores da qualidade da assistência em três níveis - 2 (bom), 1 (médio) e 0 (ruim). A ferramenta tem contribuído para o monitoramento da assistência ambulatorial, auxiliando os gerentes e equipes na avaliação do trabalho feito no local, apontando os pontos frágeis do serviço e alternativas para solucioná-los.

Voltada para pessoas vivendo com HIV, a cartilha Dicas PositIVas traz sugestões de como viver melhor



## Lipodistrofia

Estima-se que esse efeito adverso do uso de ARV afeta metade dos pacientes com aids. Resulta em acúmulo ou perda de gordura em determinadas partes do corpo, como abdômen, braços, pernas, rosto, pescoço, mamas e nádegas. O preenchimento facial com polimetilmetacrilato (PMMA) está disponível no SUS. Até o fim de 2008, cirurgias reparadoras deverão passar a integrar os serviços do SUS para portadores de lipodistrofia.

## Monitoramento da infecção pelo HIV

Rede de laboratórios para exames de linfócitos T-CD4/CD8, carga viral e genotipagem permite monitorar a evolução clínica dos pacientes e o desenvolvimento de resistência aos medicamentos

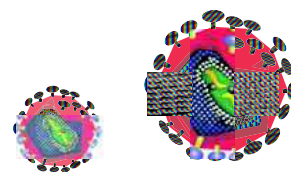
REDES NACIONAIS DE LABORATÓRIOS	
Laboratórios	Testes distribuídos aos estados (2005-2007)
Carga Viral	82 1.152.134
Linfócitos T-CD4 e T-CD8	92 1.387.600
Genotipagem	20 19.344

O objetivo da terapia anti-retroviral (TARV) é tornar indetectável a carga viral do HIV (quantidade de cópias do vírus por milímetro cúbico de sangue) e elevar o número de linfócitos T-CD4 e T-CD8 (células de defesa do organismo). É uma espécie de equação, cujo resultado a ser alcançado é carga viral baixa e quantidade de linfócitos alta. Se a carga viral aumenta e o número de células de defesa cai, o organismo se debilita.

Por meio de exames laboratoriais, é possível identificar precocemente o enfraquecimento do sistema imunológico. Assim, o médico pode fazer alterações no esquema terapêutico do paciente. Nesse contexto, a política nacional de implantação das Redes Nacionais de Laboratórios para contagem de carga viral e de linfócitos T-CD4 e T-CD8 foi estabelecida pelo Ministério da Saúde

a partir de junho de 1997. Fazem parte das redes laboratórios de estados, municípios e universidades, todos integrados ao SUS.

A quantificação da carga viral e dos linfócitos são os marcadores laboratoriais mais adequados tanto para estabelecer prognóstico de soropositivos quanto para monitorar a resposta ao tratamento. Os exames possibilitam monitorar a evolução clínica das pessoas infectadas pelo HIV e fornecem informações que permitem ao médico analisar o momento ideal para iniciar a TARV e a efetividade do tratamento. Em geral, os pacientes realizam os testes a cada quatro meses.



**Genotipagem** – A necessidade de detectar a ocorrência de resistência dos pacientes aos ARV fez com que o Ministério da Saúde implantasse, a partir de 2001, a Rede Nacional de Genotipagem (RENAGENO). A detecção da chamada resistência genotípica (mutações do HIV) em pacientes em uso de anti-retrovirais possibilita uma reorientação do tratamento, com a seleção de novos medicamentos, para uma terapia de resgate.

A rede tem por objetivo estimar, nas diferentes regiões do país, os subtipos circulantes do HIV, a prevalência de mutações do vírus e sua associação com aspectos clínicos, exposição prévia aos ARV e aos esquemas terapêuticos em uso no momento da coleta. Além dos laboratórios, integram a rede 365 Médicos de Referência em Genotipagem, sendo 265 infectologistas e 100 pediatras. Esses profissionais orientam o corpo médico dos serviços na indicação, utilização e interpretação de testes de genotipagem.

#### REDE NACIONAL DE LABORATÓRIOS DE CARGA VIRAL



82 laboratórios de Carga Viral

#### REDE NACIONAL DE LABORATÓRIOS DE CD4+/CD8+



92 laboratórios de CD4+/CD8+



## Prioridade em saúde pública

**Estima-se que por ano ocorram 10 milhões de casos de DST curáveis no Brasil. Se não forem tratadas corretamente, essas doenças podem aumentar em até 18 vezes o risco de infecção pelo HIV**

É indiscutível o impacto das DST na saúde pública e na vida da sociedade, tendo em vista as questões socioeconômicas e culturais que envolvem essas doenças. As DST também estão na pauta de prioridades do Ministério da Saúde, sobretudo porque elas podem ser uma importante porta de entrada para o HIV. Se não forem tratadas corretamente, as DST podem aumentar em até 18 vezes o risco de transmissão do vírus da aids.

Estimativas do Programa Nacional de DST e Aids indicam que infecções por gonorréia, clamídia, sífilis, herpes genital, tricomoníase e HPV (papilomavírus humano) são as DST de incidência mais freqüente em homens e mulheres sexualmente ativos. Do total estimado de casos de DST por ano, 78,5% acometem mulheres. São quase 8 milhões de casos em mulheres e mais de 2 milhões em homens.

As DST são causadas por vírus, bactérias, protozoários ou fungos e podem acarretar sérias complicações, principalmente nas mulheres, porque estas apresentam uma porcentagem significativa de quadros assintomáti-

cos. Além disso, as DST podem comprometer o aparelho reprodutor com infecção aguda nas trompas, gravidez fora do útero, partos prematuros, infecção nos recém-nascidos, podendo até mesmo levar à infertilidade.

"Nas mulheres, os dados conhecidos revelam apenas a 'ponta de um iceberg', porque as DST não costumam apresentar sintomas evidentes no sexo feminino", avalia a médica Adele Ben-zaken, especialista em DST, que dirige a Fundação Alfredo da Matta (FUAM). Localizada em Manaus, no estado do Amazonas, a FUAM é uma das referências nacionais no treinamento de profissionais de saúde e no tratamento das infecções de transmissão sexual.

#### DST - ESTIMATIVA DE CASOS POR ANO

Tricomoníase	4.326.500
Clamídia	1.967.200
Gonorréia	1.541.800
Sífilis	937.000
HPV	685.400
Herpes genital	640.900
<b>TOTAL</b>	<b>10.098.800</b>

Fonte: Programa Nacional de DST e Aids, 2003



De acordo com Adele Benzaken, em geral, os homens não costumam ir tanto aos serviços de saúde como as mulheres, cujo acesso à rede é mais freqüente, por conta de exames ginecológicos, do pré-natal e de ações de planejamento familiar. "Os homens com DST não procuram os serviços de saúde por machismo ou medo de ficarem incapacitados para o mercado de trabalho. Nesse contexto, as DST são claramente um importante marcador de saúde pública".

Um dos obstáculos para os homens não buscarem assistência na rede de saúde também pode ser explicado pelo horário de funcionamento dos serviços, que coincide com o horário de trabalho, além da necessidade de agendamento prévio de consultas, na maioria das unidades de saúde.

No Brasil, as DST de notificação compulsória são apenas sífilis em gestante e aids. Porém, alguns estados e municípios notificam outras infecções de transmissão sexual, como estratégias de vigilância para planejamento de

ações e controle. Na Fundação Alfredo da Matta, todas as **DST são notificadas**. O trabalho envolve três médicos, três enfermeiros, dois assistentes sociais e dois psicólogos. Além dos aspectos clínicos, a equipe fica atenta a outras variáveis, sobretudo de comportamento, para melhorar a vigilância. "Informações como o perfil da população são importantes para direcionar nosso trabalho", diz o enfermeiro Carlos Alberto Castro Barros, que trabalha na FUAM desde 1989.

Por mês, são realizados, em média, 3,5 mil atendimentos de DST no local. A maioria dos casos é de condiloma acuminado (verrugas na genitália), herpes genital (vesículas e úlceras), uretrites, gonorréia e cervicite (inflamações no trato urinário e reprodutor). "Para essas pessoas, a Fundação é a porta de entrada na rede pública de saúde. Isso é importante, porque evita que elas busquem atendimento nos balcões de farmácia ou em conversa com amigos e parentes, cenário ainda bastante comum para as DST no Brasil", diz Adele.

#### DST NOTIFICADAS PELA FUAM

- 44 mil registros acumulados (1988-2007)
- 60% das ocorrências em homens e 40% em mulheres
- 69% dos registros são de pessoas de 15 a 29 anos

## O desafio da sífilis

### Plano com metas para reduzir transmissão vertical da doença pretende aumentar número de testes no pré-natal de 2,1 milhões para 4,8 milhões

Os agravos provocados pelas DST acentuam-se quando essas infecções acometem as grávidas, pois os danos atingem tanto essas mulheres quanto os bebês. Ao longo dos anos, o diagnóstico, a assistência e o tratamento da sífilis estabeleceram-se como uma das prioridades da política pública de atenção à saúde das gestantes. Em 2007, o Ministério da Saúde consolidou as ações em um plano específico para reduzir a transmissão vertical (da mãe para o bebê) do HIV e da sífilis. A meta é aumentar a cobertura de testagem da sífilis durante o pré-natal realizado no Sistema Único de Saúde (SUS), passando o número de testes realizados em gestante, dos atuais 2,1 milhões para 4,8 milhões, até 2011 (leia mais sobre transmissão vertical do HIV na página 35).

Os cálculos para cobertura de 100% das gestantes atendidas no SUS foram feitos com base no número aproximado de grávidas atendidas na rede pública de saúde por ano (2,4 milhões). De acordo com o estudo Sentinela Parturiente 2004, realizado pelo Ministério da Saúde, 48 mil gestantes (1,6% do total de mulheres grávidas) têm sífilis e podem transmitir a doença para o bebê, durante a gravidez. No Brasil, a taxa de incidência de sífilis em gestantes é quatro vezes maior que a do HIV. Na gestação, a doença pode causar graves problemas de saúde na criança ou levar ao aborto espontâneo ou morte perinatal.

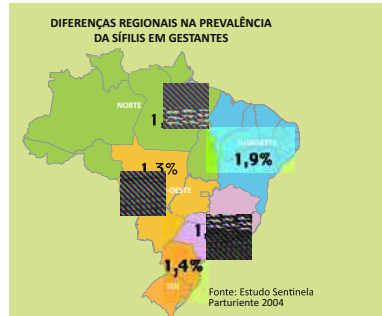
O Ministério da Saúde recomenda que sejam feitos dois testes de sífilis durante o pré-natal e mais um teste na internação para o parto. Segundo o estudo Sentinela Parturiente de 2006, 75% das gestantes realizam o primeiro exame no pré-natal, mas somente 14% realizam os três exames. O segundo teste durante a gestação é importante, porque o estudo apontou que 0,4% das mulheres com resultado negativo no primeiro teste passaram a ser positivas na realização do segundo. Isso demonstra a importância do tratamento dos parceiros das gestantes com sífilis que, em média, só é realizado em 17% dos casos.

**Notificação compulsória** – A sífilis congênita é uma doença de notificação compulsória no Brasil desde 1986. A partir de 2005, a sífilis em gestantes passou a ser incluída na lista de agravos de registro obrigatório. Apesar disso, a subnotificação ainda

é preocupante. De acordo com o estudo Sentinela Parturiente, estima-se, para o Brasil, um total de 12 mil casos de sífilis congênita por ano. No entanto, em 2006, somente 5.749 casos foram registrados.

A não-realização de pré-natal ou a sua realização inadequada levou ao registro, em 2006, de 93 óbitos por sífilis congênita, mortes estas que poderiam ter sido evitadas. Um dos obstáculos no combate à sífilis é o insuficiente reconhecimento da doença como problema de saúde pública, tanto por profissionais de saúde como por gestores. O preconceito em relação às DST e questões de sexualidade e gênero também são barreiras, principalmente para o tratamento dos parceiros de gestantes. Outro problema é o fato de que algumas fases da doença são assintomáticas, o que dificulta a procura do diagnóstico pela população.

Até o fim de 2008, a sífilis adquirida e a síndrome do corrimento uretral entrarão na lista das doenças de notificação compulsória, ampliando a vigilância dos casos de DST. Também está previsto um estudo em 12 sítios brasileiros que atendem pacientes portadores de DST para avaliar a sensibilidade do agente causador da gonorréia aos antimicrobianos de uso recomendado pelo Ministério da Saúde.



Publicações do Ministério da Saúde voltadas para profissionais de saúde e gestores

www.saude.gov.br

DISQUE SAÚDE 0800 61 1997

*Bom de cama é quem usa camisinha.  
Qual é a sua atitude na luta contra a aids?*



[qualsuaatitude.com.br](http://qualsuaatitude.com.br)

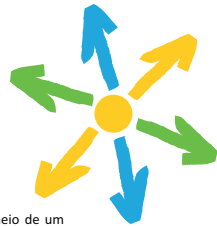


Ministério da Saúde



## Investimento com foco local

**Descentralização de ações realizadas em estados e municípios possibilitou ampliação de recursos e reforço ao enfrentamento da epidemia**



A política de incentivo para prevenção das DST e da aids nos estados e municípios completa cinco anos em 2008. A descentralização dessas ações possibilitou ampliar os recursos investidos e reforçar o enfrentamento da epidemia em níveis regionais. O total de recursos repassados anualmente pelo Ministério da Saúde é de R\$ 125,7 milhões, sendo R\$ 101,3 milhões para estados e municípios, R\$ 22 milhões para organizações da sociedade civil e R\$ 2,4 milhões para compra da fórmula infantil que substitui o leite materno (alternativa para crianças expostas ao HIV).

Os repasses dos recursos são feitos diretamente para aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde. Dessa forma, criam-se alternativas de sustentabilidade das ações de combate à epidemia em níveis locais. Atualmente, são beneficiadas as Secretarias de Saúde de 460 municípios e de todos os 26 estados e o Distrito Federal. Esses municípios abrangem 56,6% da população nacional e 86,4% dos casos de aids registrados no país.

Os compromissos de estados e municípios são assumidos nos Planos de Ações e Metas (PAM), que são elaborados todos os anos e passam por aprovação nos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. Essa política é marcada pela gestão compartilhada entre as três esferas de governo (federal, estadual e municipal), respeitando os diferentes graus de autonomia, capacidade de execução e responsabilidades.

O site [www.aids.gov.br/incentivo](http://www.aids.gov.br/incentivo) possibilita a transparência na execu-

ção desses recursos, por meio de um sistema de monitoramento que acompanha o alcance das metas propostas, a execução financeira, e o cumprimento das pactuações para aquisição de medicamentos e preservativos. No endereço, também estão disponíveis dados sobre a evolução de indicadores relacionados às ações de controle do HIV, da aids e das DST. Qualquer cidadão pode monitorar a aplicação da verba enviada pelo Ministério da Saúde para as ações locais.

Com a política de descentralização, os recursos investidos em estados e municípios passaram de R\$ 100 milhões (2004) para R\$ 135 milhões (2007). Ao mesmo tempo, houve, nos últimos anos, um aumento do comprometimento de recursos próprios das Secretarias de Saúde. A maior parte dos estados tem comprometido recursos acima dos valores pactuados para a Política de Incentivo, sendo que muitos deles ampliaram significativamente esses recursos para 2008.

### Sociedade civil

Antes da portaria 2.313, de 2002, que instituiu a política de incentivo, o Programa Nacional de DST e Aids financiava diretamente projetos de ONG nos estados e municípios. Hoje, o Ministério da Saúde tem como atribuições a formulação e execução de propostas de impacto nacional e regional, o envio de recursos, a gerência das ações, a capacitação técnica e a resolução de conflitos locais.

## Plano com indicadores nacionais, regionais e estaduais viabiliza o controle social das ações de enfrentamento da epidemia

As principais estratégias do Plano Nacional de Monitoramento e Avaliação (PNA), do Programa Nacional de DST e Aids, são implementar e melhorar os sistemas de monitoramento, com o objetivo de fornecer aos gestores em saúde e à sociedade dados atualizados sobre as ações de enfrentamento da epidemia.

Os dados servem para direcionar as atividades do Programa Nacional e indicar a necessidade de estudos avaliativos. Também faz parte do PNA a capacitação de recursos humanos nos três níveis de governo (federal, estadual e municipal), na área de informação e nas ferramentas utilizadas para acompanhar os programas de DST e aids dos municípios, dos estados e, conseqüentemente, do país.

Um dos principais sistemas de monitoramento e avaliação é o Sistema de Monitoramento de Indicadores do Programa Nacional de DST e Aids (Monitoraids), o primeiro sistema *on-line* do tipo no Brasil. Disponível no endereço eletrônico [www.aids.gov.br/monitoraids](http://www.aids.gov.br/monitoraids), ele fornece aos parceiros do Programa Nacional e à sociedade civil informações úteis para acompanhar a resposta brasileira à aids e a outras DST.

O sistema apresenta indicadores nacionais, regionais e estaduais. Alguns podem ser desagregados por categorias, como idade, sexo e variáveis que caracterizam o nível socioeconômico. Os resultados da consulta são apresentados na forma de tabelas, gráficos e cartogramas (mapas que contêm dados).

Estão disponíveis diversas informações sobre recursos financeiros, apoio a organizações da sociedade civil, atividades de prevenção, comportamento sexual, populações mais vulneráveis ao HIV, testagem, assistência e tratamento, vigilância epidemiológica, estigma e discriminação, entre outros aspectos.

Para a construção dos indicadores, foram utilizados dez sistemas de informações do Ministério da Saúde, bases de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), da Previdência Social (DATAPREV), do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), pesquisas de comportamento sexual e estudos junto ao Exército brasileiro.

O Monitoraids foi criado a partir de parceria entre o Programa Nacional de DST e Aids, a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e a representação, no Brasil, do *Centers for Disease Control and Prevention*, do governo dos Estados Unidos. A atualização é anual e realizada pelas instituições que idealizaram o projeto.



MONITOR *aids*

## Resposta ampla e articulada

Na década de 1980, quando surgiram os primeiros casos de aids no Brasil, houve uma resposta rápida no enfrentamento da epidemia, construída em parceria entre governo e organizações da sociedade civil. Essa resposta precoce e articulada, juntamente com a política de prevenção, assistência e tratamento, transformou o Brasil em uma referência mundial para o estabelecimento de estratégias efetivas de promoção de saúde, qualidade de vida e direitos humanos das pessoas vivendo com HIV e aids.

Ao longo dos anos, a sociedade brasileira engajou-se em ações de denúncia das situações de violação de direitos de populações mais afetadas pela epidemia, contribuindo para reduzir o efeito discriminatório da aids e aumentar as atitudes de solidariedade. Apesar desse notável avanço, persistem situações de estigma, discriminação e exclusão, especialmente no âmbito do trabalho, que se impõem como um importante desafio a ser superado.

Análises epidemiológicas apontam para o aumento, tanto proporcional quanto no número absoluto, de casos de aids entre indivíduos com menor inserção social, baixo grau de instrução e residentes nas periferias dos centros urbanos. Para essa população, a presença de uma doença – especialmente da aids – aumenta sua vulnerabilidade social e, conseqüentemente, contribui para o elevar o nível de pobreza no Brasil.

Para avançar na defesa dos direitos humanos e no combate ao estigma e à discriminação, nosso compromisso é promover políticas públicas que tenham como objetivo:

- Fortalecer ações de promoção de saúde e inclusão social de pessoas que vivem com HIV e aids.
- Integrar, em nível federal, políticas públicas que reduzam a vulnerabilidade social dessas pessoas.
- Promover a cooperação das redes de atores e instituições que atuam no campo dos direitos humanos, saúde, assistência, previdência, trabalho, seguridade social, emprego e renda voltados para essa população específica.

Hoje, temos convicção de que viver com HIV e aids ultrapassa as questões de saúde. Daí a necessidade de uma resposta articulada entre os vários setores do governo e da sociedade. Com isso, será possível responder integralmente às novas faces da epidemia nas áreas da saúde, educação, trabalho, assistência e previdência social.



## Financiamento de ações de ONG por parte do governo federal reforça a defesa dos direitos humanos e o combate ao preconceito contra pessoas que vivem com HIV e aids

Uma das formas que o Ministério da Saúde encontrou para combater o estigma, o preconceito e a discriminação contra pessoas que vivem com HIV e aids e contra populações mais vulneráveis à epidemia (como LGBT, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis) foi o apoio financeiro a organizações da sociedade civil. Essa estratégia é fundamental para fortalecer, em nível local, nos estados e municípios, as políticas públicas de garantia ao acesso à saúde e defesa dos direitos humanos dos soropositivos.

A mais recente iniciativa nesse sentido é o financiamento de assessorias jurídicas, iniciado em 2006. Desde então, já foram investidos R\$ 2,5 milhões (US\$ 1,47 milhão) em 91 projetos. Os recursos são destinados a ONG que recebem denúncias, orientam as vítimas, fornecem informações sobre legislação e aids, realizam encaminhamentos para áreas sociais e garantem o acompanhamento de ações judiciais, quando necessário.

Dentro das assessorias, as áreas prioritárias do Direito no atendimento aos portadores do vírus da aids são a

trabalhista, a previdenciária, a familiar, a civil, a penal, a constitucional e a de direitos humanos (discriminação e violência de gênero ou relacionada à orientação sexual).

Ademilson Neves é um dos usuários do serviço. Ele vive com HIV desde 1988 e teve seu auxílio-doença suspenso em 2007 pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). Procurou, então, o Centro de Cidadania, Ação e Interação Solidária (CAIS), instituição que presta assessoria jurídica no estado da Paraíba. Primeiro, Ademilson conseguiu, na Justiça, uma decisão liminar reavendo o benefício. Depois, foi aposentado por invalidez. "O resultado foi melhor do que eu esperava", comemora.

Casos como esse refletem o perfil do público que procura as assessorias jurídicas, composto, em geral, por pessoas pobres, que não têm condições financeiras para contratar um advogado particular. Segundo Tatyane Oliveira, advogada do CAIS, muitos usuários do serviço não têm nem telefone nem e-mail. "São pessoas em situação de pobreza bem acentuada", avalia.

CD reúne a legislação brasileira revisada e as principais normas internacionais de direitos humanos sobre DST e aids, distribuído às assessorias jurídicas das ONG



Ilustração do brasileiro Moriconi venceu o Festival Internacional de Humor em DST e Aids na categoria Direitos Humanos

Em todo o país, os 48 projetos realizados em 2006 receberam quase 12.000 demandas. As instituições contempladas também distribuíram mais de 17.000 cartilhas sobre direitos humanos das pessoas que vivem com HIV e realizaram 1.062 treinamentos com multiplicadores de informações. Atualmente, 43 projetos estão em execução.

**Banco de dados** – Outra ferramenta importante para auxiliar o combate ao preconceito e à discriminação é o "Banco de Dados de Violações de Direitos Humanos e HIV/Aids". Lançado em 2007, o banco de dados cadastra denúncias de vítimas, com a garantia de anonimato. A quantidade de casos, o tipo e o local de ocorrência estão disponíveis na internet, no endereço eletrônico <http://sistemas.aids.gov.br/denuncia>.

Atualmente, o sistema tem 309 denúncias cadastradas. A maioria (65%) está relacionada à discriminação por orientação sexual e identidade de gênero. Há registros, ainda, de problemas com previdência social (10,3%); castigo cruel, desumano ou degradante (9,7%); trabalho e emprego (9,3%); outros benefícios sociais (8,7%); saúde (8,4%); sigilo (2,3%); testagem compulsória (0,6%) e educação (0,32%).

## Financiamento de ONG

Pelo fato de aturem próximas às populações mais vulneráveis ao HIV, as ONG são aliadas do Governo Federal no controle da epidemia. Essas populações nem sempre procuram os serviços de saúde ou costumam ter dificuldade de acesso a eles. Nesse contexto, o Programa Nacional de DST e Aids entende que o financiamento de projetos é fundamental para ampliar as ações de inclusão dessas pessoas. Desde 2003, existem duas formas de investimento: o direto e o indireto. No primeiro, ações regionais e nacionais são selecionadas em editais públicos. No indireto (denominado Política de Incentivo), os recursos são transferidos para Coordenações Estaduais e Municipais de DST e Aids, que realizam seleções de acordo com a realidade local. De 2003 a 2007, o volume de recursos repassados à sociedade civil foi de R\$ 182,5 milhões (US\$ 107,3 milhões).



## Acesso ao tratamento, saúde pública, propriedade intelectual e inovação tecnológica

O acesso da população aos medicamentos é um tema complexo e que envolve diversos aspectos técnicos e políticos, como o direito à saúde dos cidadãos, a disponibilidade de recursos, os critérios para definição das melhores abordagens terapêuticas, a criação de novas drogas e tratamentos de longo prazo.

Um dos aspectos técnicos, muitas vezes negligenciado, é a questão da propriedade intelectual, um instrumento importante no fomento à inovação, na medida em que protege os direitos de exploração de quem inventa um objeto ou processo. Porém, no que tange à saúde pública, a utilização desequilibrada da proteção patentária gera incremento do preço dos medicamentos e, em algumas situações, um monopólio indevido. Esse monopólio impacta o acesso a medicamentos e tem repercussão, inclusive, no sistema de inovação. Tal é o caso de vários países em desenvolvimento.

Percebendo essa problemática, a OMS, em 2006, inseriu em sua agenda a discussão do tema "direitos de propriedade intelectual, inovação e saúde pública", com atuação importante para que isso ocorresse. Além da clara definição de prioridades de Pesquisa e Desenvolvimento e do uso balanceado dos direitos de propriedade intelectual, decidiu-se que a discussão deveria abarcar também aspectos como financiamento e mecanismos de incentivo apropriados para a produção de medicamentos e a criação de estratégias essenciais ao combate das doenças que afetam, de maneira desproporcional, países em desenvolvimento. Esse processo culminou na criação do Grupo de trabalho Inter-governamental sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual (IGWG, na sigla em inglês).

A existência, no âmbito da OMS, de um grupo que tratasse de questões afetas à propriedade intelectual e acesso foi uma conquista. Pela primeira vez a Organização pronunciou-se sobre esses temas e reconheceu o impacto da propriedade intelectual na saúde pública, no acesso aos medicamentos, nos preços das drogas e no próprio sistema de inovação tecnológica, em especial no que concerne à pesquisa e desenvolvimento e às necessidades dos países em desenvolvimento.

A Estratégia Global do IGWG sobre saúde pública, inovação e propriedade intelectual, aprovada na 61ª Assembleia Mundial de Saúde, em maio de 2008, está orientada às necessidades de saúde e às prioridades dos países em desenvolvimento na busca de ações concretas que contem com a participação da OMS.

O Brasil, e especificamente o Programa Nacional de DST e Aids, tem nesse grupo a oportunidade para discutir, em nível internacional, o reflexo das questões de propriedade intelectual no acesso ao tratamento de pessoas vivendo com HIV. Isso abre a possibilidade de obter apoio de outros países que enfrentam dificuldades semelhantes e de utilizar a repercussão para divulgar e discutir a questão também em nível nacional, junto a outros órgãos do governo brasileiro e à sociedade civil.



No mapa, em destaque, países com os quais o Brasil desenvolve ações

**Ao promover um modelo de cooperação horizontal, o Brasil contribui para melhorar a resposta global à epidemia. O país ajuda a formular e implementar estratégias conjuntas e ações de cooperação técnica**

O intercâmbio de informações e experiências do Brasil com outros países iniciou-se a partir da década de 1990, com países da América Latina e do Caribe de fala hispânica. A partir dessas primeiras experiências, O Ministério da Saúde lançou, em 2002, o Programa de Cooperação Internacional (PCI), como forma de apoiar países de baixa e média renda no desenvolvimento das áreas de prevenção, assistência e tratamento.

O PCI surgiu num momento crítico, em que muitos países, especialmente os desenvolvidos, acreditavam que a prevenção deveria ser a principal área de atuação das estratégias de enfrentamento da epidemia nos países em desenvolvimento, em detrimento do acesso ao tratamento.

Tendo em vista a bem-sucedida experiência do Brasil no acesso universal ao tratamento, refletida na ampliação da expectativa de vida de pessoas vivendo com HIV e aids, a provisão de medicamentos ARV a outros países em desenvolvimento foi um elemento importante na política externa brasileira, que defende o equilíbrio entre prevenção de novas infecções e cuidado com os doentes.

A proposta brasileira visava a transferir conhecimentos em manejo clínico de anti-retrovirais e fornecer tratamento para 100 pacientes em cada país. Foram contemplados Bolívia, Paraguai, El Salvador, Colômbia, República Dominicana, Burkina Fasso e Moçambique.

**Laços Sul-Sul** – Em 2004, teve início a Fase II do PCI. A partir de então, o governo brasileiro comprometeu-se a oferecer acesso universal ao tratamento com anti-retrovirais de primeira linha para seis países: Bolívia, Paraguai, Cabo Verde, Guiné-Bissau, São Tomé e Príncipe e Timor Leste. O objetivo era fortalecer as iniciativas nacionais de apoio ao acesso universal ao tratamento.

Com a adesão do UNICEF, houve incorporação de um enfoque especial em gestantes, adolescentes e crianças. O PCI Fase II passa a chamar-se Laços Sul-Sul – um projeto em rede com foco no desenvolvimento de atividades voltadas para a ampliação do tratamento com anti-retrovirais de primeira linha, a redução da transmissão vertical do HIV e a prevenção da aids em mulheres, crianças e adolescentes.

O site [www.aids.gov.br/lss](http://www.aids.gov.br/lss) divulga as ações da iniciativa e fornece informações sobre os avanços no enfrentamento da epidemia nos países que a integram. Também pode ser acessado no site o plano de trabalho do grupo, além de informações e notícias sobre o projeto. É possível ainda encontrar os compromissos firmados, o panorama da epidemia em cada um dos oito países e os resultados alcançados até o momento. Todas as informações e documentos estão disponíveis nas versões em português, inglês e espanhol.

## Centro Internacional de Cooperação Técnica (CICT)

O crescente envolvimento do Brasil em projetos horizontais de cooperação levou à criação do Centro Internacional de Cooperação Técnica (CICT). A decisão pela criação do Centro foi tomada em setembro de 2004 pelo diretor-executivo do UNAIDS, Peter Piot, e pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva, em evento ocorrido no Palácio do Planalto, em Brasília.

Instalado no Programa Nacional de DST e Aids, o Centro foi implantado em janeiro de 2005 e reúne uma rede de instituições governamentais e não-governamentais do Brasil e de outros países em desenvolvimento para o atendimento de demandas de cooperação. Atualmente, a rede é composta de 74 instituições que atuam em diversas áreas relacionadas ao enfrentamento da epidemia de aids.

Os projetos do CICT são elaborados em conjunto com os países e desenvolvidos para atender às necessidades e aos recursos específicos de cada um, respeitando os princípios da cooperação horizontal. Outras informações estão disponíveis no site [www.cict-aids.org](http://www.cict-aids.org).

A maioria das instituições que formam a rede credenciada pelo CICT é de organizações não-governamentais que atuam, em geral, na área de *advocacy*, fortalecimento da sociedade civil e prevenção junto às populações mais vulneráveis. As entidades públicas são, em geral, serviços de saúde, hospitais e instituições acadêmicas. Atualmente, o grande esforço do CICT é para ampliar o número de instituições não-brasileiras no banco de dados, a fim de garantir maior internacionalidade, sem perder em qualidade.

As ações desenvolvidas pelo CICT têm apoio de parceiros internacionais, envolvidos no âmbito da assistência técnica, que vêm na modalidade de cooperação sul-sul um instrumento importante para aprimorar respostas nacionais de modo sustentável, a partir do aproveitamento dos recursos locais.

**Recursos** – Assim, o UNAIDS e o governo brasileiro firmaram acordo de US\$ 1 milhão para a criação do CICT. O projeto foi renovado por mais dois anos (2008–2010), desta vez com US\$ 1,5 milhão, com ênfase para a atuação do Brasil nos países africanos de língua portuguesa.

Além disso, encontram-se em execução dois projetos: um de 1 milhão de euros, junto ao governo alemão, com apoio e gerenciamento da Cooperação Técnica do Governo da Alemanha (GTZ); e outro de 3 milhões de libras, junto ao governo do Reino Unido, com apoio do Departamento para o Desenvolvimento Internacional do Governo do Reino Unido (DFID) e gerenciamento da GTZ. Há, ainda, um apoio pontual por parte da embaixada dos Países Baixos, para cooperação técnica na área de prevenção com crianças e jovens de rua no Brasil, Bolívia, Peru e Colômbia.

Atualmente, em razão dos apoios recebidos e à contrapartida do governo brasileiro, o CICT vem desenvolvendo projetos com 17 países mediante o princípio da horizontalidade, sendo elaborados em conjunto com as organizações parceiras e ajustados às demandas e necessidades específicas de cada país. Foram realizados, no âmbito do CICT, oito projetos em nível regional, 11 missões e visitas ao Brasil, 21 eventos e cinco estágios de intercâmbio de ações.



### Rede Internacional de Cooperação Tecnológica (RICT)

Outra atividade de cooperação também iniciada em 2004 é a Rede de Cooperação Tecnológica (RICT), que conta com o apoio da Fundação Ford. O projeto reúne, além do Brasil, mais sete países em desenvolvimento – Argentina, China, Cuba, Nigéria, Rússia, Tailândia e Ucrânia. O objetivo é aumentar o acesso a produtos e insumos para prevenção, diagnóstico e tratamento do HIV/aids, por meio de pesquisa, desenvolvimento e produção de anti-retrovirais, kits de laboratórios, preservativos, vacinas e microbicidas.

Uma das grandes ações em andamento no âmbito da rede são os projetos multilaterais para melhoria do controle de qualidade dos exames de laboratório utilizados no diagnóstico e monitoramento da infecção pelo HIV. A outra é a produção de anti-retrovirais. A meta é compartilhar a capacidade tecnológica dos países-membros nessas duas áreas. No Brasil, tanto os intermediários necessários à fabricação de medicamentos para a aids como os kits laboratoriais são produtos importados, produzidos por um pequeno número de empresas, a um alto custo.

### Grupo de Cooperação Técnica Horizontal (GCTH)

O Brasil ocupou um papel de destaque na criação, em 1995, do Grupo de Cooperação Técnica Horizontal (GCTH), que reúne os chefes dos programas de aids dos países da América Latina e Caribe. O grupo surgiu em virtude do descontentamento com os modelos de cooperação vertical existentes na região. A missão do GCTH é promover maior integração entre os países do bloco, visando ao desenvolvimento conjunto de programas de capacitação e cooperação na área de HIV e aids.

O grupo atua, até hoje, como um importante fórum político para discutir os rumos da epidemia na região, ao mesmo tempo em que permite compartilhar experiências, aprimorando as respostas nacionais. Os maiores desafios que o GCTH enfrenta hoje são a ampliação do acesso ao tratamento para pessoas vivendo com HIV/aids e o fortalecimento das respostas à epidemia e outras DST por meio da cooperação técnica intra-regional.

Além dos representantes dos governos, as organizações da sociedade civil também estão representadas no GCTH, por meio das redes de organizações comunitárias existentes na América Latina e no Caribe. Atualmente, a secretaria é exercida pelo Peru.



### Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP)

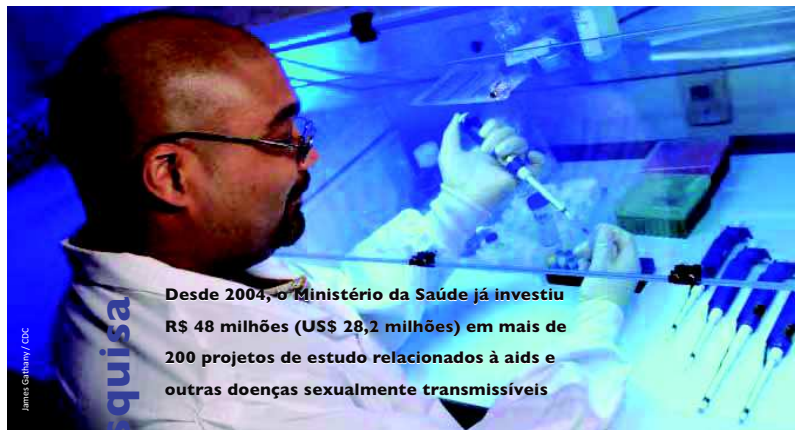
Outra frente de cooperação é com a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP). Além do Brasil, o grupo é formado por Angola, Moçambique, Portugal, São Tomé e Príncipe, Cabo Verde, Guiné-Bissau e Timor Leste. Esses últimos quatro países também integram a rede Laços Sul-Sul, que serviu de base para formatar a rede técnica de cooperação em HIV e aids entre os países da CPLP.

Lançada oficialmente na reunião de ministros da Saúde, em abril de 2008, a rede tem como meta realizar ações de cooperação técnica entre os oito países-membros da Comunidade. Entre os objetivos da rede estão: promover o acesso universal à prevenção, diagnóstico, assistência e tratamento; enfrentar o avanço da epidemia em mulheres; combater o estigma e a discriminação às pessoas que vivem com HIV e aids; fortalecer a participação da sociedade civil na elaboração e implementação de políticas públicas, estimulando a formação de redes de ONG e de pessoas que vivem com o vírus.

### Central Internacional para a Compra de Medicamentos Contra a Aids (UNITAID)

Em seu primeiro ano de funcionamento (2006-2007), a Central Internacional para a Compra de Medicamentos contra a Aids (UNITAID) conseguiu reduzir em quase 40%, o preço do tratamento do HIV para crianças e entre 25% e 50% o preço dos ARV de segunda linha (indicados quando há resistência à terapia em uso). Nesse período, foram investidos US\$ 45 milhões em ARV de segunda linha para financiar o tratamento de 65 mil pacientes até 2008. Além da aids, a Central também contribui para o enfrentamento da tuberculose e da malária nos países em desenvolvimento. Para cada programa, são estabelecidas parcerias com entidades internacionais como a OMS, o UNICEF, a Fundação Clinton e o Fundo Global de Luta contra a Aids, Tuberculose e Malária, entre outros.

Lançada em setembro de 2006, por Brasil, França, Chile, Noruega e Reino Unido, a UNITAID contribui para reduzir preços de medicamentos e insumos de diagnósticos para essas três doenças. A iniciativa oferece aos países beneficiários apoio em longo prazo, por meio de financiamento planejado e sustentável, mobilizado por mecanismos inovadores de arrecadação, como a contribuição solidária sobre bilhetes aéreos e contribuições orçamentárias programadas. Com sede em Genebra, a UNITAID funciona na sede da OMS. Hoje, 27 países, incluindo o Brasil e mais 19 nações da África, fazem parte da Central. Pelo menos 85% dos fundos da UNITAID são gastos em países de baixa renda. Em 2007, foram investidos mais de US\$ 300 milhões em 80 países.



James Gentry / CDC

## Incentivo à pesquisa

**Desde 2004, o Ministério da Saúde já investiu R\$ 48 milhões (US\$ 28,2 milhões) em mais de 200 projetos de estudo relacionados à aids e outras doenças sexualmente transmissíveis**

Pesquisas em busca de novos tratamentos para o HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis são ampliadas, a cada ano, no Brasil. O financiamento desses estudos é uma prioridade do Governo Federal. Prova disso é o investimento financeiro, que alcançou a marca de R\$ 48 milhões (US\$ 28,2 milhões), desde 2004, e beneficiou 208 projetos. Atualmente, 47 estão em execução, 113 em fase de encerramento, 27 em fase de processamento de dados e 18 em fase de assinatura.

O processo de seleção é transparente e eficiente, baseado no conhecimento científico, e os resultados dos estudos apoiam a formulação de políticas públicas de combate à epidemia, além de gerar novos conhecimentos. Participam das seleções ONG, serviços de saúde e instituições públicas e privadas de ensino ou pesquisa. Todos esses órgãos são nacionais e possuem em seus quadros pesquisadores habilitados para o desenvolvimento de pesquisas.

Os projetos são classificados como de pesquisa, de desenvolvimento tecnológico e de suporte à ciência e tecnologia. Para a aprovação do financiamento, são considerados o mérito científico, a estrutura institucional, a capacidade gerencial, a relevância e a proposta orçamentária.

As pesquisas abrangem estudos comportamentais, antropológicos, sociais, econômicos, clínicos, clínico-epidemiológicos, tecnológicos, avaliativos, além de revisão bibliográfica e regulamentação (propriedade intelectual, ética e vigilância sanitária).

Outras áreas contempladas pelos projetos são bioinformática, gestão de bancos de dados, criopreservação, modelagem matemática, capacitação e formação em pesquisa e desenvolvimento tecnológico e apoio à estruturação de núcleos de pesquisa clínica e de sítios de testes com insumos estratégicos.

Os estudos abrangem áreas comportamentais, biológicas, entre outras

## Vacina anti-HIV

Não há perspectiva de que uma vacina de imunização total contra o HIV seja descoberta em um futuro próximo, mas é certo que esses estudos têm avançado muito e contribuído para o desenvolvimento tecnológico mundial. Hoje, pesquisadores e representantes de governos e da sociedade civil de 23 países unem esforços para desenvolver uma vacina eficiente contra a doença. São mais de 25 mil voluntários envolvidos em 46 estudos, sendo 21 em fase de testes pré-clínicos e 25 em testes clínicos.

No Brasil, o esforço para desenvolver vacinas contra a aids está contemplado no Plano Brasileiro de Vacinas anti-HIV. Foram lançadas versões do documento em 1992, 1998 e 2002. A nova edição, que deverá ser publicada até o fim de 2008, contempla o período que vai até 2012. As diretrizes firmadas no documento são estabelecidas com a participação efetiva de representantes da comunidade científica e da sociedade civil, que integram os Comitês Técnicos Assessores de Vacina anti-HIV.

Atualmente, o investimento do Ministério da Saúde nas pesquisas de vacinas é de R\$ 4,8 milhões. Desde 2001, estão em andamento sete estudos de vacina preventiva, realizados em três sítios: na Universidade Federal do Rio de Janeiro, na Universidade Federal de São Paulo e no Centro de Referência e Treinamento de São Paulo. Há, também, um estudo de vacina terapêutica, que faria parte do tratamento de pessoas já infectadas. Esse trabalho é coordenado pela Universidade Federal de Pernambuco. Todas as pesquisas de vacinas no Brasil estão em fases iniciais.

**Dez anos** – A duração de pesquisas de vacinas anti-HIV, tanto preventivas quanto terapêuticas, leva, no mínimo, uma década. Esse período é necessário para que ocorram testes pré-clínicos e clínicos, até que o imunizante possa ser utilizado em larga escala. Entre os principais problemas para a conclusão de estudos satisfatórios anti-HIV estão a diversidade do vírus, o alto custo dos estudos e a dificuldade para recrutar voluntários.

O tempo decorrido entre a descoberta do agente etiológico (causador) de uma doença e a identificação de uma vacina preventiva eficaz pode ser de muitos anos, como no caso da gripe/ meningite (92), coqueluche (89) e pólio (47). No mundo, o primeiro teste de vacina preventiva de HIV foi realizado em 1987.

Ao longo dos anos, 35 vacinas foram pesquisadas, com a participação de 10 mil voluntários. Em 2003, pela primeira vez, uma vacina anti-HIV foi testada em larga escala, mas não apresentou a eficácia desejada. Desde 2004, outros três imunizantes estão em fase mais avançada de pesquisa no mundo.

## Ações de comunicação reforçam enfrentamento das DST e aids. Principais datas são Carnaval e Dia Mundial de Luta Contra a Aids

O carnaval é a maior festa popular brasileira. Todos os anos, milhares de pessoas aglomeram-se nas ruas das cidades e nos clubes, em todas as regiões. Em algumas delas, como Rio de Janeiro, Salvador e Recife, o número de pessoas nas ruas supera 1 milhão, nos quatro dias de festa. O evento acontece sempre entre os meses de fevereiro e março. Pelo seu tamanho e importância cultural, e pelo clima de azaração, o carnaval é uma festa estratégica para as ações de prevenção às DST e aids.

Desde os anos 1980, são realizadas campanhas de massa nos dias que antecedem o carnaval. A mensagem sempre enfoca, de forma bem-humorada, a importância do uso do preservativo. Algumas campanhas se tornaram célebres e são lembradas até hoje, como a intitulada "Bráulio", na qual um homem conversava com seu pênis e o ensinava a usar o preservativo. Elas foram importantes no início da epidemia devido ao pioneirismo da abordagem sobre sexo, que ainda é um tabu.

Yolanda Gaspar Nogueira, 53 anos, sabe bem como era difícil falar sobre o tema e ter acesso ao preservativo. Ela lembra a época em que iniciou sua vida sexual, quando ainda não existia aids. "Era difícil adquirir a camisinha, pouca gente usava. Eu mesma nunca tinha usado. Depois que me separei do meu marido, experimentei. Achei estranho no começo, mas depois me acostumei".

Mãe de duas filhas, uma de 30 e outra de 31 anos, ela hoje sabe a importância da informação para prevenir a aids e outras DST. Quando as meninas entraram na adolescência, fez questão de conversar com elas sobre sexualidade e métodos preventivos.

Assim como Yolanda, a população brasileira também está consciente em relação ao uso do preservativo. Entre os jovens, por exemplo, pesquisas mostram que 94% (independentemente de sexo, faixa etária ou escolaridade) indicam o produto como a forma mais eficiente de proteção contra o vírus da aids.

De olho nas multidões

Passistas da Escola de Samba Mangueira participam da feijoada de lançamento da campanha de carnaval 2008, no Centro Cultural Cartola, no Rio de Janeiro



Em 1986, o índice de uso de camisinha na primeira relação sexual na população geral era de apenas 9%. Em 2005, na faixa etária de 16 a 19 anos, esse índice passou para 65,8%. Essa mudança considerável, graças a estratégias integradas de prevenção, demonstra a importância da comunicação na mudança de comportamento da população.

**1º de dezembro** – O Dia Mundial de Luta Contra a Aids também é um momento essencial para a comunicação em aids. É nessa data que o país e o mundo discutem as questões que envolvem o viver com HIV, o preconceito e a solidariedade. Além da tradicional campanha de massa, como no carnaval, são realizadas mobilizações em diversas cidades, com reforço, também, na distribuição de preservativos.

Foi no Dia Mundial de Luta Contra a Aids de 2007 que diferentes religiões e crenças se uniram no Cristo Redentor – o mais conhecido cartão postal do Brasil – em prol das pessoas que vivem com HIV. Foi um momento histórico no combate ao estigma e à discriminação que ainda cercam as pessoas que vivem com a doença.

Outras ações também chamaram a atenção e foram fundamentais para colocar o tema aids nos noticiários e nos lares brasileiros, como a instalação "Contatos", da artista Bia Lessa. Na Esplanada dos Ministérios, em Brasília (2006), 24 mil metros de estacas ocuparam o gramado do Congresso Nacional com a frase "Antes eu me escondia para morrer, hoje me mostro para viver", que também foi projetada a laser nas colunas do edifício. O show com artistas mulheres (2004), com negros em Salvador (2005) e a colcha de retalhos com mensagens de apoio (2003), na Praça dos Três Poderes, ganharam destaque nacional. Essas iniciativas ajudaram a população a entender um pouco o que é viver com HIV e a diminuir o preconceito contra essa população.

Vídeos e imagens das campanhas e outras fotografias das ações do Dia Mundial de Luta Contra a Aids estão disponíveis no site [www.aids.gov.br/mediacenter](http://www.aids.gov.br/mediacenter).



Ações de mobilização no Dia Mundial de Luta Contra a Aids. Ao lado, o Cristo Redentor com o laço da solidariedade (2007); acima, frase no gramado em Brasília; show com a população negra em Salvador; show com mulheres (2004); colcha de retalhos (2003) na Praça dos Três Poderes, na capital do país



Foto: Anabelle Pinheiro/AIDS

## Comunicação dirigida

A comunicação em aids não se resume apenas a campanhas de massa. Durante todo o ano, estratégias dirigidas são traçadas para atender a todas as demandas de prevenção e tratamento da epidemia. Um exemplo é a personagem "Maria Sem Vergonha", criada para representar as prostitutas e ajudar na prevenção e identidade dessa população.

Para o projeto Saúde e Prevenção nas Escolas foi criado o "Caderno das Coisas Importantes", no qual os alunos podem anotar suas lembranças e momentos mais importantes e, de forma divertida, participar de um teste sobre camisinha, aids e comportamento. O formato e a proposta do material foram uma sugestão dos próprios alunos de escolas públicas que já trabalham com o SPE.

Materiais para a população de gays e HSH também são desenvolvidos com regularidade. A publicação mais recente traz, pela primeira vez, ilustrações de situações entre dois homens, esclarecendo como se pega e como não se pega aids.

## Oportunidade

Durante os XV Jogos Pan-americanos e os III Jogos Para-americanos, que aconteceram no Rio, em julho e agosto de 2007, foram distribuídos materiais educativos e 600 mil preservativos. As atividades concentraram-se na Vila Pan-americana, locais de competição, pontos turísticos e aeroporto da cidade. Estima-se que 30 mil pessoas – entre atletas, voluntários, membros de delegações, jornalistas e turistas – foram alcançadas pela ação.



Foto: Ivo Silva/MS



Para a direita: Caderno das Coisas Importantes; cartaz e folheto para o público gay e HSH; embalagem do preservativo do Vista-se no PAN. Na foto, ministros na caminhada que marcou o início dos Jogos e, acima, a personagem Maria Sem Vergonha



# O relacionamento diário com a mídia

## Transparência e agilidade em divulgar as ações do Programa Nacional de DST e Aids são a base do contato com a imprensa

A epidemia de aids ganhou espaço na mídia na década de 1980, quando os efeitos da doença e as poucas opções de tratamento surpreendiam o mundo. No Brasil, onde a resposta do governo e da sociedade diante da epidemia foi precoce, o tema está constantemente em pauta nos jornais diários, rádios, televisões, revistas semanais e mensais, agências e sites de notícias e periódicos especializados.

O desafio é manter o assunto em pauta na imprensa e isso é possível a partir do conceito de que a informação é uma maneira eficaz de promover a

prevenção, melhorar aspectos relacionados ao tratamento e garantir os direitos humanos das pessoas que vivem com o HIV.

Há, também, ações pró-ativas no sentido de sugerir pautas e novas abordagens dos temas relacionados à epidemia, muitas vezes de forma exclusiva a determinados veículos de comunicação, considerando sua abrangência nacional ou regional.

O trabalho tem na internet uma poderosa ferramenta. Todo conteúdo jornalístico está disponível na página [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br) e é por e-mail que

press-releases, convocações para entrevistas coletivas, divulgação de novas campanhas, avisos de pauta e matérias radiofônicas são divulgados.

São aproximadamente 1,2 mil endereços de jornalistas e 1,8 mil de outros parceiros importantes, multiplicadores de informação – organizações da sociedade civil, deputados e senadores, representantes de organismos internacionais e Coordenações Estaduais e Municipais de DST e Aids. Esse mesmo público também recebe o boletim mensal Notas Positivas, que destaca os assuntos em pauta na mídia.

No site [www.aids.gov.br/radio](http://www.aids.gov.br/radio), estão disponíveis arquivos de áudio para rádios comunitárias, educativas e comerciais e outros interessados. Na página, é

possível consultar e reproduzir reportagens, entrevistas coletivas e spots. Além disso, cerca de 2 mil radialistas recebem, periodicamente, por e-mail, os materiais radiofônicos produzidos pelo Programa Nacional de DST e Aids.

Outra ferramenta importante na difusão de informações é a transmissão ao vivo, pela internet, de coletivas de imprensa e outros eventos do Programa Nacional. As transmissões podem ser acessadas no site [www.aids.gov.br/mediacenter](http://www.aids.gov.br/mediacenter), que também conta com arquivos de filmes e jingles de campanhas publicitárias, fotografias e reuniões da Comissão Nacional de Aids, da Comissão de Articulação com Movimentos Sociais e da Comissão de Gestão das Ações de DST e Aids.

## Notas Positivas

Informativo Mensal  
ano 08 - Nº 05  
junho de 2008



### Brasil realiza primeira Conferência Nacional GLBT

Parade Gay - A homofobia também foi a pauta da 12ª edição da Parada Gay de São Paulo, entre a 1ª e 2ª milhar de participantes. O evento foi realizado no dia 29 de junho, no Parque Ibirapuera, com o tema "Parade Gay: 12ª edição".

O boletim Notas Positivas é uma publicação mensal distribuída para parceiros, por meio eletrônico

## Notas Positivas

### Saúde inaugura primeira fábrica estatal de preservativos do Brasil

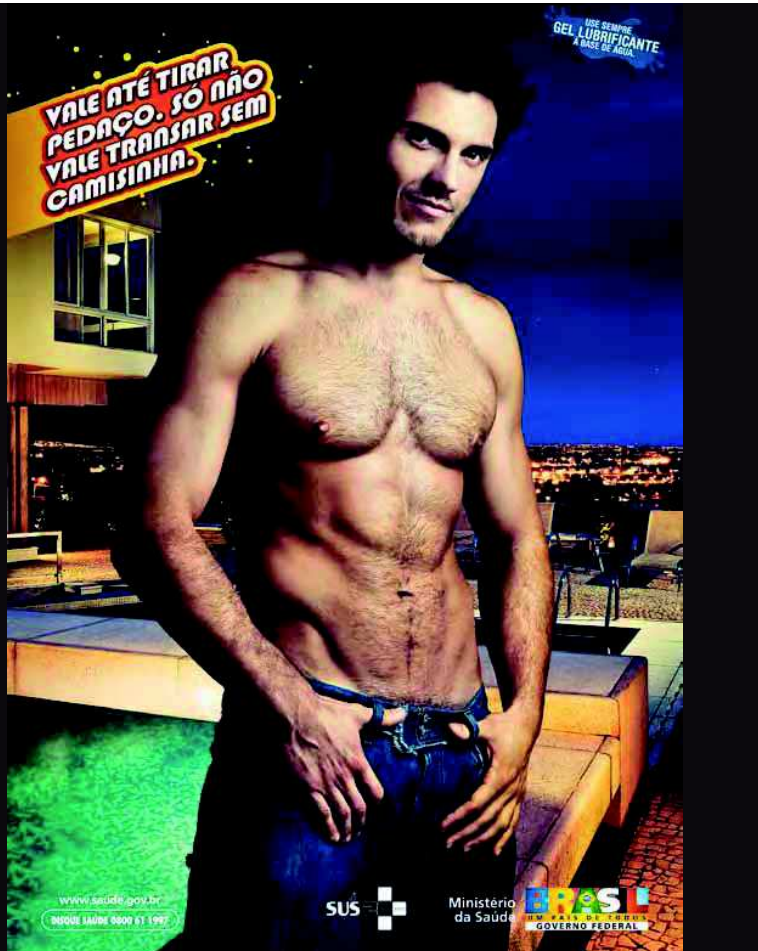
A Saúde inaugura a primeira fábrica estatal de preservativos do Brasil, localizada em São Paulo. A fábrica produz preservativos de látex e de poliuretano, com diferentes formatos e tamanhos, para atender às necessidades de diferentes grupos populacionais. O produto é distribuído gratuitamente para a população em situação de vulnerabilidade social.

Outras notícias do boletim incluem:

- Parade Gay**: A 12ª edição da Parada Gay de São Paulo, realizada no dia 29 de junho, contou com a participação de mais de 2 mil pessoas.
- Campanha de carnaval**: A campanha "Foco nas mulheres jovens" foi lançada para promover a prevenção de DST e Aids durante o período de carnaval.
- Parque Gay**: O Parque Gay de São Paulo, realizado em 29 de junho, reuniu milhares de pessoas em um evento de celebração da diversidade.

Outras notícias do boletim incluem:

- Campanha de carnaval**: A campanha "Foco nas mulheres jovens" foi lançada para promover a prevenção de DST e Aids durante o período de carnaval.
- Parade Gay**: A 12ª edição da Parada Gay de São Paulo, realizada no dia 29 de junho, contou com a participação de mais de 2 mil pessoas.
- Parque Gay**: O Parque Gay de São Paulo, realizado em 29 de junho, reuniu milhares de pessoas em um evento de celebração da diversidade.



**Vale até tirar  
pedaço. Só não  
vale transar sem  
camisinha.**

USE SEMPRE  
GEL LUBRIFICANTE  
À BASE DE ÁGUA.

[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)  
0800 30303 0800 31 1997

SUS

Ministério  
da Saúde

**BRASIL**  
GOVERNO FEDERAL

[www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)

