

RESPOSTA +

Experiências do Programa Brasileiro de DST e Aids

APRESENTAÇÃO

EPIDEMIOLOGIA

- Epidemia de aids no Brasil

DIAGNÓSTICO, ASSISTÊNCIA E TRATAMENTO

- Saúde prioriza atenção às pessoas com HIV e aids
- Diagnóstico para o HIV na rede pública de saúde
- Amazonas é pioneiro na implantação de teste rápido para o HIV
- Curitiba reduz transmissão vertical do HIV
- Controle das DST causam impacto na redução do HIV

PREVENÇÃO

- Avanços e desafios - 25 anos de epidemia no Brasil
- Retrato do Brasil no centro-sul do País
- Saúde e prevenção nas escolas: vencendo preconceitos
- Política de redução de danos diminui casos de aids no Brasil
- Forças Armadas reforçam a prevenção no interior no País
- Ações de DST e aids alcançam a população indígena

- Religião e prevenção: parceria em prol da vida
- Empresários unem esforços para combater a aids no local de trabalho

SOCIEDADE CIVIL E DIREITOS HUMANOS

- Participação da sociedade civil na construção do Programa Brasileiro
- A convivência é remédio para o corpo e para a alma
- Saúde mental em tempos de aids

COOPEX

- Intercâmbio fortalece resposta brasileira

PESQUISA

- O combate à aids nas mãos da ciência

COMUNICAÇÃO

- Comunicação: uma construção democrática
- Salão do Humor: educação itinerante

EDUCAÇÃO E SAÚDE

- Educação permanente na resposta ao HIV/aids

O surgimento da epidemia de aids na década de 80 coincide com o momento em que a saúde pública no Brasil passava por um momento de reformulações, definições de diretrizes. Era o tempo de discussões e de um processo chamado Reforma Sanitária, que deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS), sistema que prevê o atendimento a todos os brasileiros, sem distinção, nos hospitais públicos e conveniados, de forma universal, equânime e integral. Enquanto a doença avançava, as discussões do que viria a ser o SUS eram realizadas, e a sociedade civil se articulava nesses debates, reivindicando atendimento igualitário, de qualidade e com respeito aos direitos individuais.

Hoje, vemos que a história da luta contra a aids no Brasil se assemelha ao processo de construção do SUS. Instâncias de discussão coletiva, como o Conselho Nacional de Saúde (de caráter deliberativo de controle e fiscalização do SUS) e a Comissão Nacional de Aids (representantes do governo e da sociedade civil que lutam contra a epidemia) foram criadas e contribuíram para os resultados alcançados pelo Programa Brasileiro de Aids.

Ao longo de 25 anos após o surgimento da aids, a resposta brasileira foi marcada por grandes desafios e sucessos que não podem ser creditados apenas a um dos atores envolvidos nessa luta. Estado e sociedade construíram uma resposta conjunta. Mesmo diante de divergências sobre determinados posicionamentos, sempre houve e há diálogo e parceria na construção das políticas e nos processos decisórios.

O exercício do controle social contribuiu para a definição clara de que a aids é um programa de Estado e não de Governo. A prioridade e continuidade das ações de prevenção e controle da doença, independentemente de governos e gestores, fizeram com que o programa brasileiro se fortalecesse. O controle social logo nos primeiros anos da epidemia mostrou que era preciso entender a aids como um conjunto de fatores indissociáveis, como a promoção e defesa dos direitos humanos, a prevenção e a assistência aos portadores do vírus.

O início precoce da utilização da terapia anti-retroviral em pacientes com aids foi um dos motivos do êxito do programa brasileiro. O Brasil acompanhou tendências mundiais e introduziu o AZT assim que pesquisas apontaram a utilização do medicamento como uma alternativa à ação do HIV. Assim, em 1991, teve início a distribuição deste anti-retroviral no SUS. Cinco anos depois, com a aprovação da Lei nº 9.313/96, a chamada Lei Sarney (criada pelo Senador José Sarney, ex presidente da República do Brasil), o coquetel passou a ser uma obrigação do Estado, que hoje garante o tratamento a todos que têm a doença.

Hoje, a epidemia no Brasil mostra sinais de estabilidade, e a estratégia brasileira é considerada exemplo pela Organização Mundial da Saúde. A grande lição que a aids nos coloca é que uma diretriz clara e a construção conjunta da resposta, envolvendo setores da sociedade civil e do governo, são capazes de fazer o Brasil avançar em qualquer setor. A eficiência do programa brasileiro de aids resultou em diminuição das internações hospitalares, aumento da expectativa de vida e queda da mortalidade em até 50%, além de uma maior conscientização para o uso do preservativo como forma de prevenir o HIV, principalmente entre as novas gerações.

Mesmo com as conquistas alcançadas, devemos ter consciência dos desafios que estão pela frente. O investimento em novas drogas e vacinas, a auto-sustentabilidade do programa brasileiro, a ampliação da capacidade nacional na produção de medicamentos, a ajuda para que países mais empobrecidos consigam oferecer o tratamento integral aos seus doentes e a luta constante pela garantia e promoção dos direitos das pessoas vivendo com HIV/aids, são alguns dos novos desafios que a epidemia nos impõe. Entretanto, acreditamos que a união de vários segmentos (governos, sociedade civil organizada, comunidade científica, igrejas) e o foco nas tendências da epidemia são fundamentais para vencermos esses novos desafios.

Agenor Álvares
Ministro da Saúde

EPIDEMIOLOGIA

- Epidemia de aids no Brasil

DIAGNÓSTICO, ASSISTÊNCIA E TRATAMENTO

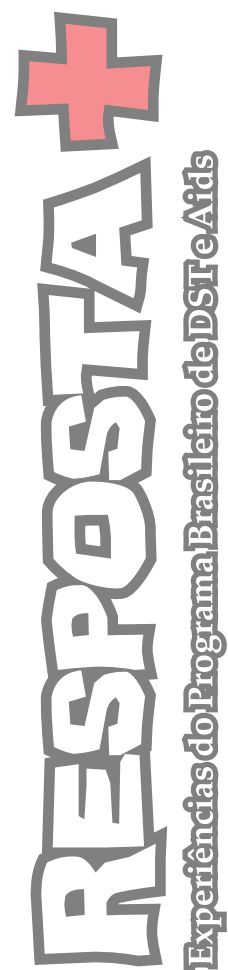
- Saúde prioriza atenção às pessoas com HIV e aids
- Diagnóstico para o HIV na rede pública de saúde
- Amazonas é pioneiro na implantação de teste rápido para o HIV
- Curitiba reduz transmissão vertical do HIV
- Controle das DST causam impacto na redução do HIV

PREVENÇÃO

- Avanços e desafios - 25 anos de epidemia no Brasil
- Retrato do Brasil no centro-sul do País
- Saúde e prevenção nas escolas: vencendo preconceitos
- Política de redução de danos diminui casos de aids no Brasil
- Forças Armadas reforçam a prevenção no interior no País
- Ações de DST e aids alcançam a população indígena
- Religião e prevenção: parceria em prol da vida
- Empresários unem esforços para combater a aids no local de trabalho

SOCIEDADE CIVIL E DIREITOS HUMANOS

- Participação da sociedade civil na construção do Programa Brasileiro
- A convivência é remédio para o corpo e para a alma
- Saúde mental em tempos de aids



COOPEX

- Intercâmbio fortalece resposta brasileira

PESQUISA

- O combate à aids nas mãos da ciência

COMUNICAÇÃO

- Comunicação: uma construção democrática
- Salão do Humor: educação itinerante

EDUCAÇÃO E SAÚDE

- Educação permanente na resposta ao HIV/aids

Epidemia de aids no Brasil

Tendências e comportamento relacionado ao HIV/aids

- A prevalência do HIV na população geral mantém-se estabilizada
- Maioria da população conhece como o HIV é transmitido
- Aumenta o uso de preservativo com parceiro eventual
- Diminui o comportamento de risco entre os jovens
- Aumenta a cobertura da testagem para o HIV em pessoas sexualmente ativas
- Novos casos de aids têm tendência de queda no Sudeste, mas crescente em outras regiões
- Aumenta o número de casos de aids entre mulheres e entre os menos escolarizados
- Cai mortalidade por aids

A prevalência do HIV na população geral mantém-se estabilizada

Estima-se que cerca de 600 mil pessoas vivem com HIV ou aids no Brasil. Segundo parâmetros da Organização Mundial de Saúde (OMS), os países podem ser classificados como sendo de epidemia: incipiente - quando a prevalência é menor que 5% em populações consideradas de risco; concentrada - quando a prevalência se mantém constante acima de 5% em qualquer subgrupo da população considerada de risco, mas menor que 1% entre mulheres grávidas moradoras de áreas urbanas; e generalizada - se a prevalência for consistentemente maior que 1% em mulheres grávidas. Segundo esses parâmetros, o Brasil mantém sua posição entre os países com epidemia concentrada, com prevalência da infecção pelo HIV de 0,61% entre a população de 15 a 49 anos, sendo 0,42% entre as mulheres e 0,80% entre os homens. Entre as parturientes de 15 a 24 anos, essa prevalência foi de 0,28%.

A estabilização das taxas de prevalência do HIV certamente está associada às mudanças de comportamentos, práticas e atitudes da população brasileira frente às questões relacionadas à transmissão do HIV. Em razão disso, o Programa Brasileiro de DST e Aids (PN-DST/AIDS) do Ministério da Saúde, juntamente com o Departamento de Informações em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz e com o apoio dos Centros para Controle de Doenças e Prevenção (Centers for Disease Control and Prevention - CDC) dos Estados Unidos da América, desenvolveram, no ano de 2004, a **Pesquisa de Conhecimento, Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 54 anos (PCAP-BR)**, com uma amostra representativa da população brasileira de 15 a 54 anos, objetivando melhor conhecer aqueles fatores de vulnerabilidade, já apontado em estudos anteriores.

Epidemia de aids no Brasil

Tendências e comportamento relacionado ao HIV/aids

- A prevalência do HIV na população geral mantém-se estabilizada
- Maioria da população conhece como o HIV é transmitido
- Aumenta o uso de preservativo com parceiro eventual
- Diminui o comportamento de risco entre os jovens
- Aumenta a cobertura da testagem para o HIV em pessoas sexualmente ativas
- Novos casos de aids têm tendência de queda no Sudeste, mas crescente em outras regiões
- Aumenta o número de casos de aids entre mulheres e entre os menos escolarizados
- Cai mortalidade por aids

Maioria da população conhece como o HIV é transmitido

Os dados da pesquisa em questão mostram que quase 91% da população brasileira de 15 a 54 anos citou espontaneamente a relação sexual como forma de transmissão do HIV e 94% apontou o uso de preservativo como forma de prevenção da infecção. O conhecimento é maior entre as pessoas de 25 a 39 anos, entre os mais escolarizados e entre as pessoas residentes nas regiões Sul e Sudeste. Além disso, 67,1% da população brasileira tem conhecimento correto das formas de transmissão do HIV, sendo menor entre os mais jovens (62%) e entre as pessoas com ensino fundamental incompleto (59%), e chegando a 82% entre aqueles com ensino fundamental completo.

A pesquisa mostra, também, que quase 90% da população brasileira de 15 a 54 anos relatou já ter tido alguma relação sexual na vida e 81% era sexualmente ativa no último ano. A região Nordeste, apesar da menor proporção de pessoas sexualmente ativas, apresenta uma das maiores proporções de pessoas com início da vida sexual antes dos 15 anos (29,4%). Na região Sul essa proporção foi de 20%. Quase 20% da população brasileira sexualmente ativa relatou ter tido mais de 10 parceiros na vida e 4% mais de cinco parceiros eventuais no último ano, sendo que, entre os jovens de 15 a 24 anos, essa última alcança 7%. Essa proporção foi de 5,5% no Norte e em torno de 4% no Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste.

Epidemia de aids no Brasil

Tendências e comportamento relacionado ao HIV/aids

- A prevalência do HIV na população geral mantém-se estabilizada
- Maioria da população conhece como o HIV é transmitido
- Aumenta o uso de preservativo com parceiro eventual
- Diminui o comportamento de risco entre os jovens
- Aumenta a cobertura da testagem para o HIV em pessoas sexualmente ativas
- Novos casos de aids têm tendência de queda no Sudeste, mas crescente em outras regiões
- Aumenta o número de casos de aids entre mulheres e entre os menos escolarizados
- Cai mortalidade por aids

Aumenta o uso de preservativo com parceiro eventual

O uso consistente de preservativo é a medida considerada mais eficiente na interrupção da transmissão do HIV pela via sexual. Ainda de acordo com a PCAP-BR de 2004, aproximadamente 38% da população sexualmente ativa usou preservativo na última relação sexual independentemente da parceria, chegando a 57% quando se consideram apenas os jovens de 15 a 24 anos. O uso de preservativos na última relação sexual com parceiro eventual foi de 67%. A proporção comparável em 1998 foi de 63,7% (*Pesquisa Cebrap, 1998*). Aproximadamente 25% da população sexualmente ativa de 15 a 54 anos relatou uso de preservativo em todas as relações sexuais do último ano, atingindo 51,5% quando se considera o uso com parceiro eventual. Com parceria eventual, o uso regular de preservativos alcança quase 61% na região Sul, sendo maior entre os homens (28,5%), os mais jovens (39%) e entre as pessoas mais escolarizadas (31,8%).

Epidemia de aids no Brasil

Tendências e comportamento relacionado ao HIV/aids

- A prevalência do HIV na população geral mantém-se estabilizada
- Maioria da população conhece como o HIV é transmitido
- Aumenta o uso de preservativo com parceiro eventual
- Diminui o comportamento de risco entre os jovens
- Aumenta a cobertura da testagem para o HIV em pessoas sexualmente ativas
- Novos casos de aids têm tendência de queda no Sudeste, mas crescente em outras regiões
- Aumenta o número de casos de aids entre mulheres e entre os menos escolarizados
- Cai mortalidade por aids

Diminui o comportamento de risco entre os jovens

Estudos com jovens de 17 a 21 anos, conscritos do Exército Brasileiro, mostram que o uso consistente de preservativo com parceiro eventual vem aumentando nos últimos anos. Essa proporção passou de 53%, em 1999, para 57%, em 2002. Da mesma forma, o uso de preservativo na última relação sexual subiu de 61,5%, em 1999, para 69,3%, em 2002 ([Pesquisa entre os Conscritos do Exército Brasileiro, 1996-2002](#)).

Pesquisas realizadas a partir da década de 80 revelam, também, o aumento no uso de preservativos na primeira relação sexual entre os jovens. Enquanto, em 1986, apenas 9% faziam uso desse instrumento de prevenção, em 1998, a proporção de jovens entre 16 e 25 anos que usou preservativos na primeira relação foi de 49% ([Pesquisa Cebap, 1998](#)). A proporção comparável entre os jovens, em 2004, foi de 51%, variando entre 39% na região Nordeste e 58% na região Sul. Outrossim, a análise das coortes de nascimento mostra um aumento relevante no uso de preservativos na primeira relação entre as pessoas que nasceram no período 1949-53 e as que nasceram entre 1984-88.

Além disso, o Índice de Comportamento Sexual de Risco (ICSR), ou seja, a média do número de parceiros no ano anterior ponderada pela frequência do uso de preservativo segundo o tipo de parceria, entre os conscritos diminuiu de 0,98 em 1999 para 0,88 em 2002, redução essa bem mais evidente entre Homens que Fazem Sexo com outros Homens (HSH) e aqueles Usuários de Drogas Injetáveis (UDI) ([Pesquisa entre os Conscritos do Exército Brasileiro, 1996-2002](#)).

GRÁFICO

Epidemia de aids no Brasil

Tendências e comportamento relacionado ao HIV/aids

- A prevalência do HIV na população geral mantém-se estabilizada
- Maioria da população conhece como o HIV é transmitido
- Aumenta o uso de preservativo com parceiro eventual
- Diminui o comportamento de risco entre os jovens
- Aumenta a cobertura da testagem para o HIV em pessoas sexualmente ativas
- Novos casos de aids têm tendência de queda no Sudeste, mas crescente em outras regiões
- Aumenta o número de casos de aids entre mulheres e entre os menos escolarizados
- Cai mortalidade por aids

Aumenta a cobertura da testagem para o HIV em pessoas sexualmente ativas

Os dados da **PCAP-BR de 2004** mostram, também, que 28% da população sexualmente ativa já havia realizado o teste anti-HIV alguma vez na vida, proporção essa 21% maior do que a observada em 1998 (23%). A cobertura da testagem é maior entre as mulheres sexualmente ativas (35%) do que entre os homens (21,4%), principalmente por causa do incentivo à realização do teste anti-HIV durante o pré-natal. As diferenças entre os sexos são mantidas ao se observarem a distribuição por idade e escolaridade. Além disso, observam-se diferenças regionais nessa cobertura, variando de 35% na região Sudeste e 15% no Nordeste.

Epidemia de aids no Brasil

Tendências e comportamento relacionado ao HIV/aids

- A prevalência do HIV na população geral mantém-se estabilizada
- Maioria da população conhece como o HIV é transmitido
- Aumenta o uso de preservativo com parceiro eventual
- Diminui o comportamento de risco entre os jovens
- Aumenta a cobertura da testagem para o HIV em pessoas sexualmente ativas
- Novos casos de aids têm tendência de queda no Sudeste, mas crescente em outras regiões
- Aumenta o número de casos de aids entre mulheres e entre os menos escolarizados
- Cai mortalidade por aids

Novos casos de aids têm tendência de queda no Sudeste, mas crescente em outras regiões

No Brasil, desde a identificação do primeiro caso de aids, em 1980, até junho de 2004, após um processo de recuperação de atraso de notificação, já foram notificados cerca de 360 mil casos, ou seja, de indivíduos com sinais, sintomas e/ou resultados laboratoriais que indiquem deficiência imunológica provocada pelo HIV. As taxas de incidência foram crescentes até metade da década de 90, alcançando, em 1998, cerca de 20 casos de aids por 100 mil habitantes ([Boletim Epidemiológico - Aids e DST, 2003](#)). Do total de casos de aids, mais de 80% estavam concentrados nas regiões Sudeste e Sul. O Sudeste, a região mais atingida desde o início da epidemia, apesar da alta taxa de incidência, é a única região que mostra uma tendência consistente, embora lenta, de declínio desde 1998. Para as demais regiões, tem-se observado aumento persistente das taxas de incidência de casos, principalmente na região Sul.

GRÁFICO

Epidemia de aids no Brasil

Tendências e comportamento relacionado ao HIV/aids

- A prevalência do HIV na população geral mantém-se estabilizada
- Maioria da população conhece como o HIV é transmitido
- Aumenta o uso de preservativo com parceiro eventual
- Diminui o comportamento de risco entre os jovens
- Aumenta a cobertura da testagem para o HIV em pessoas sexualmente ativas
- Novos casos de aids têm tendência de queda no Sudeste, mas crescente em outras regiões
- Aumenta o número de casos de aids entre mulheres e entre os menos escolarizados
- Cai mortalidade por aids

Aumenta o número de casos de aids entre mulheres e entre os menos escolarizados

A aids no Brasil tem-se configurado como subepidemia tendo atingido, de forma bastante intensa, os UDI e os HSH e, no início da década de 80, os indivíduos que receberam transfusão de sangue e seus hemoderivados (hemácias, plasma, plaquetas etc.). Mais recentemente, vem-se observando o aumento do número de casos de aids devido à transmissão heterossexual, principalmente entre as mulheres que, diferentemente dos homens, têm apresentado taxas de incidência crescentes. Utilizando-se a escolaridade como uma variável indicadora da condição socioeconômica do indivíduo, observa-se que a aids atingiu, inicialmente, os indivíduos com maior escolaridade, com posterior crescimento entre aqueles menos escolarizados. Entretanto, isso não ocorre de maneira homogênea, sendo bem mais evidente entre os casos que tiveram como categoria de exposição o uso de drogas injetáveis e, mais recentemente, na categoria de transmissão heterossexual.

Epidemia de aids no Brasil

Tendências e comportamento relacionado ao HIV/aids

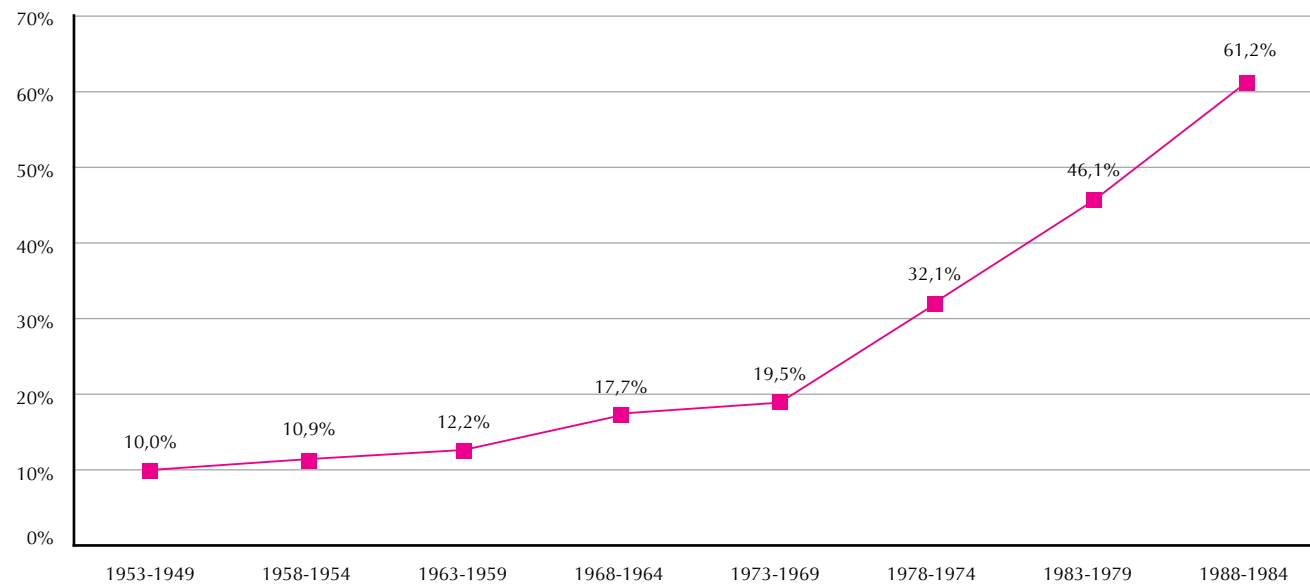
- A prevalência do HIV na população geral mantém-se estabilizada
- Maioria da população conhece como o HIV é transmitido
- Aumenta o uso de preservativo com parceiro eventual
- Diminui o comportamento de risco entre os jovens
- Aumenta a cobertura da testagem para o HIV em pessoas sexualmente ativas
- Novos casos de aids têm tendência de queda no Sudeste, mas crescente em outras regiões
- Aumenta o número de casos de aids entre mulheres e entre os menos escolarizados
- Cai mortalidade por aids

Cai mortalidade por aids

O país acumulou cerca de 160 mil óbitos por aids até dezembro de 2003. Até 1995, a curva de mortalidade acompanhava a de incidência de aids, quando atingiu a taxa de 9,7 óbitos por 100 mil habitantes. Após a introdução da política de acesso universal do tratamento anti-retroviral, combinando drogas de diferentes formas de ação (TARV), observou-se importante queda na mortalidade, até a estabilização em cerca de 6,3 óbitos por 100 mil a partir do ano 2000, embora essa tendência tenha sido bem mais evidente na região Sudeste e entre os homens. Além disso, entre 1993 e 2003, observou-se um aumento de cerca de cinco anos na idade mediana dos óbitos por aids, em ambos os sexos, reflexo de um aumento na sobrevida dos pacientes.

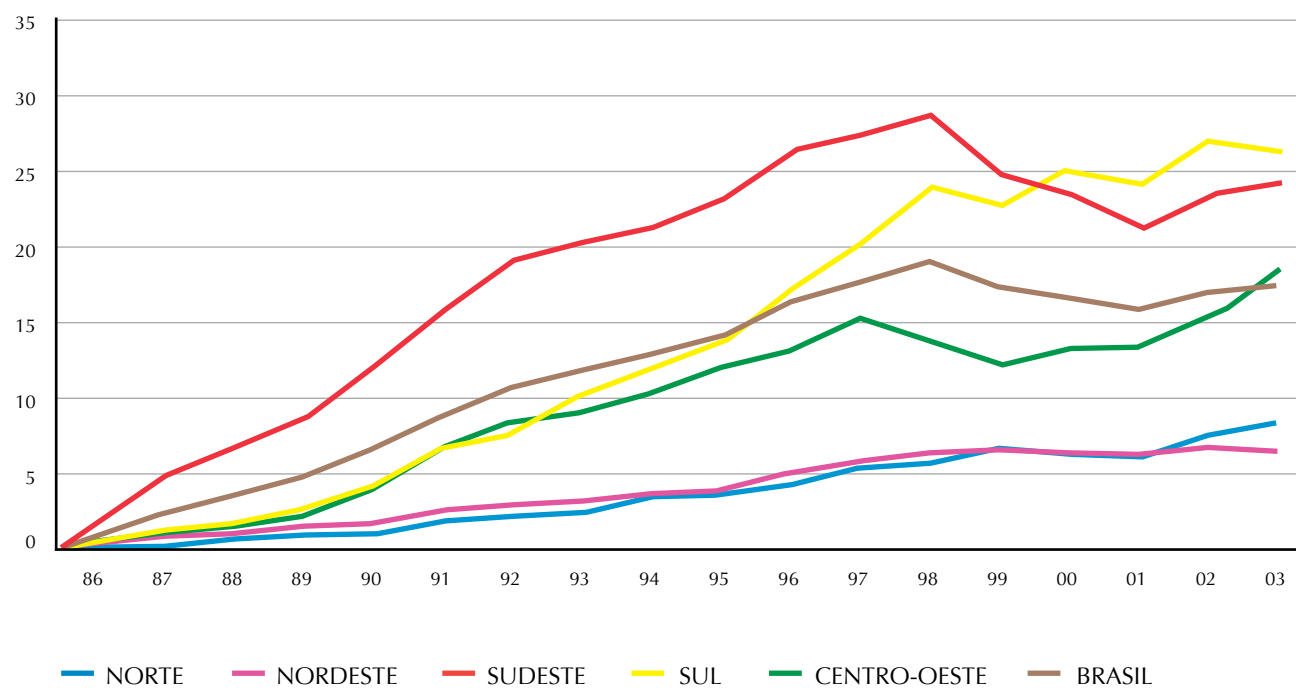
GRÁFICO

Uso de preservativos na primeira relação sexual, segundo a coorte de nascimento – Brasil, 2004



VOLTAR

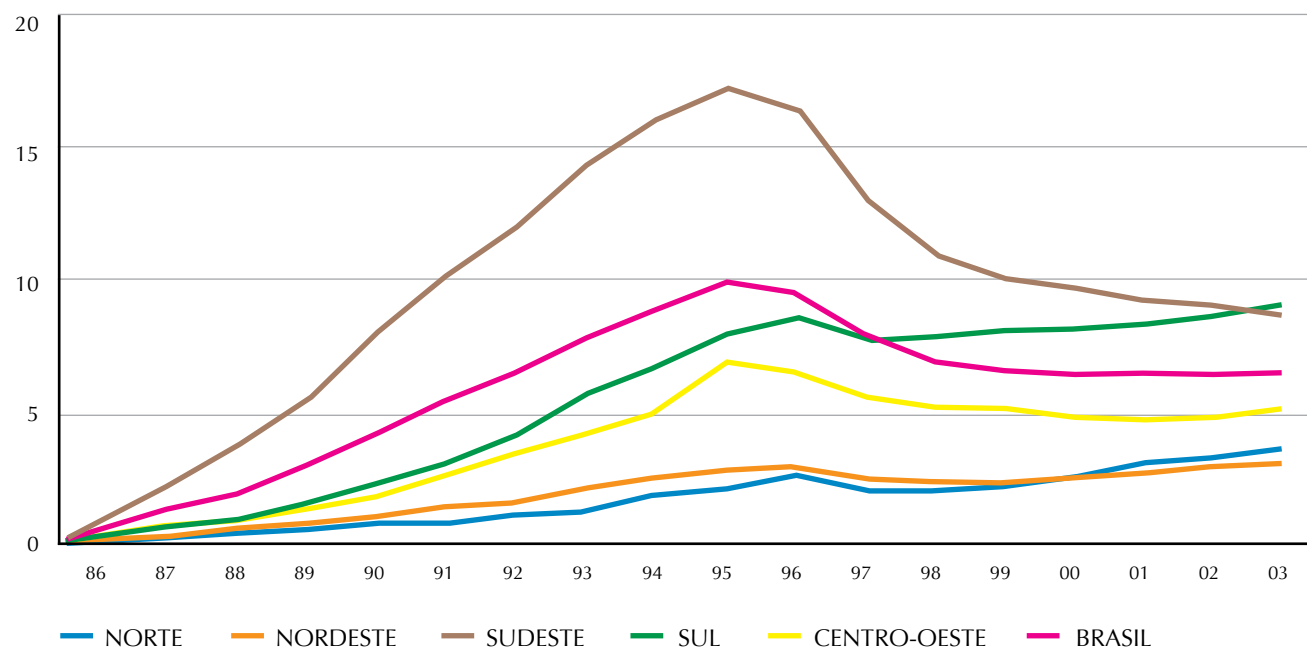
**Taxa de incidência (por 100 mil hab.) de aids, segundo região de residência por ano de diagnóstico
Brasil, 1986-2003***



VOLTAR

*Casos notificados no SINAN e registrados no SISCEL até 30/06/04
Fonte: MS/SVS/PN DST/AIDS

**Taxa de mortalidade (por 100 mil hab.) por aids, segundo região de residência por ano do óbito
Brasil, 1986-2003**



VOLTAR

Fonte: MS/SVS/DASIS/SIM

Saúde prioriza atenção às pessoas com HIV e aids

A política nacional promoveu melhoria da qualidade de vida, queda da mortalidade e economia para os cofres públicos

- A estruturação do sistema de saúde
- Cuidados paliativos
- Rede de assistência à lipodistrofia
- Ações para redução da transmissão vertical do HIV
- Acesso universal e perspectivas de sustentabilidade

A consolidação da política de atenção às Pessoas que Vivem com HIV e Aids (PVHA), no Brasil, tem mostrado excelentes resultados. Entre 1996 e 2002, houve redução de 50% da mortalidade, no período de 1996 a 2004 foram evitadas 470.000 internações; queda da morbidade em 70%; redução das internações hospitalares em 80%. O impacto foi sentido também no orçamento. No mesmo período, foi gerada uma economia de US\$ 2,3 bilhões em diárias hospitalares e tratamento de infecções oportunistas.

Estruturada a partir do início da década de 90, a política de acesso universal à terapia anti-retroviral fundamentou-se na Constituição Brasileira, que estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado. Em 1996, foi editada a Lei nº 9.313/96 garantindo a distribuição gratuita dos medicamentos anti-retrovirais no âmbito do SUS. Desde então, tem sido ampliado o acesso gratuito ao diagnóstico do HIV e, conseqüentemente, ao tratamento da aids. Estima-se que existam no Brasil, aproximadamente, 600 mil PVHA e cerca de 163 mil já fazem uso dos anti-retrovirais (ARV). Estima-se, ainda, a inclusão de mais 7 (sete mil) pessoas em 2005, com projeção de 170 mil pessoas, em terapia com ARV, até o final do ano.

As normas e recomendações para uso de anti-retrovirais são definidas por comitês assessores, constituídos por especialistas em tratamento de adultos e adolescentes; gestantes e crianças infectados pelo HIV. A inclusão de novas moléculas é avaliada por esses comitês e a dispensação dos medicamentos na rede do SUS é condicionada ao seguimento dos protocolos estabelecidos nos [consensos terapêuticos](#).

Atualmente, 17 [medicamentos](#) em 36 apresentações fazem parte dos consensos terapêuticos. O governo gasta 80% do seu orçamento para a aquisição dos ARV produzidos pela indústria multinacional e 20% na aquisição dos medicamentos

GRÁFICO

TABELA

1

2

Saúde prioriza atenção às pessoas com HIV e aids

A política nacional promoveu melhoria da qualidade de vida, queda da mortalidade e economia para os cofres públicos

- A estruturação do sistema de saúde
- Cuidados paliativos
- Rede de assistência à lipodistrofia
- Ações para redução da transmissão vertical do HIV
- Acesso universal e perspectivas de sustentabilidade

produzidos no Brasil (8). O total de gastos em 2004 foi de US\$ 258,7 milhões. Em 2005, foi gasto aproximadamente US\$ 416 milhões.

Considerando-se o alto custo desse tipo de terapia e a introdução gradual de novos ARV no consenso terapêutico, houve necessidade de organização de um sistema de controle logístico, assim como de melhoria na qualidade da dispensação. Foram organizadas Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM), nos ambulatórios especializados, Serviço de Assistência Especializada (SAE) e Hospitais-Dia (HD). Essas unidades são responsáveis pelo estoque e distribuição dos medicamentos. Atualmente, 621 já foram implantadas e em 252 UDM já existe o [Sistema Informatizado de Controle Logístico \(SICLOM\)](#), cobrindo 70% do total de pacientes em uso dos ARV. O Siclom permite ao Ministério da Saúde monitorar as necessidades locais de abastecimento e avaliar tendências de consumo.

Saúde prioriza atenção às pessoas com HIV e aids

A política nacional promoveu melhoria da qualidade de vida, queda da mortalidade e economia para os cofres públicos

- A estruturação do sistema de saúde
- Cuidados paliativos
- Rede de assistência à lipodistrofia
- Ações para redução da transmissão vertical do HIV
- Acesso universal e perspectivas de sustentabilidade

A estruturação do sistema de saúde

A rede assistencial para PVHA é parte da estrutura do SUS brasileiro. O SUS está estabelecido em todo o território nacional, sendo um sistema hierarquizado, regionalizado e descentralizado, com atribuições definidas entre os gestores federal, estaduais e municipais. Cabe ao governo federal a definição das políticas nacionais e o financiamento de grande parte das atividades assistenciais executadas por estados e municípios e, no caso específico da aids, a aquisição de medicamentos anti-retrovirais.

O Ministério da Saúde, como gestor federal, estabeleceu as bases para a implantação da rede assistencial para as PVHA no SUS. Fazem parte da estrutura de atendimento: SAE, para acompanhamento ambulatorial; HD, para terapia endovenosa sem necessidade de internação; leitos para internação em hospitais credenciados e Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT), para pessoas com dificuldades de locomoção.

O atendimento é realizado por equipes multidisciplinares com o objetivo de oferecer atenção integral à saúde, dentro de um sistema de referência e contra-referência. As modalidades HD e ADT contribuíram para redução da demanda por internação hospitalar e para redução de gastos para o SUS, diminuindo a ocupação de leitos hospitalares e contribuindo para a melhora da qualidade de vida das PVHA.

Uma das metas, e ainda um grande desafio do Programa Brasileiro, é a ampliação do escopo de atuação das equipes de atenção básica no acompanhamento de PVHA.

Educação continuada para profissionais de saúde é uma das estratégias que vem sendo priorizada, com cursos e atualizações nas áreas de Manejo Clínico Básico e Avançado, Consenso Nacional TARV, Genotipagem e Adesão.

[MAPA](#)

Saúde prioriza atenção às pessoas com HIV e aids

A política nacional promoveu melhoria da qualidade de vida, queda da mortalidade e economia para os cofres públicos

- A estruturação do sistema de saúde
- Cuidados paliativos
- Rede de assistência à lipodistrofia
- Ações para redução da transmissão vertical do HIV
- Acesso universal e perspectivas de sustentabilidade

Cuidados paliativos

No contexto da política do Programa Brasileiro de DST e Aids da assistência exercida por equipe multidisciplinar e do princípio do SUS da integralidade, tem-se investido em treinamentos de profissionais de serviços públicos de saúde em cuidados paliativos, numa concepção centrada na resolução da dor e na referência e contra-referência entre profissionais de diferentes categorias.

O primeiro Centro de Referência em Cuidados Paliativos para portadores do HIV foi implantado pelo Ministério da Saúde, em 2001, no Instituto de Infectologia Emílio Ribas (IIER), em São Paulo. A equipe multidisciplinar em cuidados paliativos do hospital é composta por médicos, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, psicólogas, enfermeiras, capelão católico e capelã evangélica. Essa equipe, em parceria com o Programa Brasileiro de DST e Aids, tem sido responsável por esses treinamentos, nos quais a abordagem central não é a cura, mas o controle de sintomas de doenças e melhora da qualidade de vida.

Saúde prioriza atenção às pessoas com HIV e aids

A política nacional promoveu melhoria da qualidade de vida, queda da mortalidade e economia para os cofres públicos

- A estruturação do sistema de saúde
- Cuidados paliativos
- Rede de assistência à lipodistrofia
- Ações para redução da transmissão vertical do HIV
- Acesso universal e perspectivas de sustentabilidade

Rede de assistência à lipodistrofia

A terapia anti-retroviral permitiu melhorar a qualidade de vida das PVHA, especialmente por meio da redução das infecções oportunistas, reconstituição imunológica, redução da viremia e prolongamento da sobrevida.

Entretanto, apesar dos ganhos, foram observadas algumas reações associadas à utilização de TARV, principalmente relacionadas a sintomas gastrointestinais, neurológicos, hematológicos e, mais recentemente, lipodistrofia ou síndrome lipodistrófica.

As alterações corporais observadas na síndrome lipodistrófica estão claramente ligadas à redistribuição da gordura corporal, devido à perda da gordura periférica e ao acúmulo de gordura central.

A síndrome lipodistrófica compreende:

1. Lipoatrofia periférica (membros superiores, inferiores, nádegas e face) e/ou;
2. Acúmulo de gordura central (abdome, mamas, região dorso-cervical) e/ou;
3. Alterações do metabolismo lipídico e/ou glicídico.

Embora seja freqüentemente atribuída ao uso de anti-retrovirais, essa síndrome pode ocorrer independente do uso desses medicamentos.

Saúde prioriza atenção às pessoas com HIV e aids

A política nacional promoveu melhoria da qualidade de vida, queda da mortalidade e economia para os cofres públicos

- A estruturação do sistema de saúde
- Cuidados paliativos
- Rede de assistência à lipodistrofia
- Ações para redução da transmissão vertical do HIV
- Acesso universal e perspectivas de sustentabilidade

O tratamento da lipodistrofia exige trabalho interdisciplinar com atuação de vários profissionais.

Exercícios físicos aeróbicos e de resistência, com peso, constituem-se em importante coadjuvante no tratamento, auxiliando na recuperação das alterações corporais e distúrbios metabólicos causados pela lipodistrofia.

Como parte da estratégia para melhoria da qualidade de vida das PVHA, está em processo de implantação uma rede para realização dos procedimentos corretivos da lipodistrofia, como preenchimento facial, lipoaspiração de Jiba, mamas e abdômen e prótese glútea. Nesse campo, renova-se o desafio da década passada – quando a TARV foi incorporada à Rede de Serviços e Laboratório – de traduzir para utilização de um sistema de saúde público e gratuito, o acelerado avanço científico e tecnológico de nosso tempo, elevando, assim, a expectativa e qualidade de vida da população afetada pela aids.

Saúde prioriza atenção às pessoas com HIV e aids

A política nacional promoveu melhoria da qualidade de vida, queda da mortalidade e economia para os cofres públicos

- A estruturação do sistema de saúde
- Cuidados paliativos
- Rede de assistência à lipodistrofia
- Ações para redução da transmissão vertical do HIV
- Acesso universal e perspectivas de sustentabilidade

Ações para redução da transmissão vertical do HIV

O aumento de casos no sexo feminino (feminilização da epidemia) assume maior importância a cada ano. Se em 1986, apenas 5% dos casos de aids notificados eram do sexo feminino, nos últimos anos, a sua participação eleva-se para cerca de 40%. As mulheres, na faixa etária de 25 a 39 anos, têm sido as mais atingidas e apresentam maior risco de se infectarem, aumentando a possibilidade de transmissão vertical (da mãe para o filho) do HIV.

Estima-se que a prevalência da infecção pelo HIV em parturientes seja de 0,41% (12.644 gestantes HIV+/ano) e, em 2002, a taxa de transmissão vertical no Brasil foi de 3,7%. Considerando-se que a transmissão vertical do HIV ocorre, em média, em 25% dos filhos de mães infectadas, quando nenhuma intervenção é realizada, esse dado reflete o êxito das ações para redução da transmissão vertical do HIV no País. Porém, ainda são observadas diferenças regionais importantes e atualmente tem-se trabalhado a equidade, também nesse aspecto.

Com a integração do Programa Brasileiro de DST e Aids, Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Coordenação de Alimentação e Nutrição e Atenção Básica, o Brasil vem encarando esse desafio, ampliando o diagnóstico da infecção pelo HIV em gestantes, utilizando, inclusive, teste rápido, quando há indicação; fornecendo anti-retrovirais às gestantes, o AZT injetável às parturientes portadoras de HIV, e o AZT em solução oral às crianças expostas ao HIV, entre outras ações, conforme recomendação do Consenso Brasileiro “Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-Retroviral em Gestantes”.

GRÁFICO

1 2 3

Saúde prioriza atenção às pessoas com HIV e aids

A política nacional promoveu melhoria da qualidade de vida, queda da mortalidade e economia para os cofres públicos

- A estruturação do sistema de saúde
- Cuidados paliativos
- Rede de assistência à lipodistrofia
- Ações para redução da transmissão vertical do HIV
- Acesso universal e perspectivas de sustentabilidade

Todos os insumos necessários para o controle da doença materna e prevenção da transmissão vertical do HIV, inclusive a fórmula infantil para os bebês expostos até os seis meses de vida, são disponibilizados com recursos da União.

Resumindo, a política brasileira para prevenção da transmissão vertical do HIV e controle da doença materna, preconiza:

- Oferecimento de teste anti-HIV para todas as gestantes durante o pré-natal e serviços de planejamento familiar;
- Acesso integral, para todas as mulheres portadoras do HIV, à terapia anti-retroviral (segundo as recomendações do Consenso Brasileiro);
- Uso de teste rápido no final da gestação ou durante o trabalho de parto (para todas as gestantes e parturientes não-testadas anteriormente e/ou com maior vulnerabilidade para a infecção);
- Administração do AZT intravenoso para todas as parturientes infectadas pelo HIV;
- Parto por cirurgia cesariana eletiva para todas as mulheres com indicação (segundo as recomendações do Consenso Brasileiro);
- Administração de AZT em solução oral para todos os recém-nascidos expostos ao HIV;
- Aconselhamento das mães portadoras do HIV, para o não-aleitamento materno (eliminação do risco de transmissão por essa via);

Saúde prioriza atenção às pessoas com HIV e aids

A política nacional promoveu melhoria da qualidade de vida, queda da mortalidade e economia para os cofres públicos

- A estruturação do sistema de saúde
- Cuidados paliativos
- Rede de assistência à lipodistrofia
- Ações para redução da transmissão vertical do HIV
- Acesso universal e perspectivas de sustentabilidade

- Orientação das mães quanto à alimentação das crianças expostas ao HIV com fórmula infantil, desde o nascimento, ou com leite humano pasteurizado, fornecido por Banco de Leite Humano, quando a criança necessitar desse recurso (prematturos e/ou baixo peso);
- Contra-indicação do aleitamento cruzado (alimentação da criança por outra mulher);
- Acompanhamento da mãe e da criança em SAE, até definição de seu diagnóstico;
- Notificação das gestantes/parturientes portadoras do HIV e crianças expostas ao HIV.

A observância dessas diretrizes permitirá a redução de transmissão vertical do HIV intra-útero e intraparto e a eliminação do risco de transmissão pela amamentação, possibilitando o alcance da meta brasileira – taxa de transmissão vertical menor que 1%, até dezembro de 2007, em todo o território nacional.

Saúde prioriza atenção às pessoas com HIV e aids

A política nacional promoveu melhoria da qualidade de vida, queda da mortalidade e economia para os cofres públicos

- A estruturação do sistema de saúde
- Cuidados paliativos
- Rede de assistência à lipodistrofia
- Ações para redução da transmissão vertical do HIV
- Acesso universal e perspectivas de sustentabilidade

Acesso universal e perspectivas de sustentabilidade

A busca de redução da dependência de produtos importados tem sido um dos aspectos que caracterizam o Programa Brasileiro. Durante os primeiros anos de introdução da TARV, quase 50% do orçamento era dedicado à aquisição de produtos localmente manufaturados, em sua grande maioria em plantas estatais. A introdução permanente de novas drogas e a proteção patentária, precocemente estabelecida em 1995 – dez anos antes do estabelecido pelo TRIPS – têm modificado, ao longo do tempo, esse perfil e atualmente cerca de 80% do orçamento destinado a esse fim tem sido utilizado na importação de medicamentos. Além de gerar uma crescente dependência externa, as restrições à produção nacional têm comprometido progressivamente a capacidade financeira do SUS, não só pelo aumento permanente do número de pacientes arrolados, mas também pelo aparecimento de novas drogas de altíssimo custo. Considerando que a manutenção da cobertura universal e o acesso a novas drogas de comprovada eficácia terapêutica se mantêm como um compromisso ético, legal e social do Estado, a sustentabilidade dessa política repousa na busca de alternativas legítimas e legais, segundo a legislação internacional e parâmetros da legislação brasileira. A utilização dos mecanismos estabelecidos no TRIPS tem sido considerada pelo governo brasileiro, objetivando garantir o direito de brasileiros e estrangeiros que vivem no Brasil. Por outro lado, busca-se honrar os compromissos firmados com vários países, no que concerne ao acesso gratuito à produção nacional.

GRÁFICO

1 2

Saúde prioriza atenção às pessoas com HIV e aids

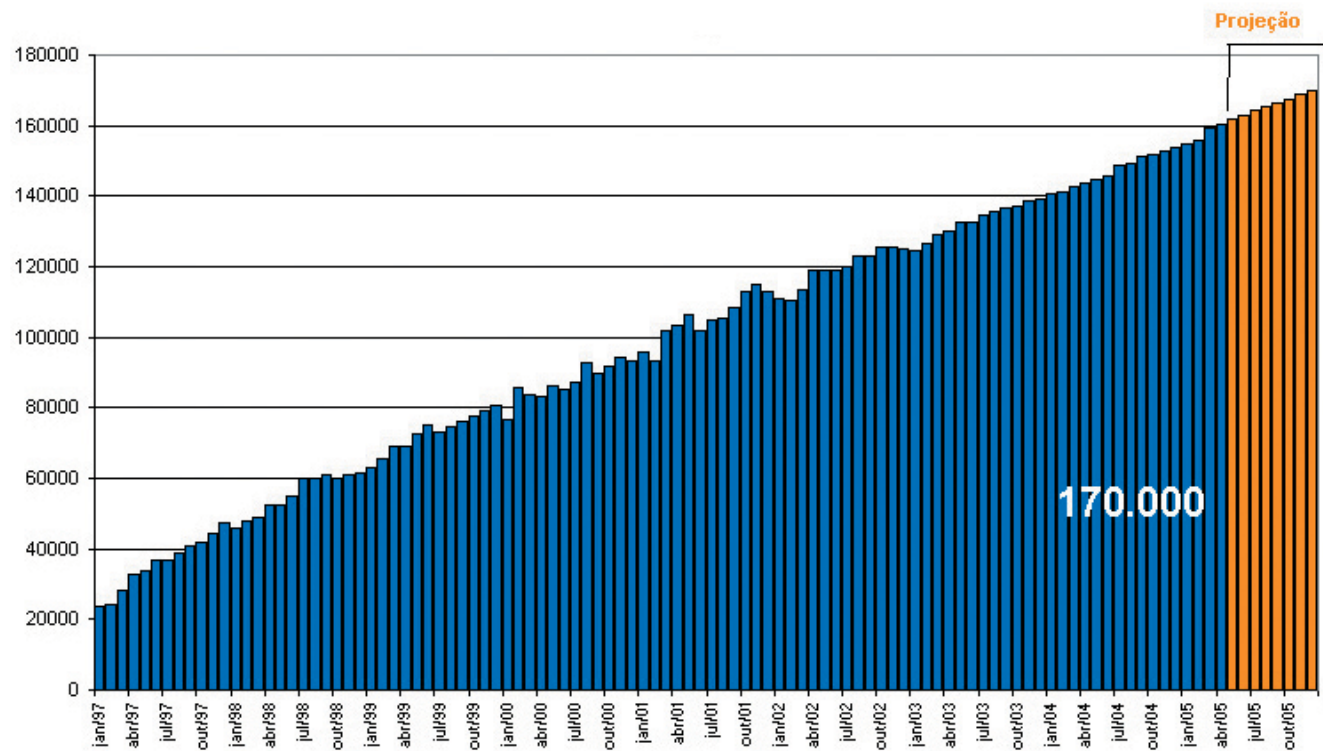
A política nacional promoveu melhoria da qualidade de vida, queda da mortalidade e economia para os cofres públicos

- A estruturação do sistema de saúde
- Cuidados paliativos
- Rede de assistência à lipodistrofia
- Ações para redução da transmissão vertical do HIV
- Acesso universal e perspectivas de sustentabilidade

Conforme se pode constatar pelo gráfico anterior, os gastos nacionais têm crescido progressivamente e, mantida a atual tendência, poderá superar 500 milhões de dólares, em 2007.

Por outro lado, os gastos nacionais concentram-se quase que exclusivamente em três produtos responsáveis por 63% do orçamento. Vale ressaltar que o País dispõe de capacidade tecnológica de produção dessas drogas e continuará buscando alternativas sustentáveis da manutenção de sua política de acesso universal e gratuito, em consonância com a premissa de saúde como um direito do cidadão e dever do Estado.

Número de Pacientes HIV+ em uso de ARV no Sistema Único de Saúde.
Brasil, jan/1997 a dez/2005*



Fonte: PN-DST/AIDS/SVS/MS

* Dados preliminares

VOLTAR

Relação de anti-retrovirais disponibilizados pelo Ministério da Saúde, segundo ano de introdução

1991	1992	1993	1996	1997	1998
Zidovudina 100mg	Zidovudina Solução Oral	Didanosina 25mg	Zalcitabina 0,75mg	Indinavir 400mg	Ritonavir Solução Oral
		Didanosina 100mg	Zidovudina Solução Injetável	Lamivudina Solução Oral	Didanosina Pó
			Lamivudina 150mg	Estavudina 30mg	Zodvudina 300mg + Lamivudina 150m
			Saquinavir 200mg	Estavudina 40mg	Nelfinavir 250mg
			Ritonavir 100mg		Nelfinavir Pó
					Nevirapina 200mg
					Estavudina Pó
					Delavirdina 100mg

1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Efavirenz 200mg	Efavirenz 50mg	Amprenavir 150mg	Lopinavir/ritonavir Cápsulas	Tenofovir 300mg	Atazanavir 150mg	Enfuvirtida
	Efavirenz 100mg	Amprenavir Solução Oral	Lopinavir/ritonavir Solução Oral	Efavirenz 600mg ⁽³⁾	Atazanavir 200mg	Didanosina Entérica 250mg
	Nevirapina Suspensão Oral	Abacavir 300mg	Saquinavir 200mg ⁽²⁾			Didanosina Entérica 400mg
		Abacavir Solução Oral				
		Efavirenz Solução Oral ⁽¹⁾				

(1) Efavirenz solução oral introduzido em substituição às apresentações cápsula de 50mg e 100mg.

(2) Saquinavir cápsula gelatinosa mole de 200mg introduzido em substituição à apresentação cápsula gelatinosa dura.

(3) Efavirenz comprimido de 600mg, introduzido em substituição à apresentação cápsula de 200mg.

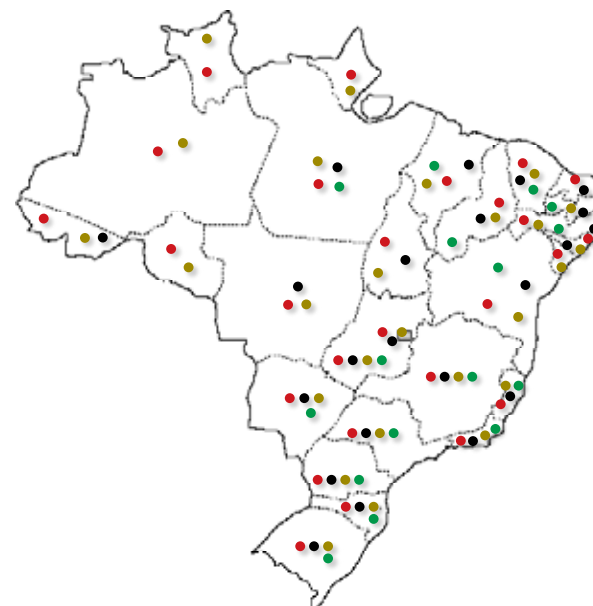
Fonte: PN-DST/AIDS/SVS/MS

VOLTAR

**Acesso ao tratamento:
951 serviços para PVHA no Brasil**

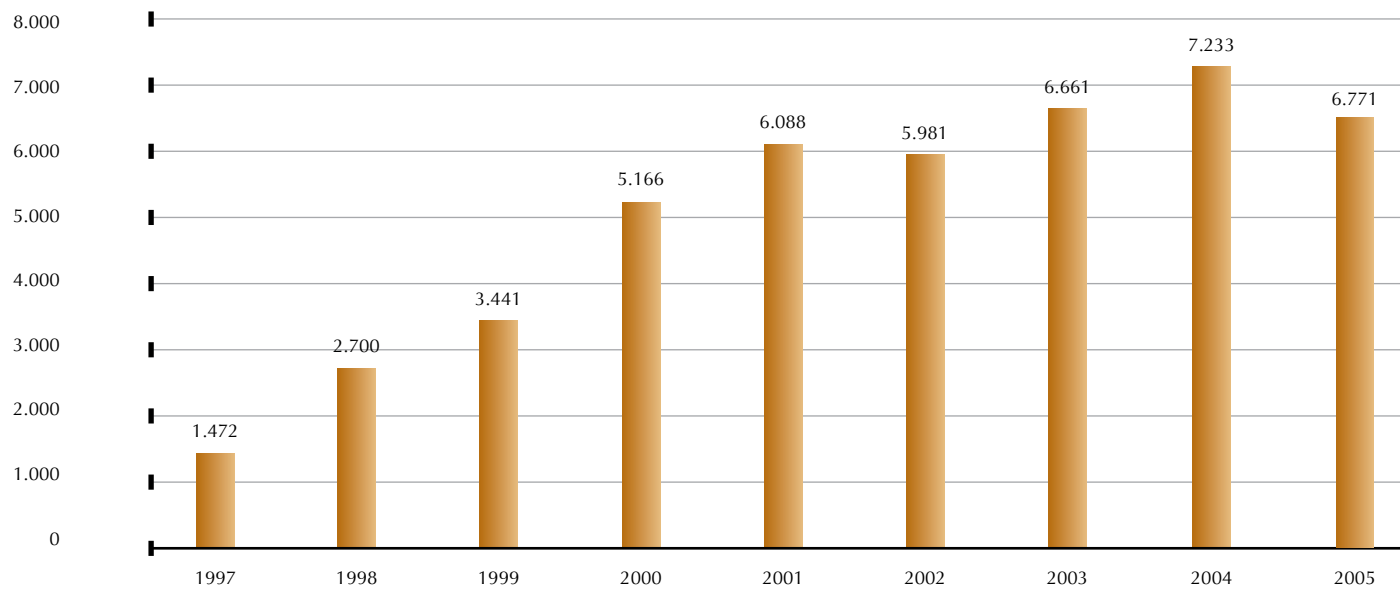
ALTERNATIVAS DE SERVIÇOS EM HIV/AIDS

●	Hospitais credenciados:	468
●	Hospitais-dia:	91
●	Assistência domiciliar:	58
●	Serviços Ambulatoriais:	422



VOLTAR

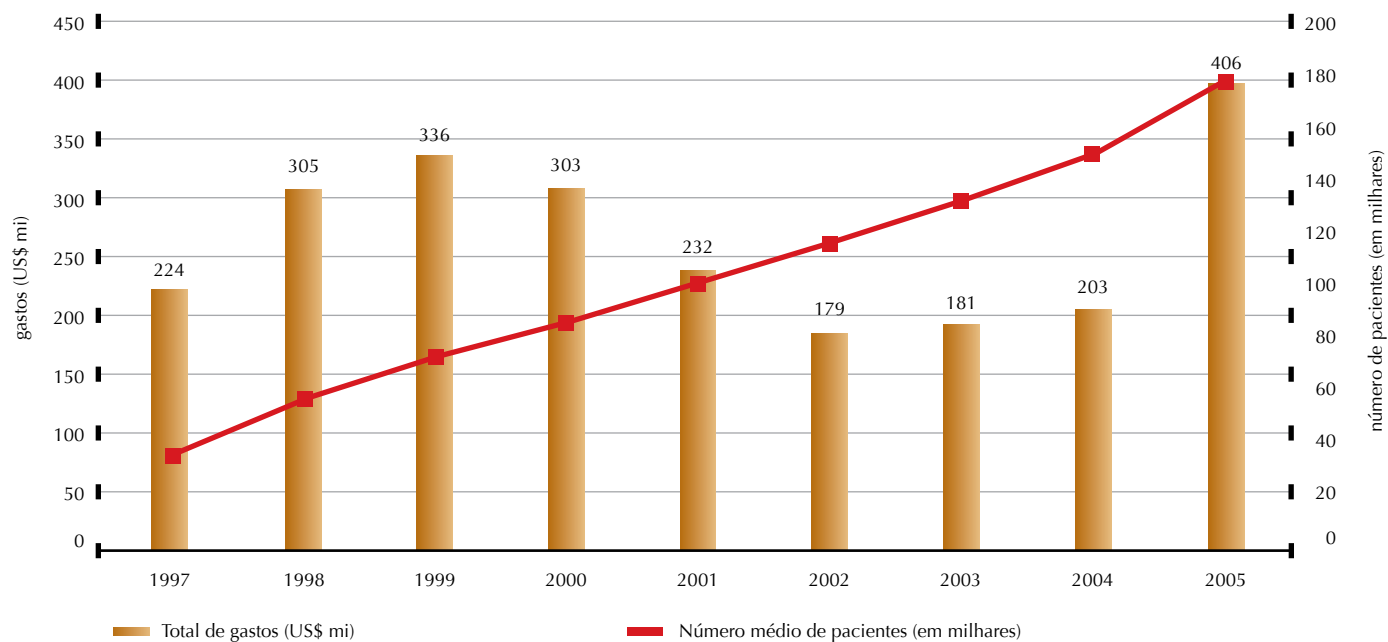
Número de gestantes HIV+ que utilizam AZT injetável – Brasil, 1997 a abr/2005



Fonte: PN-DST/AIDS/SVS/MS

VOLTAR

Total do gasto (em US\$ mi) com aquisição de ARV e número médio de pacientes em terapia anti-retroviral



Fonte: PN-DST/AIDS/SVS/MS

VOLTAR

Diagnóstico para o HIV na rede pública de saúde

São oferecidos ELISA, Imunofluorescência Indireta (IFI) e Western Blot, gratuitamente. Os testes são realizados na rede laboratorial dos estados e municípios

- O algoritmo do teste rápido
- Rede Nacional de Laboratórios para contagem de linfócitos (CD4+/CD8+), quantificação viral do HIV (carga viral) e genotipagem
- SISCEL
- SISGENO

O diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV, realizado pelos testes de triagem (ELISA) e confirmatório (IFI e W.Blot), é ofertado gratuitamente em toda a rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Em grande parte dos estados e municípios, a coleta é realizada descentralizadamente nos serviços de saúde das cidades, mas em alguns estados os testes ainda são realizados apenas nos Laboratórios Centrais (LACEN). Com a ampliação da demanda, graças a grandes campanhas de sensibilização da população para o diagnóstico precoce (como por exemplo a do “[Fique Sabendo](#)”), e a ampliação da porta de entrada por meio dos serviços de saúde, essa centralização da realização dos exames nos Lacen tem ocasionado atraso na entrega dos resultados aos pacientes.

Para garantir efetivamente essa ampliação do acesso, o Programa Brasileiro também simplificou o algoritmo, até então utilizado, dentro dos padrões estabelecidos internacionalmente. Com esse objetivo, em conjunto com o CDC/Global Aids Program, realizaram-se [estudos para elaboração do algoritmo de utilização dos testes rápidos no Brasil](#). O teste rápido já era utilizado em 1.142 maternidades do SUS, para gestantes que não foram testadas durante o pré-natal. Com base nesse novo algoritmo, o Programa Brasileiro, estrategicamente, priorizou a utilização dos testes rápidos em serviços de saúde do Estado do Amazonas, onde o acesso da população ao diagnóstico é difícil, por causa das condições geográficas, e investiu na capacitação dos profissionais de saúde desse estado.

Diagnóstico para o HIV na rede pública de saúde

São oferecidos ELISA, Imunofluorescência Indireta (IFI) e Western Blot, gratuitamente. Os testes são realizados na rede laboratorial dos estados e municípios

- O algoritmo do teste rápido
- Rede Nacional de Laboratórios para contagem de linfócitos (CD4+/CD8+), quantificação viral do HIV (carga viral) e genotipagem
- SISCEL
- SISGENO

O algoritmo do teste rápido

A implantação dos testes rápidos com algoritmo para diagnóstico definitivo só aconteceu depois da realização de estudo para avaliação do seu desempenho no diagnóstico da infecção pelo HIV. Foram utilizados 7 marcas de testes, sendo que o Teste Rápido-HIV-1/2-Bio-Manguinhos e o HIV Rapid Check são produzidos em dois laboratórios farmacêuticos públicos brasileiros: no Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos, da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e na Universidade Federal do Espírito Santo. O incentivo à produção nacional de insumos de laboratório é mais uma estratégia do Ministério da Saúde para ampliação do acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV. Veja abaixo o algoritmo elaborado a partir da avaliação feita nos testes rápidos.

FLUXOGRAMA

Diagnóstico para o HIV na rede pública de saúde

São oferecidos ELISA, Imunofluorescência Indireta (IFI) e Western Blot, gratuitamente. Os testes são realizados na rede laboratorial dos estados e municípios

- O algoritmo do teste rápido
- Rede Nacional de Laboratórios para contagem de linfócitos T (CD4+/CD8+), quantificação viral do HIV (carga viral) e genotipagem
- SISCEL
- SISGENO

Rede Nacional de Laboratórios para contagem de linfócitos (CD4+/CD8+), quantificação viral do HIV (carga viral) e genotipagem

A partir de 1997, o Programa Brasileiro começou a implantar a [Rede Nacional de Laboratórios para contagem de linfócitos T \(CD4+/CD8+\)](#) e [carga viral do HIV](#). Os principais objetivos da Rede são monitorar a evolução clínica de indivíduos infectados pelo vírus, guiar o início do tratamento com medicamentos anti-retrovirais em novos pacientes e adotar terapias preventivas das infecções oportunistas. Essa rede, hoje, é composta por 88 laboratórios de CD4+/CD8+ e 72 de carga viral, estrategicamente localizados e presentes em todas as unidades da federação.

Em 2001, com o objetivo de descentralizar a aquisição e a distribuição desses insumos para as Secretarias Estaduais de Saúde, o Ministério da Saúde estabeleceu metas de realização desses testes e fixou recursos para o pagamento dos procedimentos realizados em todos os laboratórios da rede. Dois anos depois, foi constatado que alguns estados e municípios tinham dificuldades em adquirir os testes e o processo de aquisição foi novamente centralizado. De maio de 2004 até junho de 2005, foram enviados à rede de serviços 671.740 testes de CD4+/CD8+ e 625.242 testes de carga viral do HIV, quantitativo suficiente para atender parâmetros normativos de 3 testes por paciente/ano.

Considerando a necessidade de se detectar a ocorrência de resistência genotípica (mutações do HIV), em pacientes em terapia ARV, orientando a seleção de terapia de resgate, o Programa implantou uma rede de laboratórios ([Rede Nacional de Genotipagem - RENAGENO](#)) para executar o exame de

QUALIDADE
APROVADA

Diagnóstico para o HIV na rede pública de saúde

São oferecidos ELISA, Imunofluorescência Indireta (IFI) e Western Blot, gratuitamente. Os testes são realizados na rede laboratorial dos estados e municípios

- O algoritmo do teste rápido
- Rede Nacional de Laboratórios para contagem de linfócitos (CD4+/CD8+), quantificação viral do HIV (carga viral) e genotipagem
- SISCEL
- SISGENO

genotipagem. A Renageno tem como objetivo estimar a prevalência de mutações e sua associação ao estadiamento clínico, exposição prévia aos ARV, aos esquemas terapêuticos em uso no momento da coleta, nas diferentes área geográficas e subtipos circulantes.

A Renageno foi estabelecida como política nacional em 1999 e teve seu funcionamento operacional no segundo semestre de 2001. A Rede é composta, atualmente, por 18 laboratórios executores. Além dos laboratórios, integram a Rede 265 Médicos de Referência em Genotipagem (MRG), que orientam o corpo médico dos serviços na indicação, utilização e interpretação de testes de genotipagem para seleção de esquema anti-retroviral de resgate terapêutico.

De junho de 2001 a junho de 2005, o Programa Brasileiro adquiriu e dispensou 13.152 testes de genotipagem para pacientes que preenchiam critérios de indicação.

[MAPA](#)

Diagnóstico para o HIV na rede pública de saúde

São oferecidos ELISA, Imunofluorescência Indireta (IFI) e Western Blot, gratuitamente. Os testes são realizados na rede laboratorial dos estados e municípios

- O algoritmo do teste rápido
- Rede Nacional de Laboratórios para contagem de linfócitos (CD4+/CD8+), quantificação viral do HIV (carga viral) e genotipagem
- SISCEL
- SISGENO

SISCEL

O objetivo geral: implantação do [Sistema Informatizado de Controle de Exame Laboratorial \(SISCEL\)](#) para monitorar os resultados dos testes para contagem de linfócitos TCD4+/TCD8+ e quantificação viral do HIV(carga viral) nas Redes Nacional de laboratórios de CD4/CD8 e Carga viral.

O objetivo específico: auxiliar no monitoramento dos procedimentos dos exames de quantificação da carga viral do HIV-1 e contagem de linfócitos TCD4+ /TCD8+ realizados nos laboratórios constituintes da Rede Nacional.

O Siscel é capaz de armazenar e cruzar dados clínicos de todos os pacientes HIV positivos. Seu software foi aprimorado de forma a emitir, diretamente aos médicos, solicitações de exames, tornando mais ágil o atendimento ao paciente e permitindo um gerenciamento, em nível estadual e federal, dos exames realizados. Por meio da entrada de dados dos pacientes e dos resultados de seus exames de CD4/CD8 e Carga Viral, o sistema gera um conjunto de relatórios. Entre os relatórios gerados, encontra-se o laudo de resultado de exame, que além de possuir os valores de resultado e observações do atual exame, possui um histórico descritivo com os dezoito últimos exames e/ou gráfico dos últimos seis exames da vida clínica do paciente. O sistema possui outros relatórios cujas informações podem ser cruzadas de forma a se obter resultados estatísticos distribuídos por faixa etária, gênero, pacientes sintomáticos, ou não, resultados de CD4 e/ou carga viral estratificados, fornecendo um gerenciamento clínico individual ou global e administrativo, como também disponibiliza o mesmo layout do sistema SIA/SUS para faturamento em Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo (APAC) e geração de APAC magnética.

Diagnóstico para o HIV na rede pública de saúde

São oferecidos ELISA, Imunofluorescência Indireta (IFI) e Western Blot, gratuitamente. Os testes são realizados na rede laboratorial dos estados e municípios

- O algoritmo do teste rápido
- Rede Nacional de Laboratórios para contagem de linfócitos (CD4+/CD8+), quantificação viral do HIV (carga viral) e genotipagem
- SISCEL
- SISGENO

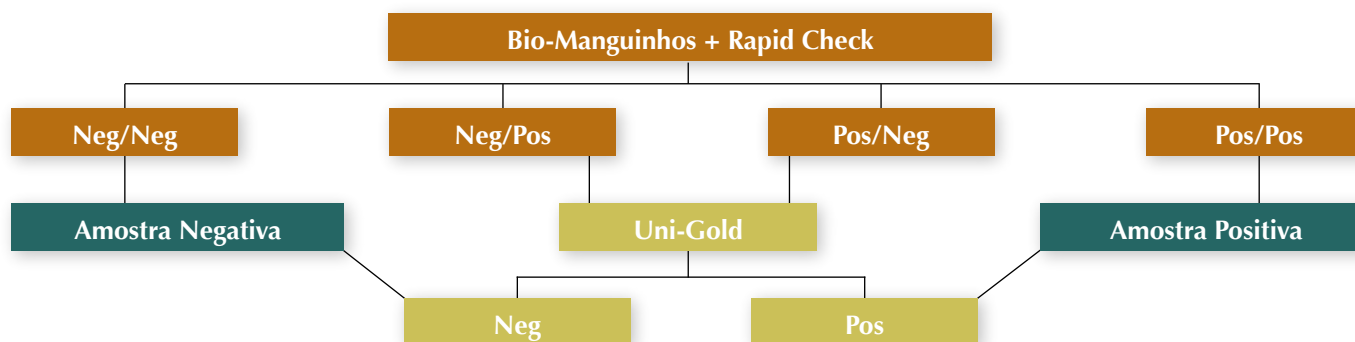
SISGENO

O objetivo geral: implantação do [Sistema Informatizado de Controle de Genotipagem \(SISGENO\)](#), para coleta de dados referentes à Renageno, utilizado pelos laboratórios da Rede e Médicos de Referência em Genotipagem (MRG).

O Sisgeno armazena dados clínicos, terapêuticos e laboratoriais bem como dados de seqüências de DNA do HIV para orientação dos médicos na melhor conduta terapêutica.

Auxilia, também, o Programa Brasileiro de DST e Aids no gerenciamento da melhor política de medicamentos.

Algoritmo de testes rápidos para utilização no diagnóstico da infecção pelo HIV



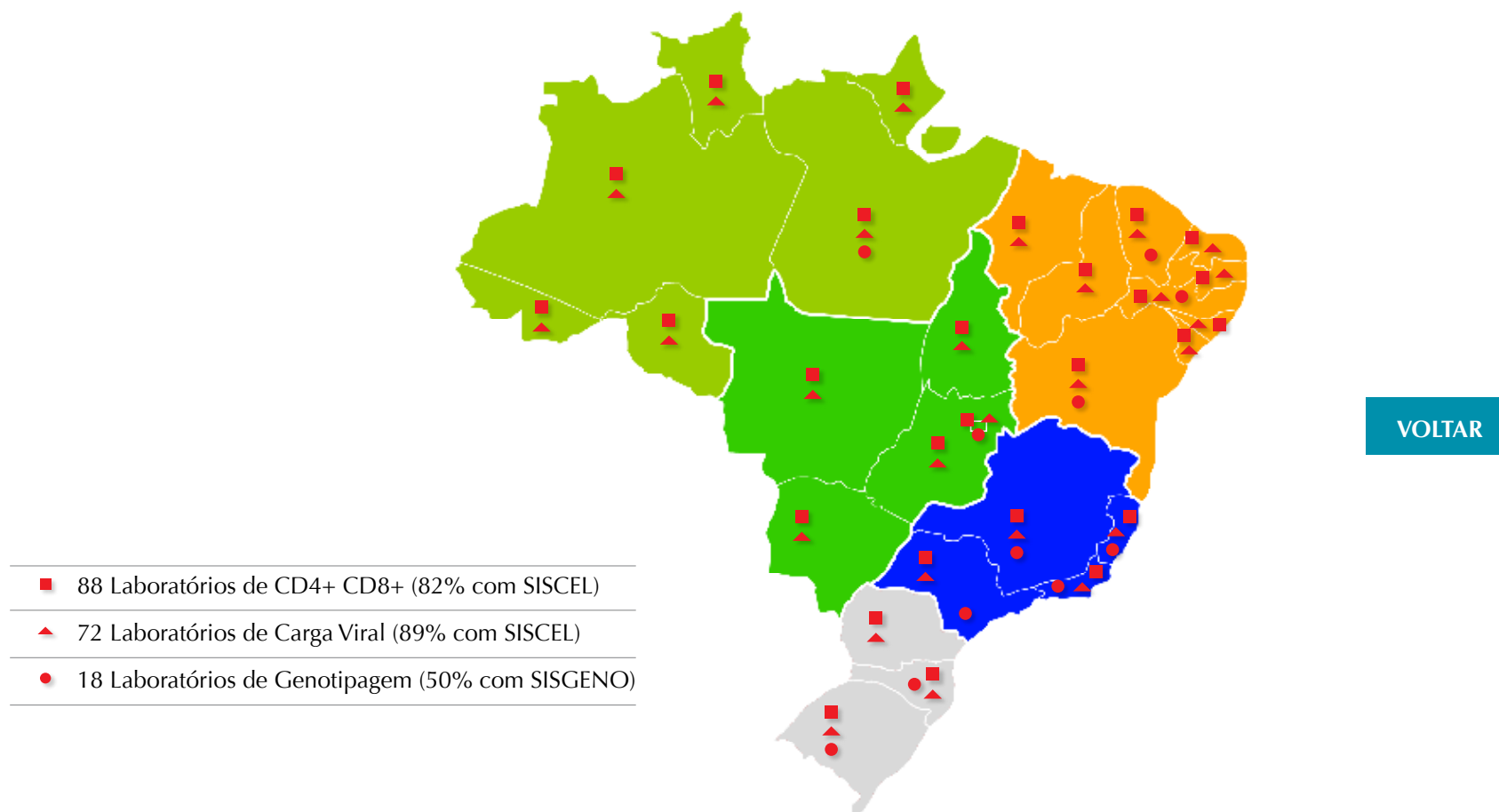
VOLTAR

Qualidade aprovada por estudo

A qualidade dos testes rápidos foi aprovada por meio de um estudo promovido pelo Ministério da Saúde do Brasil e pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC), dos Estados Unidos. Os resultados foram comparados com os obtidos nos testes tradicionais – Elisa e Western Blot. No estudo, foram avaliadas sete marcas de testes rápidos, das quais duas produzidas no Brasil. Com o teste, o resultado é obtido em menos de 30 minutos. Sua utilização permite que em um mesmo momento (durante a consulta) o paciente receba aconselhamento, realize o teste e receba o resultado. Para que o teste seja realizado, não há necessidade de infra-estrutura laboratorial, uma das carências da região Norte do Brasil. Além disso, não há despesas com transporte de amostras e envio de resultados.

VOLTAR

Rede laboratorial de CD4+/CD8+ Carga Viral e Genotipagem



Amazonas é pioneiro na implantação de teste rápido para o HIV

Programa Brasileiro quer ampliar cobertura em áreas de difícil acesso

Com vistas em melhorar e ampliar o acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV e possibilitar a introdução, em tempo oportuno, da terapia anti-retroviral, estratégias vêm recentemente sendo desenvolvidas e implementadas. A prioridade inicial recai sobre a Amazônia, seguindo-se as regiões Nordeste e Centro-Oeste do País. No Estado do Amazonas, os primeiros passos já foram dados.

O Amazonas é o maior estado brasileiro em extensão territorial. Com 1.558.987 km², é quase três vezes a área da França. A região é coberta por florestas tropicais, rios e terras alagadas. Longas distâncias separam municípios e localidades de outras regiões habitadas. De um modo geral, essas características dificultam o acesso da população aos serviços de saúde. Por isso, o Programa Brasileiro de DST e Aids escolheu o estado para ser o pioneiro no uso dos testes rápidos como estratégia para ampliar o diagnóstico da infecção pelo HIV.

A partir de outubro de 2004, o teste rápido tornou-se um importante instrumento para detectar com rapidez e eficiência a infecção pelo vírus, que já causou 2.831 casos de aids no estado. Desde a implantação do projeto, já foram utilizados 12.280 testes rápidos.

Com 62 cidades e dividido em 13 microrregiões, o Amazonas tem 2,8 milhões de habitantes. Metade reside em Manaus, capital do estado. A maioria da população do interior vive à beira dos rios, no meio da mata. Por isso, o barco é o principal meio de transporte da região, tanto para a comercialização de produtos como para a condução de passageiros.

Mas as embarcações servem, também, para levar saúde às populações isoladas. Mesmo nos arredores da capital, há comunidades onde só se chega pelos rios, em viagens que duram pelo menos 30 minutos, de lancha, ou até três horas, em barcos com motores menos potentes.

Amazonas é pioneiro na implantação de teste rápido para o HIV

Programa Brasileiro quer ampliar cobertura em áreas de difícil acesso

Perto de Manaus, existem 30 localidades como essas, que ficam às margens dos rios Negro e Amazonas. Um barco típico da região, todo construído em madeira, é o responsável por levar ações de atenção básica em saúde e de prevenção das DST e da aids. Duas vezes por mês, uma equipe multidisciplinar composta por 25 profissionais, leva cuidados essenciais às mais de seis mil pessoas que vivem nessas comunidades.

As visitas costumam durar três dias. Os atendimentos são feitos em igrejas e escolas dos lugarejos ou então no próprio barco, que pertence à Secretaria Municipal de Saúde de Manaus. “Todos os profissionais são treinados para abordagem síndrome e aconselhamento dos pacientes, com ajuda de álbuns seriados”, diz Marcos Figueiredo, coordenador técnico do Núcleo de Saúde Rural da Secretaria Municipal de Saúde. “A procura por preservativos é muito grande. Essa população tem uma atividade sexual bastante intensa”, revela.

Cinquenta profissionais de 14 serviços de saúde, localizados em 12 municípios, receberam capacitação para manuseio dos testes rápidos. Na etapa inicial, o teste rápido foi implantado nas cidades de Parintins, Itacoatiara, Manaus, Manacapuru, Lábrea, Tefé, Coari, São Gabriel da Cachoeira, São Paulo de Olivença, Tabatinga, Benjamin Constant e Eirunepé.

Em março de 2006, começa a etapa de treinamento dos profissionais que serão multiplicadores na implantação do testes rápidos nos demais Estados da região norte, que irão a campo também para a avaliação do andamento do projeto de implantação e monitorando da utilização do testes.

Até o fim de 2006, o Programa Brasileiro de DST e Aids finalizará a implantação na região Norte do país e também vai expandir para outras regiões como a Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste incluindo os locais de difícil acesso, CTA e maternidades, essa estratégia irá ampliar o acesso do diagnóstico do HIV

Curitiba reduz transmissão vertical do HIV

Em cinco anos, Programa Mãe Curitibana evitou 201 casos de transmissão do vírus da aids da mãe gestante soropositiva para o filho

- Transmissão Vertical em Curitiba
- Tratamento perto de casa
- Mãe soropositiva
- Trinta por cento
- Duas histórias
- Conquistas

Sétima maior cidade do Brasil, com aproximadamente 1,8 milhão de habitantes, Curitiba é conhecida pela alta qualidade de vida que oferece aos seus moradores. Segurança, preservação do meio ambiente e transporte público de qualidade estão entre os orgulhos do curitibano. Mas a capital do Estado do Paraná, na região Sul do País, é modelo também na redução da transmissão materno-infantil do vírus da aids. Um programa de atenção a mulheres grávidas – o Mãe Curitibana – conseguiu evitar 201 casos de transmissão do HIV de mãe para filho, entre 1999 e 2004.

A literatura médica diz que, em média, 30% das gestantes soropositivas transmitem o vírus para o filho. De 1999 a 2004, Curitiba registrou 757 casos de grávidas portadoras do HIV. Pelo cálculo básico, teriam sido notificados 227 casos de crianças que foram infectadas pelo vírus a partir da transmissão materna. No entanto, nesse período, foram registrados 26 casos de transmissão materno-infantil. “O Programa foi lançado em março de 1999, a partir de uma iniciativa de governo, em conjunto com a sociedade. É uma prioridade para Curitiba”, diz a coordenadora municipal de DST e aids, Mariana Thomaz.

Curitiba reduz transmissão vertical do HIV

Em cinco anos, Programa Mãe Curitibana evitou 201 casos de transmissão do vírus da aids da mãe gestante soropositiva para o filho

- Transmissão Vertical em Curitiba
- Tratamento perto de casa
- Mãe soropositiva
- Trinta por cento
- Duas histórias
- Conquistas

Transmissão Vertical em Curitiba

Além de Curitiba, outras cidades, como Santos e Campinas, em São Paulo, têm experiências positivas na redução da chamada transmissão vertical. A diferença é que a capital paranaense é a única cidade que tem um programa estruturado, que cria um vínculo entre a mãe e o Sistema Único de Saúde. Atualmente, 97% das gestantes assistidas pelo SUS, em Curitiba, são atendidas pelo Mãe Curitibana. Em média, são 20 mil atendimentos por ano.

Para entrar no Mãe Curitibana basta a gestante ir a uma unidade básica de saúde. As testagens para HIV, toxoplasmose e sífilis são rotinas do pré-natal. O material é coletado no posto de saúde e segue para análise no laboratório do município. De janeiro a agosto de 2005, foram realizados 23 mil testes para detecção do HIV, em homens e mulheres de Curitiba. Considerando que testes com resultado positivo são repetidos, 55% dos testes foram feitos em mulheres assistidas pelo Programa.

TABELA

Curitiba reduz transmissão vertical do HIV

Em cinco anos, Programa Mãe Curitibana evitou 201 casos de transmissão do vírus da aids da mãe gestante soropositiva para o filho

- Transmissão Vertical em Curitiba
- Tratamento perto de casa
- Mãe soropositiva
- Trinta por cento
- Duas histórias
- Conquistas

Tratamento perto de casa

Curitiba tem seis unidades de referência em tratamento de HIV/aids e mais uma unidade exclusiva para crianças – o SAE - Infantil. Ao todo, a cidade tem 107 unidades básicas de saúde, espalhadas por nove distritos sanitários. Se é detectado que uma gestante tem HIV, sífilis ou infecção urinária, é acionado o dispositivo de investigação detalhada do caso, que refaz o fluxo no sentido inverso. A coordenação do Programa procura o responsável pelo distrito sanitário, que entra em contato com a unidade básica de saúde, que vai até a gestante. Esse esquema reforça o monitoramento e a assistência à gestante.

Nas duas maternidades de referência, Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná (UFPR) e Hospital da Faculdade Evangélica do Paraná, as gestantes são atendidas por obstetras e infectologistas. São seis maternidades no total e todas elas, mesmo as que não são de referência, têm equipes capacitadas para atendimento de gestantes HIV positivas.

Um ponto importante do Programa é o conceito de territorialidade: a gestante é sempre atendida em uma unidade de saúde perto de onde mora. Assim, no começo da gravidez, ela já sabe em qual maternidade terá o bebê. “Essa vinculação melhora a auto-estima da mulher e a deixa mais segura. Se ela for soropositiva, fica ligada a uma unidade especializada em atendimento para esses casos”, explica Mariana Thomaz.

FLUXOGRAMA

Curitiba reduz transmissão vertical do HIV

Em cinco anos, Programa Mãe Curitibana evitou 201 casos de transmissão do vírus da aids da mãe gestante soropositiva para o filho

- Transmissão Vertical em Curitiba
- Tratamento perto de casa
- Mãe soropositiva
- Trinta por cento
- Duas histórias
- Conquistas

Mãe soropositiva

Quando se descobre que uma mulher grávida está infectada pelo HIV, são solicitados testes de CD4 (células de defesa) e Carga Viral (que mede a quantidade de partículas do HIV no sangue). A partir da 14ª semana de gestação, a mulher passa a receber o anti-retroviral zidovudina (AZT). A gestante é encaminhada ao serviço de referência para fazer pré-natal e receber anti-retrovirais de acordo com o resultado dos exames.

A unidade de saúde de origem continua acompanhando a gestante. No sexto mês de gestação, ela recebe um kit contendo AZT injetável, AZT xarope, inibidor de lactação e fórmula láctea infantil. Na hora do parto, a mulher recebe AZT injetável e passa a tomar inibidor de lactação, para deixar de produzir leite, uma vez que as mães soropositivas não podem amamentar seus filhos. Logo que nasce, o bebê recebe solução oral de AZT, no máximo duas horas depois do parto. Durante dois anos, a mãe soropositiva recebe a fórmula láctea para suprir a ausência do leite materno.

Cada gestante tem uma madrinha, alguém com quem ela tenha intimidade para contar sua condição sorológica. Essa pessoa, basicamente, vai dar apoio e incentivar a adesão ao tratamento. Geralmente, as mães HIV positivas têm relacionamentos estáveis. A participação do pai varia bastante: alguns acompanham a gestação ativamente, outros são mais ausentes. A maioria das gestantes atendidas pelo Programa é de baixa renda e vive na periferia da cidade. E o uso de drogas, principalmente o crack, é um fator que aumenta a vulnerabilidade das mães curitibanas.

Curitiba reduz transmissão vertical do HIV

Em cinco anos, Programa Mãe Curitibana evitou 201 casos de transmissão do vírus da aids da mãe gestante soropositiva para o filho

- Transmissão Vertical em Curitiba
- Tratamento perto de casa
- Mãe soropositiva
- Trinta por cento
- Duas histórias
- Conquistas

Trinta por cento

De acordo com a infectopediatra Maria Antônia Dilay Oba, médica do Mãe Curitibana que trabalha com aids e crianças há 12 anos, 30% das gestantes soropositivas já sabiam que eram portadoras do vírus quando engravidaram. “Muitas não aceitam métodos contraceptivos cirúrgicos, como laqueadura ou vasectomia. Querem continuar a ter filhos. Há o caso de uma mãe soropositiva, assistida pelo Programa, que deu à luz a dois filhos quando já sabia que estava infectada. Nenhuma dessas crianças tem o vírus, por conta do Programa”, diz a doutora Maria Antônia.

Essa mulher é Ana (nome fictício), mãe de quatro filhos. O primeiro foi aos 20 anos. O segundo, aos 22. Ela não sabia que tinha o vírus quando engravidou das duas primeiras crianças, que nasceram soropositivas. Quando a família descobriu que ela tinha aids, tomou-lhe as crianças, com medo de que morressem logo. Os meninos foram morar com parentes, em Santa Catarina e no Rio Grande do Sul.

Depois disso, Ana casou e teve mais dois filhos – uma menina, hoje, com cinco anos, e um menino, com dois anos. Quando ficou grávida pela terceira vez, passou a ser atendida pelo Mãe Curitibana. Hoje, Ana mora no bairro de Campo Comprido com os dois filhos e o marido, que não quer fazer o teste para saber se tem o vírus.

Nascida em Concórdia, Santa Catarina, Ana diz que quase ficou louca quando descobriu que tinha o HIV. “Mas a vida continua. Saber que estou viva é a maior vitória. E eu quis ter mais filhos para poder cuidar deles. Eu tinha certeza de que eles nasceriam saudáveis”, diz a vendedora autônoma de 30 anos, que já fez laqueadura. “Os filhos que tenho já me dão bastante trabalho”, brinca.

Curitiba reduz transmissão vertical do HIV

Em cinco anos, Programa Mãe Curitibana evitou 201 casos de transmissão do vírus da aids da mãe gestante soropositiva para o filho

- Transmissão Vertical em Curitiba
- Tratamento perto de casa
- Mãe soropositiva
- Trinta por cento
- Duas histórias
- Conquistas

Duas histórias

O caso de Cristiane Rodrigues de Lima, 21 anos, também emocionante. Ela tem duas histórias pessoais sobre a aids. A história com final feliz foi vivida por ela mesma, que tem uma filha de 5 anos, chamada Flávia. Quando deu a entrevista, no começo de setembro de 2005, Cristiane estava grávida de sete meses do segundo filho, Vitor. Nascida em Curitiba, ela recebeu atendimento durante toda gestação na Unidade de Saúde Capanema, no bairro pobre de Vila Torres, zona central de Curitiba.

Cristiane tinha 16 anos quando engravidou pela primeira vez. “Eu sabia como evitar uma gravidez, mas preferi correr o risco de transar sem camisinha”. Ela não casou com o pai de Flávia, que também não assumiu a filha. Acabou criando a menina sozinha, com a ajuda da mãe, que é viúva. Evangélica, Cristiane é estudante do Ensino Médio. Em março de 2004, casou com o motoboy Oséas, pai do seu segundo filho e que assumiu a criação de Flávia.

Já na primeira gravidez, Cristiane passou a ser atendida pelo Programa Mãe Curitibana. Ela diz que, antes de ficar grávida, nunca tinha feito teste anti-HIV, mas sabia do que se tratava. “Assisti a muitas palestras na escola e sabia como pegava o vírus e como se prevenir. Mesmo depois que a Flávia nasceu, eu tinha medo, desconfiança, porque transei algumas vezes sem camisinha com meus namorados”. Cristiane resolveu fazer novo teste. Deu negativo.

Em todas as vezes que Cristiane fez o teste, ela teve “pavor” de receber o resultado. O medo dela tem motivo. E é aqui que começa a segunda e triste história dela com a aids. No começo de 2005, uma tia de Cristiane morreu em decorrência da doença. E uma prima, que teve três filhos, todos de pais

Curitiba reduz transmissão vertical do HIV

Em cinco anos, Programa Mãe Curitibana evitou 201 casos de transmissão do vírus da aids da mãe gestante soropositiva para o filho

- Transmissão Vertical em Curitiba
- Tratamento perto de casa
- Mãe soropositiva
- Trinta por cento
- Duas histórias
- Conquistas

diferentes, passou o vírus para pelo menos uma das crianças, a mais velha, um menino que hoje tem 11 anos.

São grandes as chances de que o segundo filho da prima de Cristiane, uma menina, atualmente com 9 anos, também seja portadora do HIV. Quando engravidou do terceiro filho, em 2004, a prima de Cristiane foi atendida pelo Mãe Curitibana. “O neném nasceu em março de 2005 e graças a Deus não foi infectado pelo vírus”, comemora Cristiane. Hoje, a prima dela está presa por roubo. As três crianças moram com a avó materna. “O maior desafio é garantir qualidade de vida para essas famílias. Mesmo que a criança não tenha o vírus, ela nunca deixará de conviver com a aids, porque a mãe sempre terá o HIV”, diz a doutora Maria Antônia Dilay Oba.

Curitiba reduz transmissão vertical do HIV

Em cinco anos, Programa Mãe Curitibana evitou 201 casos de transmissão do vírus da aids da mãe gestante soropositiva para o filho

- Transmissão Vertical em Curitiba
- Tratamento perto de casa
- Mãe soropositiva
- Trinta por cento
- Duas histórias
- Conquistas

Conquistas

O Programa Mãe Curitibana, ao oferecer cuidados especiais no atendimento a bebês e gestantes, conseguiu reduzir em 25% a taxa de mortalidade infantil em Curitiba, que chegou aos patamares mais baixos da história da cidade. Em 1998, a cada mil crianças nascidas vivas, 16,6 nasceram mortas ou morreram antes de completar um ano de vida. Em 2004, o índice caiu para 11,8 a cada mil nascidos vivos. Aliado a um intenso programa de planejamento familiar, com disponibilização de métodos contraceptivos, incluindo preservativos, pílula, anticoncepcional injetável, Dispositivo Intrauterino (DIU), cirurgias (vasectomia e laqueadura) e pílula de emergência (em fase de implantação), o Mãe Curitibana e Programa do Adolescente Saudável e da Aids também conseguiram reduzir o índice de gravidez na adolescência de 19% (1999) para 16% (2004).

Transmissão Vertical em Curitiba

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	TOTAL
Gestantes HIV+	86	153	143	128	124	123	757
Gestante com pré-natal	6.900	7.200	12.503	17.013	16.128	16.237	75.981
Crianças infectadas (confirmado)	4	5	11	1	4	1	26
Crianças não infectadas (descartado)	41	110	101	104	77	35	468
Recusa de tratamento	2	2	4	3	1	0	14

Fonte: Coordenação Municipal de DST e Aids

VOLTAR

Gestante -> Unidade Básica de Saúde -> Distrito Sanitário -> Coordenação do Programa
-> Distrito Sanitário -> Unidade Básica de Saúde -> Gestante

VOLTAR

Controle das DST causam impacto na redução do HIV

Reduzir a incidência e a prevalência das DST determina também a redução da incidência do HIV

■ Estratégias

As ações diante das doenças sexualmente transmissíveis vêm sendo objeto de priorização do Programa Brasileiro. Em razão da íntima relação com a infecção pelo HIV, promover a redução da incidência e da prevalência dessas doenças determinará redução da incidência do HIV em nossa população.

No mundo inteiro as DST continuam atingindo milhões de pessoas. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), ocorrem cerca de 340 milhões de casos novos de DST, considerando-se apenas quatro das infecções curáveis mais comuns (sífilis, tricomoníase, infecção pela clamídia e pelo gonococo). Os países em desenvolvimento concentram quase 80% dos casos. Para o Brasil, foi estimado um total de 10 a 12 milhões de casos novos de DST por ano. Complicações decorrentes dessas doenças são potencialmente graves, resultando em risco de infertilidade, abortamento e infecções congênitas.

Está bem estabelecida a relação entre as DST e a infecção pelo HIV, resultando em um importante componente no controle da epidemia, o efetivo controle das doenças transmitidas pelo sexo.

Uma das razões para o aumento das DST em muitos países em desenvolvimento está relacionada à falta de acesso a serviços de saúde efetivos e confiáveis. Outros podem ser fatores demográficos como o grande número de jovens que são sexualmente ativos, migração urbana com mudanças socioculturais, aumento do nível de prostituição, múltiplas parcerias sexuais, alta prevalência de resistência aos antimicrobianos. Um fator fundamental para o seu controle é a pronta resposta assistencial aos portadores.

A **abordagem síndrome das DST**, baseada na identificação de um grupo de sinais e sintomas (síndromes) comuns a determinadas doenças, é uma estratégia importante,

GRÁFICO

1 2

Controle das DST causam impacto na redução do HIV

Reduzir a incidência e a prevalência das DST determina também a redução da incidência do HIV

■ Estratégias

estabelecida para o manejo e controle de casos de DST, em locais onde o diagnóstico laboratorial não seja acessível ou seja demorado, por causa das dimensões territoriais e diferenças de complexidade dos serviços de saúde, garantindo que os portadores de DST recebam diagnóstico clínico e tratamento imediato, sempre com aconselhamento, ao mesmo tempo em que se disponibilizam preservativos. Essa abordagem vem sendo incorporada pelo Ministério da Saúde do Brasil (MS) desde 1993. Seus objetivos são promover a cura da doença no mais curto espaço de tempo, interromper a sua transmissão, prevenir complicações e seqüelas e reduzir o risco de infecção pelo HIV.

A assistência às DST deve ser realizada de forma integrada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), identificadas pelas coordenações estaduais e municipais, interligadas a serviços de referência com maior complexidade e resolutividade.

Nesse contexto, o Programa Brasileiro está implementando um plano estratégico que tem como objetivo global diminuir a incidência e a prevalência das DST e a vulnerabilidade da população brasileira a esses agravos e à infecção pelo HIV. Procura-se, por meio desse plano, aumentar o conhecimento em DST e de práticas de sexo seguro na população, ampliar o acesso da população-alvo ao aconselhamento, diagnóstico de qualidade e tratamento resolutivo das DST e priorizar a abordagem de DST no campo de ensino e pesquisa.

Controle das DST causam impacto na redução do HIV

Reduzir a incidência e a prevalência das DST determina também a redução da incidência do HIV

■ Estratégias

Estratégias

As estratégias estabelecidas para o alcance das metas envolvem a definitiva inserção da abordagem sindrômica das DST na atenção básica de saúde, com a devida retaguarda de serviços de referência para os casos mais complexos; a participação efetiva das Organizações da Sociedade Civil (OSC), principalmente no que se refere ao acesso aos serviços, na observância da pactuação de aquisição de medicamentos, na disponibilização de insumos laboratoriais, na disponibilidade de preservativos, entre outros. Faz-se necessário estimular as ONG que trabalham com aids a incluir em suas ações o tema prevenção das DST, além de ampliar as ações para associações comunitárias e outras, quando possível.

As atividades desenvolvidas visam a estimular e a apoiar a capacitação de recursos humanos; produzir materiais técnicos atualizados e com ampla distribuição; implementar ações de vigilância epidemiológica, objetivando descrever as tendências das DST na população; tornar disponíveis medicamentos para as DST, estipulado como competência de estados e municípios de acordo com pactuação tripartite; inserir as ações de controle das DST nas ações programáticas do MS, em especial DAB e Saúde da Mulher e divulgar amplamente na mídia, para que a população, em geral, reconheça os principais sinais e sintomas e adote medidas preventivas.

A sífilis continua um grande problema de saúde pública no Brasil. No estudo realizado em 2004, numa amostra representativa de parturientes de 15 a 49 anos de idade de todas as regiões do país, observou-se uma taxa de prevalência de 1,6% para sífilis ativa, 4 vezes maior que a infecção pelo HIV nessa população. A estimativa é de cerca de 50 mil parturientes com sífilis ativa e de 12 mil nascidos vivos

[GRÁFICO](#)[TABELA](#)**1 2**

Controle das DST causam impacto na redução do HIV

Reduzir a incidência e a prevalência das DST determina também a redução da incidência do HIV

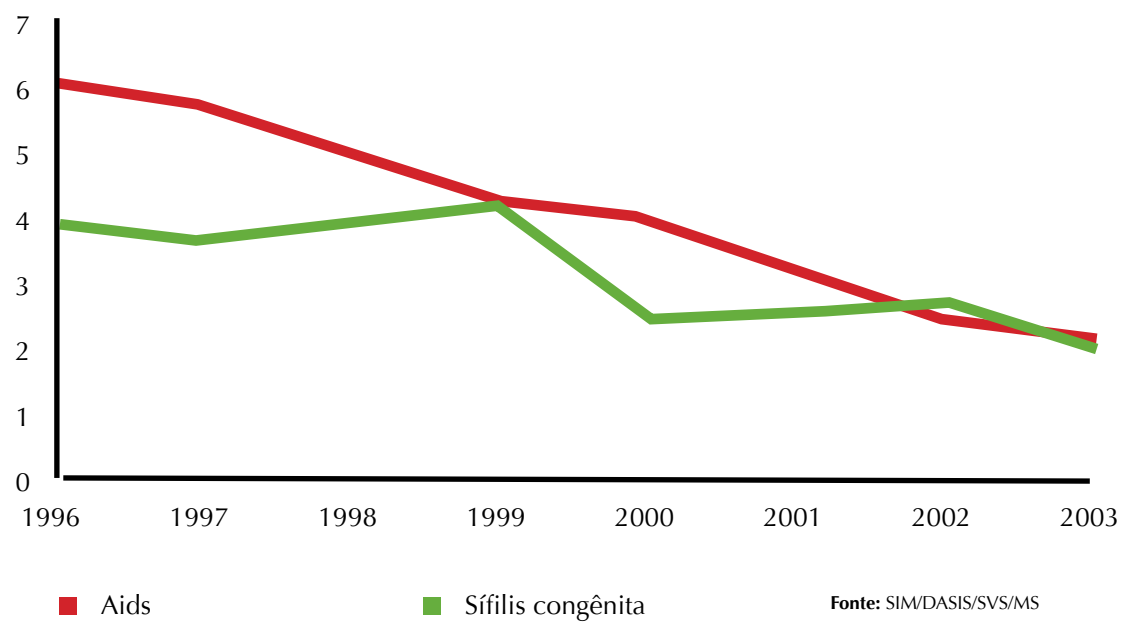
■ Estratégias

com sífilis congênita. A avaliação da **ocorrência de sífilis congênita** pode ser utilizada como marcador da qualidade da assistência pré-natal. A taxa de mortalidade em menores de um ano por causa da sífilis congênita reduziu de 3,9 para 2,7 óbitos por 100 mil nascidos vivos, de 1996 a 2003, ou de 7,8% ao ano. Entretanto, para a mortalidade por aids, que apresentava, em 1996, uma taxa de 6,1 óbitos por 100 mil habitantes, a redução foi de quase o dobro: 13,8% ao ano, chegando em 2003 a 2,5 óbitos por 100 mil nascidos vivos.

GRÁFICO

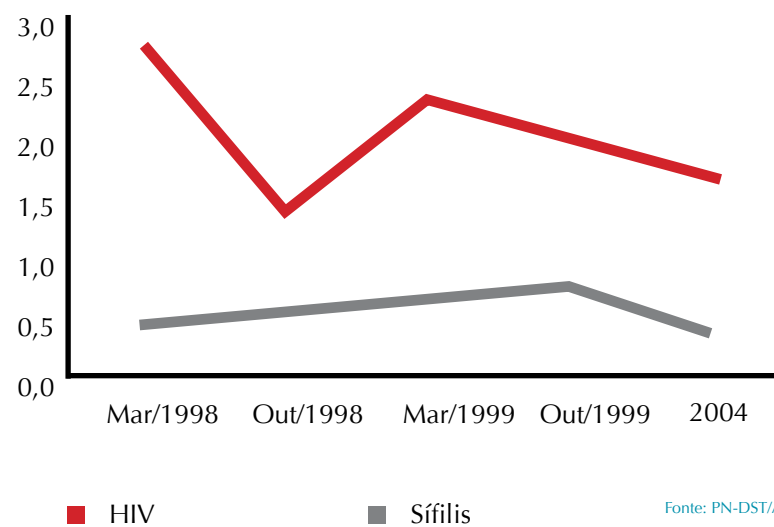
1 2

**Taxa de mortalidade (por 100 mil) em menores de um ano de idade
segundo algumas doenças de transmissão vertical por ano.
Brasil, 1996-2003**



VOLTAR

**Soroprevalência do HIV e sífilis,
segundo cortes do Estudo Sentinela Parturiente
Brasil, 1998-2004**



Fonte: PN-DST/AIDS/SVS/MS

VOLTAR

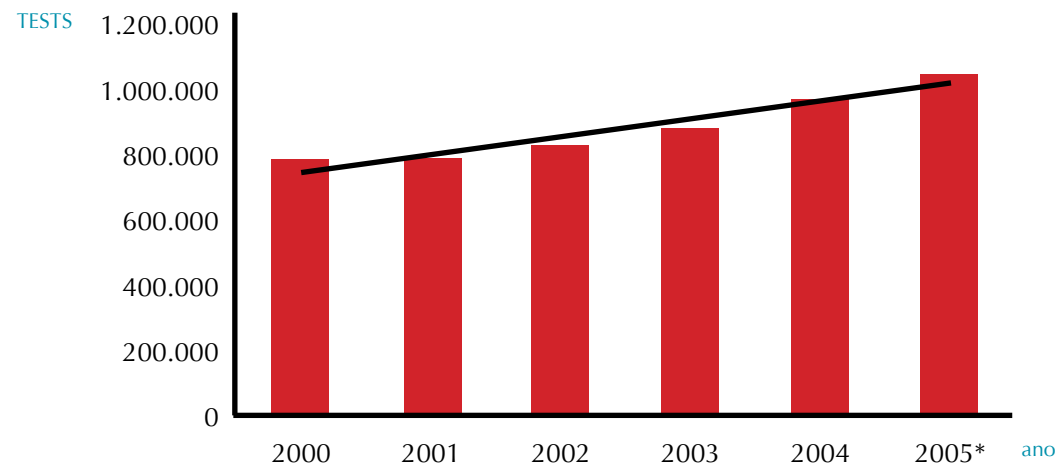
Percentuais (%) de conscritos que relataram problemas relacionados às DST segundo grau de escolaridade. Brasil, 2000					
Problemas					
Grau de Escolaridade	Corrimento no canal da urina	Bolhas no pênis	Feridas no pênis	Verrugas no pênis	Qualquer um dos problemas
1º grau incompleto	6,9	7,8	10,5	4,8	19,0
1º grau completo	5,1	7,3	10,0	2,8	18,0
Total	6,0	7,5	10,2	3,8	18,5

Percentuais de conscritos que relataram problemas relacionados às DST segundo a pessoa que procuraram para tratamento e o estrato populacional. Brasil, 2000.				
Estrato	Ninguém	Amigo	Médico/UBS	farmácia
Munic. até 50.000 hab	31,3	9,3	34,4	5,3
Munic. 50.001 2.000.000 hab	31,0	7,3	35,3	4,5
Munic. + de 2.000.000 hab	32,9	8,7	31,7	2,6
Capitais	30,5	7,8	36,0	4,2
Total	31,3	8,5	34,6	4,5

VOLTAR

Fonte: PN-DST/AIDS/SVS/MS

Distribuição anual da realização do VDRL em maternidades.
Brasil, setembro de 2005.



*até junho de 2005
Fonte: SIH/DATASUS

VOLTAR

Avanços e desafios - 25 anos de epidemia no Brasil

A prevenção exige abordagens multidisciplinares e enfoques integradores

- Plano de ação e metas
- Mudança de paradigma

Campanhas de Prevenção

O alcance da resposta brasileira à da epidemia do HIV/ aids é inquestionável. A prevenção tem contribuído para a redução de novas infecções e isso pode ser confirmado por diferentes indicadores. Na metade da década dos 80, o uso do preservativo na última relação sexual entre jovens na faixa etária entre 15 e 24 anos era de 6,5% (Demographic Health Survey - DHS, 1986). Hoje, o cenário é outro: 57,3% dos jovens entre 15 e 24 reportam-se ao uso do preservativo na última relação sexual, segundo a PCAP, 2004. Outro dado importante é que 74,1% fazem uso do preservativo em relações eventuais.

Há avanços importantes em relação ao acesso da população ao teste anti-HIV. Em 2000, foram realizados cerca de três milhões testes, e em 2003, foram realizados quatro milhões, no âmbito do SUS (DATASUS).

A implementação do teste rápido na atenção básica para populações residentes em áreas de difícil acesso é, sem dúvida, uma medida estratégica para o controle da epidemia. O Brasil ainda está muito aquém de países que se encontram no mesmo estágio de desenvolvimento, mas é crescente a procura dos serviços de saúde para realização do teste. O aumento de cobertura está condicionado à oferta de tecnologia do teste rápido para a população a preços que sejam acessíveis ao sistema de saúde. Nesse sentido, o Programa Brasileiro de DST e Aids vem apoiando, de forma intensa, o desenvolvimento nacional, que visa a suprir a demanda interna do país nessa área.

Por outro lado, são evidentes os problemas de cobertura e de qualidade da atenção nas regiões Norte e Nordeste, onde as altas taxas de mortalidade e as dificuldades relacionadas ao acesso ao tratamento nos fazem recuar no tempo. A imagem da epidemia nessas regiões se assemelha à fase vivenciada na

1 2 3

Avanços e desafios - 25 anos de epidemia no Brasil

A prevenção exige abordagens multidisciplinares e enfoques integradores

- Plano de ação e metas
- Mudança de paradigma

década de 80 com todas as suas mazelas: estigma, preconceito, falta de assistência, abandono e baixa mobilização social.

O Programa Brasileiro iniciou uma estratégia que visa a fortalecer a capacidade de resposta dos estados e dos municípios dessas regiões, apoiando iniciativas para qualificação das ações de prevenção e gestão do sistema de saúde. Essas iniciativas serão implementadas no decorrer de 2005/2006 e têm como meta melhorar os indicadores em todas as áreas - em particular, em relação à transmissão vertical do HIV e da sífilis -, e aprimorar a intervenção com grupos populacionais específicos mais vulneráveis.

A tendência de estabilização da epidemia só foi possível graças à estratégia de integrar prevenção e assistência, contar com a participação direta da sociedade civil, principalmente, das organizações de PVHA. Essa combinação de interesse público, movimentos sociais e intervenção precoce resultaram em ganhos significativos em todos os níveis.

Essa vantagem comparativa, no entanto, requer ainda aprimoramento e qualificação para que os coordenadores de programas possam responder às novas tendências da epidemia e assegurar sustentabilidade das ações para as populações mais vulneráveis. Alguns desafios ainda estão para ser equacionados à luz do desenvolvimento do campo de práticas da prevenção:

- Preparação dos coordenadores locais para qualificação das ações de prevenção a partir de enfoque que valorize uma abordagem preditiva e estratégica das tendências atuais em relação ao processo de tomada de decisões;

- Definição de estratégias de prevenção para abordagem das DST no espaço de atuação da atenção básica e promoção de parcerias que garantam a ampliação dessas ações para outros segmentos mais vulneráveis, mediante articulação com organizações da sociedade civil e setor privado;

Avanços e desafios - 25 anos de epidemia no Brasil

A prevenção exige abordagens multidisciplinares e enfoques integradores

- Plano de ação e metas
- Mudança de paradigma

- Ampliação do acesso da população ao teste anti-HIV e garantia de ações voltadas para o controle da transmissão vertical, a partir das ações articuladas junto à atenção básica;
- Prevenção positiva dirigida às demandas das PVHA, dentro de um enfoque que valorize a participação direta dessas pessoas na elaboração das políticas públicas de DST e aids.

Avanços e desafios - 25 anos de epidemia no Brasil

A prevenção exige abordagens multidisciplinares e enfoques integradores

- Plano de ação e metas
- Mudança de paradigma

Plano de ação e metas

Atendo-se aos desafios, nos anos de 2005 e 2006, o Plano de Ações e Metas (PAM) tem por objetivo servir de guia para o planejamento das ações de prevenção nas três esferas de governo, assim como orientar as ações das organizações da sociedade civil que participam na elaboração das políticas do Programa Brasileiro de DST e Aids.

Para a elaboração de respostas eficazes e sustentáveis de promoção e prevenção, com interfaces necessárias e programáveis que possam ser formadas entre as instâncias governamentais gestoras e prestadoras de serviços de saúde, é necessário considerar a relação entre o SUS e a sociedade civil para:

- a)** Formulação de políticas públicas de promoção e prevenção às DST/HIV/aids para a população em geral e segmentos populacionais específicos e mais vulneráveis que, efetivamente, apostem na integralidade das ações sem dissociar a prevenção da assistência;
- b)** Identificação dos atores que devam assumir um papel protagonista, visando ao enfrentamento da epidemia em uma perspectiva intersetorial;
- c)** Implantação de sistema de monitoramento do desenvolvimento descentralizado das ações de promoção e prevenção em DST/HIV/aids junto aos gestores locais e às organizações da sociedade civil, inclusive para a aquisição, distribuição e logística de insumos estratégicos para prevenção.
- d)** Implantação de mecanismos para garantir o nível necessário e a continuidade de investimentos na saúde pública e o controle social desses investimentos (pactuação entre os níveis federal, estadual e municipal, incentivos e repasses fundo a fundo, parcerias com o setor privado etc.).

Avanços e desafios - 25 anos de epidemia no Brasil

A prevenção exige abordagens multidisciplinares e enfoques integradores

- Plano de ação e metas
- Mudança de paradigma

Mudança de paradigma

Durante muitos anos o campo de prática da prevenção assumiu como orientação de suas ações uma abordagem centrada na mudança de comportamento. Incorporava a noção de risco aplicada ao comportamento, o que reduzia sua capacidade explicativa para eventos complexos, como os que se apresentavam no diagnóstico e tendências da epidemia. A abordagem do “comportamento de risco” gerava controvérsias e criava margem para interpretações equivocadas sobre a situação de grupos populacionais específicos frente à epidemia. Ocorreu, portanto, uma distorção no uso e aplicabilidade da abordagem do conceito de risco, útil para o campo da epidemiologia e frágil nos contextos e determinantes sociais da epidemia de DST/aids.

A impossibilidade de compreender a intersubjetividade e os contextos estruturantes desse processo trouxe para o campo de prática da prevenção a necessidade de uma nova abordagem conceitual. Essa abordagem, com base nos princípios de direitos humanos, de mobilização social e de vulnerabilidade (individual, social e programática), foi incorporada após a construção do projeto Previna (89-90), que se constituiu em referência para o campo de práticas da prevenção até a assinatura do Aids I(93/94) e Aids II(98/99), quando então se abre o debate sobre a utilização do conceito de vulnerabilidade e violência estrutural resultante da inter-relação entre os aspectos individuais, sociais, culturais e políticos na contextualização necessária ao desenho de estratégias e práticas de prevenção às DST/ HIV/aids.

O conceito de vulnerabilidade foi utilizado e aplicado por Jonathan Mann na década de 90, para entender os aspectos relativos à promoção, à prevenção e aos direitos humanos

Avanços e desafios - 25 anos de epidemia no Brasil

A prevenção exige abordagens multidisciplinares e enfoques integradores

- Plano de ação e metas
- Mudança de paradigma

das pessoas que vivem com HIV/aids. Utilizou a definição que a advocacia internacional pelos direitos humanos dá para as pessoas vulneráveis: grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania. Sua aplicação em relação à aids foi analisada a partir de três dimensões: social, político-institucional e comportamental de pessoas, grupos populacionais ou mesmo países. Portanto, segundo Mann, a vulnerabilidade pode ser dimensionada em suas características individuais, programáticas e sociais.

Observa-se, no entanto, que sua aplicação ao campo de prática da prevenção tem gerado muitas divergências, pois, em geral, confunde-se o uso que a epidemiologia faz do conceito de risco e do conceito de vulnerabilidade. Na realidade, os dois conceitos devem se constituir em objeto de referência para os profissionais que atuam na área de prevenção, evitando-se o reducionismo das abordagens exclusivamente comportamentalista e, por outro lado, os determinismos de ordem econômico-social do estado de saúde da população em geral ou de grupos populacionais específicos. É preciso encarar a epidemia das DST/aids como um fenômeno complexo e, para isso, exige-se abordagens multidisciplinares e enfoques integradores.

Retrato do Brasil no Centro-sul do País

Mato Grosso do Sul trabalha a auto-estima como ferramenta de prevenção

- Visitas e consultas
- Resultados

Em seus 358.158 quilômetros quadrados, o estado do Mato Grosso do Sul, localizado na região Centro-Oeste, reúne várias características que determinam contextos de vulnerabilidade. Entre as mais importantes, destacam-se a circulação de drogas, como cocaína e pasta base, a grande concentração da população indígena, assentamentos e acampamentos rurais, o tráfego de caminhões, os 337 quilômetros de fronteiras com Paraguai e Bolívia e o turismo de pesca. Juntos, esses fatores fazem com que o estado seja apontado como um dos mais vulneráveis à aids.

Desde 1984, o Mato Grosso do Sul já notificou 4.187 casos da doença. O número põe o estado em 13º lugar na lista das unidades da federação com mais casos registrados. Se for considerada a taxa de incidência, o Mato Grosso do Sul ocupa a 10ª posição, com 19,5 casos a cada grupo de 100 mil habitantes. No entanto, ações de prevenção e combate à epidemia, intensificadas pelos governos estadual e federal e pelas organizações da sociedade civil, ao longo dos últimos dez anos, têm contribuído para reduzir os efeitos da vulnerabilidade dos habitantes do estado.

Um exemplo disso é a cidade de Corumbá, com 100 mil habitantes, às margens do rio Paraguai, na fronteira com a Bolívia. O município viu surgir, em julho de 2003, o projeto Encontros, voltado para Profissionais do Sexo (PS). Uma das principais metas da iniciativa é contribuir para implantar ações de prevenção, diagnóstico e assistência, em parceria com o Programa Municipal de DST e Aids.

O Encontros nasceu de uma parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde, a Rede Brasileira de Prostitutas, o Population Council, a Pathfinder do Brasil e os Programas Nacional e Estadual de DST e Aids. O projeto tem três objetivos principais: mobilização social, desenvolvimento de tecnologias de prevenção e pesquisa científica.

1 2 3 4

Retrato do Brasil no Centro-sul do País

Mato Grosso do Sul trabalha a auto-estima como ferramenta de prevenção

- Visitas e consultas
- Resultados

O projeto ainda está em andamento, mas já mudou a vida dos profissionais do sexo que atuam em Corumbá, distante 396 quilômetros da capital Campo Grande. De acordo com a equipe técnica do projeto, a maioria dos participantes nunca tinha feito exames para detecção de DST e usava o preservativo esporadicamente. Depois da implantação do projeto, eles passaram a freqüentar postos de saúde do município e a usar camisinha com freqüência. Hoje, participam do projeto 420 profissionais do sexo. Desse total, 91% são mulheres, 5% homens e 4% travestis – todos com idades entre 18 e 57 anos.

A promoção da auto-estima dos profissionais do sexo é estimulada por meio de oficinas de moda, velas, sabonetes, objetos de pelúcia e flores de tecido. Há também a participação em eventos culturais e de mobilização da comunidade para a questão da prevenção e dos direitos humanos, como Dia da Não-Violência Contra a Mulher, Dia Mundial de Luta contra a Aids e a Parada do Orgulho Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros (GLBT).

O projeto também reuniu um grupo de profissionais do sexo para a realização do “Cine Encontros”, já que no município não existe cinema. A proposta vem reunindo profissionais do sexo e da saúde, artistas, universitários e a comunidade em geral para assistir a filmes e refletir sobre temáticas no campo da sexualidade e dos direitos humanos.

A oficina de moda vem proporcionando a união e a organização das profissionais do sexo. Na primeira experiência, em julho de 2004, sete mulheres se revezaram durante quatro dias para produzir 12 peças de roupa, com tecidos e aviamentos doados pela comunidade. A máquina de costura já existia na casa de Ivana, 35 anos, profissional do sexo desde os 15, e uma espécie de líder entre as mulheres que vivem do sexo.

1 2 3 4

Retrato do Brasil no Centro-sul do País

Mato Grosso do Sul trabalha a auto-estima como ferramenta de prevenção

- Visitas e consultas
- Resultados

A experiência teve tanto êxito que o grupo comprou uma outra máquina para fazer o acabamento das roupas. Hoje, elas trabalham na sala da casa de Ivana, no bairro Cervejaria, entre babados, franzidos, retalhos de pano e muita conversa. Em cima de uma mesa, amontoam-se pedaços de tecido, carretéis de linha, roupas montadas apenas com alfinetes à espera da costura final. Em outro móvel estão régua, moldes de papelão, tesouras e fitas métricas, tudo comprado com o dinheiro delas próprias.

O grupo já prepara a quarta coleção de moda produzida pela oficina. A segunda foi de lingerie, com sensuais conjuntos de calcinha e sutiã, robes, camisolas e pijamas. A terceira foi de roupas com materiais reciclados. Aí a imaginação se soltou e elas descobriram que eram mais que costureiras. Eram designers de moda também e passaram a fabricar bolsas de saco de lixo, saia e blusa de tampinhas de garrafa e vestidos de garrafa descartável, de preservativos reprovados em testes de qualidade e de folhas de árvores típicas do Pantanal. Todas as coleções foram apresentadas nos desfiles que acontecem nos eventos culturais do projeto. O grupo da oficina de moda expõe as peças no stand do projeto nos festivais da América do Sul e na feira permanente de artesanato do Pantanal.

As oficinas contam com boa adesão da comunidade e foram planejadas para serem dispositivos de promoção da integração do grupo, do fortalecimento da auto-estima, da reflexão sobre cidadania e direitos humanos. Os facilitadores das oficinas têm o papel fundamental de trazer para o grupo as discussões sobre uso do preservativo, acesso aos serviços de ação social, educação e saúde, promover a troca de habilidades para lidar com situações de violência e de resistência ao uso do preservativo por parte dos clientes.

1 2 3 4

Retrato do Brasil no Centro-sul do País

Mato Grosso do Sul trabalha a auto-estima como ferramenta de prevenção

- Visitas e consultas
- Resultados

De acordo com Adriana Pinho, coordenadora do Encontros, as oficinas não funcionam como cursos profissionalizantes. “Até porque as mulheres já têm como sustentar suas famílias. As oficinas servem para fortalecer o senso de organização do grupo”.

Kelly Guerra, 32 anos, que trabalha como multiplicadora de informações entre as profissionais do sexo, diz que, nas oficinas, as mulheres conversam sobre os assuntos relacionados à profissão e discutem questões como prevenção, saúde, cidadania e direitos humanos. “Elas aprenderam a se unir e a se livrar do estigma e do preconceito”.

Os trabalhos de campo do projeto Encontros são realizados em bares, em boates, nas ruas da cidade e em postos de gasolina na beira das estradas. Nesses lugares, acontecem reuniões e distribuição de preservativo e material educativo. Em uma das boates trabalha Gerson, integrante do projeto e profissional do sexo.

Com 34 anos, diz que nunca havia contraído uma DST, mas usava a camisinha de forma irregular. Até que pegou gonorréia e começou a se preocupar mais com sua saúde. “Foi um vacilo meu. Hoje, minhas regras são claras: sou ativo e sem camisinha de jeito nenhum”.

Luísa, 18 anos, profissional do sexo desde os 16, está no projeto desde abril de 2004. Foi parar no SAE de Corumbá porque estava sentindo “umas coisas estranhas” na vagina. Era sífilis. “Hoje, estou curada e não abro mão do preservativo”.

Retrato do Brasil no Centro-sul do País

Mato Grosso do Sul trabalha a auto-estima como ferramenta de prevenção

- Visitas e consultas
- Resultados

Visitas e consultas

O público-alvo do projeto Encontros, além de participar dos eventos culturais e das oficinas, também faz visitas mensais ao SAE de Corumbá. O Projeto funciona no mesmo local, em duas salas. As atividades são desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar, formada por psicólogas, educadora, médica, auxiliar de enfermagem, técnica de laboratório e multiplicadores de informação (profissionais e ex-profissionais do sexo).

A equipe foi capacitada em elementos básicos de epidemiologia; ética em pesquisa; a profissão no âmbito da cidadania e dos direitos humanos; aconselhamento em DST/aids; educação de pares e, toda semana realiza reuniões para promover a integração do grupo, planejar as atividades de mobilização e a organização dos serviços. O projeto também tem atividades de supervisão e formação continuada.

Na primeira fase, a do aconselhamento, o participante é convidado a participar do estudo. Nessa etapa, é discutido o uso do preservativo, o acesso aos serviços de saúde e a relação com clientes. Se houver necessidade, o participante é encaminhado para a consulta médica e coleta de sangue e urina para exames de sífilis, gonorréia e clamídia. Os participantes são orientados a procurar a equipe do SAE para realizar exame HIV. O projeto também oferece vacinas anti-hepatite B.

Retrato do Brasil no Centro-sul do País

Mato Grosso do Sul trabalha a auto-estima como ferramenta de prevenção

- Visitas e consultas
- Resultados

Resultados

Fortalecimento de Redes

Os resultados das atividades de mobilização, pesquisa e dos serviços oferecidos demonstram o quanto o projeto tem contribuído para redução do estigma, para a integração dos profissionais do sexo que trabalham no município e para o aumento do acesso aos serviços de saúde sexual e saúde reprodutiva.

A análise dos dados preliminares demonstra que 70,3% dos voluntários não haviam participado de nenhuma atividade educativa sobre DST/HIV/aids nos três meses anteriores ao projeto.

Uma dos objetivos do projeto é de avaliar a eficácia da intervenção realizada por meio de dois critérios: o aumento do uso consistente do preservativo e a diminuição da incidência de gonorréia, sífilis, tricomoníase e infecção por clamídia nesta população. Os dados preliminares demonstram que a combinação de estratégias trouxe um resultado positivo: a prevalência de clamídia caiu de 14,7% para 5,2% entre a primeira e a última consulta e gonorréia de 4,4% para 2,6%.

Quanto ao acesso à vacina anti-hepatite B os resultados demonstram que 87,6% dos voluntários iniciaram esquema de vacinação, sendo que destes, 60,6% completaram até a terceira dose.

A parceria com o Programa Estadual de DST e Aids tem garantido a distribuição de 6.000 preservativos por mês em bares, boates, rua, festas e serviços de saúde.

A cada três meses os participantes do projeto puderam opinar em grupos focais de avaliação dos serviços oferecidos e das atividades de mobilização social e sugerir novas atividades, com os resultados dos grupos a equipe teve subsídios para qualificar as atividades e desenvolver novas abordagens em prevenção das DST/aids.

Na opinião dos participantes as atividades do projeto, além de atingir a comunidade de profissionais do sexo também começou a sensibilizar a população em geral:

1 2

Retrato do Brasil no Centro-sul do País

Mato Grosso do Sul trabalha a auto-estima como ferramenta de prevenção

- Visitas e consultas
- Resultados

“Eu percebi uma coisa na última festa rosa choque que teve de aceitação das pessoas de fora, acho que tem estímulo com a comunidade.”

“A pessoa passou a dar mais valor depois desse projeto, passou a dar mais valor à camisinha, dar mais valor para os profissionais do sexo... Passou a valorizar, depois desse projeto, as profissionais do sexo.”

Os temas discutidos nas oficinas e nas atividades de educação de pares estimularam o grupo a fundarem uma ONG de luta pelos direitos das Profissionais do Sexo, hoje a organização não-governamental DASSC conta com o apoio da Rede Brasileira de Prostitutas e está realizando seu planejamento estratégico para 2006.

Segundo a diretora do SAE, Paula Oliveira, o grande desafio em Corumbá é dar continuidade às ações de prevenção. “Temos de fazer prevenção não com o foco na informação, mas na mudança de comportamento da população, principalmente os jovens e as mulheres”. A coordenadora de DST e Aids do Mato Grosso do Sul, Vera Lúcia Ramos, reconhece as especificidades da região e acrescenta dois ingredientes de preocupação na complicada receita de combate à epidemia no Mato Grosso do Sul: aldeias indígenas e populações assentadas e acampadas.

Com 45 mil indivíduos, o estado tem a segunda maior população indígena do país, atrás apenas do Amazonas. “Eles são considerados como população vulnerável por conta da proximidade cada vez maior das cidades, onde consomem álcool e outras drogas e praticam sexo sem proteção”, explica Vera Lúcia. A mesma explicação vale para as 37 mil pessoas que vivem em assentamentos e acampamentos rurais. “Queremos incluir, no próximo PAM, ações de prevenção e assistência para essas populações específicas”.

A pedido, os nomes de alguns dos profissionais do sexo foram trocados.

Retrato do Brasil no Centro-sul do País

Mato Grosso do Sul trabalha a auto-estima como ferramenta de prevenção

- Visitas e consultas
- Resultados

A EXPERIÊNCIA DOS PROJETOS SOMOS E TULIPA

As redes de luta contra a aids desempenham papel de destaque, aglutinando e potencializando as múltiplas ações desenvolvidas. O incentivo ao ativismo entre diferentes segmentos populacionais vulneráveis não pode ser visto somente como busca de defesa dos direitos humanos a partir da luta social. Deve-se considerar, ainda, que esse estímulo também incorpore a inclusão efetiva dessas populações em uma sociedade democrática que, em razão de enorme desigualdade social agravada pela crise econômica, exclui cidadãos e cidadãs. Diante desse contexto, qualificar e fundamentar a atuação ativista com enfoque para liderança tornou-se uma necessidade desafiadora e muito gratificante, apesar das enormes dificuldades.

Nessa perspectiva, o **Projeto SOMOS**, dirigido a gays e outros HSH, é um dos exemplos de ações de prevenção entre uma população que ainda está muito exposta ao HIV. Sua filosofia é incentivar a liderança e o ativismo, a partir do fortalecimento institucional e do advocacy. Com base nessa estratégia, o projeto consegue multiplicar seus objetivos, extrapolando a prevenção da aids, e buscando a inserção social, a valorização do indivíduo com orientação homossexual e a defesa dos direitos humanos dessas pessoas.

Atualmente, o projeto está ampliando suas ações, priorizando o interior dos estados e buscando maior articulação e parceria com as coordenações estaduais e municipais de DST/aids. A Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Transgêneros (ABGLT), executora do projeto, vem atuando nas cinco regiões brasileiras.

As transgêneros são, de todas as minorias, as mais castigadas pela discriminação e violação sistemática dos direitos humanos.

Retrato do Brasil no Centro-sul do País

Mato Grosso do Sul trabalha a auto-estima como ferramenta de prevenção

- Visitas e consultas
- Resultados

O fortalecimento de lideranças para atuar no movimento e na prevenção a aids tem na educação um dos seus principais aportes. O Projeto Tulipa, nesse sentido, tem como objetivo capacitar organizações e lideranças das transgêneros para que elas sejam capazes de trabalhar na diminuição da vulnerabilidade individual e social ao HIV e outras DST. Isto só será possível com a promoção da cidadania plena e com o respeito pelos direitos humanos das transgêneros.

O Projeto Tulipa executado pela Articulação Nacional das Transgêneros (ANTRA), tal qual o Projeto SOMOS vem atuando nas áreas de:

- Fortalecimento das instituições de transgêneros, por meio de informações práticas como aspectos legais;
- condução de uma associação, liderança, oficinas e reuniões, captação de recursos etc;
- Promoção da cidadania e direitos humanos, sugerindo estratégias para a criação de climas favoráveis, desenvolvimento comunitário e advocacy.

Saúde e prevenção nas escolas: vencendo preconceitos

Projeto derruba tabus, desperta a consciência dos jovens e promove a transformação social

- Humanização e auto-estima
- Sexualidade na escola
- Engajamento dos alunos
- Fornecimento do preservativo

Trabalhar temáticas como DST/aids, gravidez na adolescência, cidadania, saúde sexual e reprodutiva não é novidade para muitas unidades escolares neste País. Diversas instituições brasileiras têm projetos na área há alguns anos, mas essa prática ainda tem sido feita de forma independente e dispersa.

Para que estas atividades se tornem ações contínuas e que o jovem se torne o protagonista das ações de prevenção, nosso maior desafio, no momento, é sensibilizar gestores para que as áreas da saúde e educação se tornem parceiras num trabalho conjunto, levando professores e profissionais de saúde a refletirem sobre a juventude e suas especificidades dentro da escola e nas unidades de saúde.

Desde 1995, os Ministério da Saúde e Educação vêm trabalhando conjuntamente por meio de projetos que levaram a professores e alunos propostas de trabalho que incluíam programas de televisão (Um Salto para o Futuro) e material educativo complementar.

No segundo semestre de 2003, foi iniciada a proposta do **Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas** com o objetivo de integrar, nas três esferas de governo, a saúde e a educação, por meio de ações educativas que possibilitem a adolescentes e jovens vivenciar processos individuais e coletivos de conhecimento, cuidado e autonomia visando a reduzir vulnerabilidades.

O projeto-piloto do Saúde e Prevenção nas Escolas começou em agosto de 2003 e foi realizado em 84 escolas de seis municípios brasileiros: Rio Branco e Xapuri (AC); São José do Rio Preto, Itaquaquecetuba e São Paulo (SP); e Curitiba (PR). Os objetivos eram contribuir para a redução da infecção pelo HIV e por outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), reduzir os índices de evasão escolar causados pela gravidez na adolescência e promover a educação preventiva.

Saúde e prevenção nas escolas: vencendo preconceitos

Projeto derruba tabus, desperta a consciência dos jovens e promove a transformação social

- Humanização e auto-estima
- Sexualidade na escola
- Engajamento dos alunos
- Fornecimento do preservativo

A inovação dessa proposta foi a oferta de preservativos para alunos de 13 a 24 anos, prevista para as escolas que estivessem sensibilizadas e articuladas com a comunidade para executarem essa atividade.

E nossos esforços continuam para que este Projeto seja institucionalizado e tenham sustentabilidade ao promovermos a inserção de diretrizes e estratégias voltadas para a saúde sexual e saúde reprodutiva e prevenção das DST/HIV/aids nos Projetos Político Pedagógicos das unidades escolares.

No Distrito Federal, duas escolas que já desenvolviam ações de educação sexual – o Centro Educacional 6 de Taguatinga (CE-6) e o Centro de Ensino Médio 3 do Gama (CEM-3) – aderiram ao projeto do governo federal, em setembro de 2004. Na escola de Taguatinga, o projeto de educação sexual existe desde 2001. Na do Gama, a prática existe desde 1996.

Os resultados já podem ser vistos. A soma do número médio de gravidezes precoces nas duas escolas caiu dez vezes – de 80 para 8 casos por ano. A redução é resultado de um trabalho de educação continuada desenvolvido nos últimos anos. Com a chegada do projeto Saúde e Prevenção nas Escolas, o governo brasileiro estabeleceu diretrizes, integrou ações e assumiu o tema como objeto de política pública. Para Domingas Cunha, coordenadora do projeto no CEM-3, a adesão ao projeto veio em boa hora. “O apoio do ministério nos fortalece”, comemora.

A iniciativa rendeu reconhecimento. Nos últimos dois anos, os dois colégios conquistaram o Prêmio de Incentivo à Prevenção das DST e Aids e ao Uso de Drogas, concedido pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). José Edílson Fonseca, diretor da escola de Taguatinga, resalta a necessidade de comprometimento com a ação. “Se o projeto não fosse feito de forma responsável, poderia gerar um problema”.

Saúde e prevenção nas escolas: vencendo preconceitos

Projeto derruba tabus, desperta a consciência dos jovens e promove a transformação social

- Humanização e auto-estima
- Sexualidade na escola
- Engajamento dos alunos
- Fornecimento do preservativo

O comprometimento com o assunto acaba se refletindo na formação dos professores. Os coordenadores do projeto têm a visão de que a abordagem da sexualidade implica compreensão do indivíduo em sua totalidade. “Houve receio [dos professores] de como a sexualidade seria abordada. Mas com o passar do tempo, o trabalho foi ganhando respeito. Os professores descobriram que, para trabalhar a sexualidade, é necessário primeiro focar a pessoa”, defende Sandra Freitas, coordenadora do projeto no CE-6. “Nosso objetivo não é só falar de sexo seguro, mas também de preconceito, de relações afetivas, de sentimentos”, diz Domingas Cunha.

Saúde e prevenção nas escolas: vencendo preconceitos

Projeto derruba tabus, desperta a consciência dos jovens e promove a transformação social

- Humanização e auto-estima
- Sexualidade na escola
- Engajamento dos alunos
- Fornecimento do preservativo

Humanização e auto-estima

Um ponto comum entre o CE-6 e o CEM-3 é a percepção de que o trabalho humanizou as relações nas duas instituições. Maria Vieira, professora de geografia e assistente do Saúde e Prevenção nas Escolas no colégio do Gama, acredita que todo professor que trabalha com o projeto sofre uma transformação. “A gente passa a ver o aluno como pessoa, com suas dificuldades e conflitos”, reconhece.

Essa humanização também é percebida nas relações entre os alunos. “Até o meu relacionamento com as outras pessoas melhorou, porque a gente tende a ver as coisas de uma outra forma”, explica Tayra Carneiro, 17 anos, estudante do 2º ano do Ensino Médio do CEM-3.

Saúde e prevenção nas escolas: vencendo preconceitos

Projeto derruba tabus, desperta a consciência dos jovens e promove a transformação social

- Humanização e auto-estima
- Sexualidade na escola
- Engajamento dos alunos
- Fornecimento do preservativo

Sexualidade na escola

No Centro Educacional 6 de Taguatinga, os temas sexualidade e prevenção das DST e aids fazem parte da grade horária. As aulas são ministradas duas vezes por semana para o 1º ano e uma vez por semana para os 2º e 3º anos do Ensino Médio. Além disso, os funcionários e a família passam por um processo de sensibilização para a construção equilibrada do conceito de sexualidade e de um estilo de vida mais saudável. Os conhecimentos são repassados aos jovens por meio de músicas, campanhas, jornais e peças de teatro, entre outras atividades. “O bom é a diversidade”, avalia Priscila Antunes, 17 anos, estudante do 3º ano.

No Centro de Ensino Médio 3 do Gama, o trabalho é feito de forma progressiva e interdisciplinar. No 1º ano, aborda-se a desmistificação da sexualidade. No 2º, é a vez da compreensão do tema. E no 3º, enfoca-se a ampliação e a interação de conceitos, produzindo mudanças nas relações interpessoais. Para todas as turmas as aulas são semanais. “Dentro de casa e na religião [o sexo] ainda é um tabu. E na rua a informação não é passada de forma correta. Aqui [na escola] tenho total liberdade para tirar minhas dúvidas”, conta Raul Oliveira, que tem 16 anos e cursa o 2º ano.

Saúde e prevenção nas escolas: vencendo preconceitos

Projeto derruba tabus, desperta a consciência dos jovens e promove a transformação social

- Humanização e auto-estima
- Sexualidade na escola
- Engajamento dos alunos
- Fornecimento do preservativo

Engajamento dos alunos

O projeto é muito bem aceito pelos jovens. No colégio de Taguatinga, aproximadamente 900 estudantes participam de alguma atividade. No início de cada ano, os professores selecionam estudantes que querem participar das ações. Os jovens escolhidos fazem curso de capacitação para se tornarem capazes de repassar o conhecimento adquirido sobre sexualidade.

A idéia é que cada multiplicador sensibilize os colegas da turma – e até mesmo da comunidade e da família – para entenderem o verdadeiro sentido da prevenção. Mayara Ferreira, 16 anos, que cursa o 2º ano, reconhece sua função no processo. “Algumas pessoas têm vergonha de perguntar à professora, mas têm coragem de conversar comigo, que sou aluna, tenho a mesma idade e passo pelos mesmos conflitos”, conta.

Saúde e prevenção nas escolas: vencendo preconceitos

Projeto derruba tabus, desperta a consciência dos jovens e promove a transformação social

- Humanização e auto-estima
- Sexualidade na escola
- Engajamento dos alunos
- Fornecimento do preservativo

Fornecimento do preservativo

A oferta do preservativo é sempre aliada a uma abordagem educativa. Segundo a professora Domingas Cunha, é melhor que a camisinha esteja ao alcance do aluno na escola do que fora dela, pois o distanciamento pode gerar dúvidas e constrangimentos. Para o estudante Raul Oliveira, as maiores vantagens da iniciativa são a comodidade e a facilidade de acesso ao preservativo. “Muitas vezes o jovem não tem dinheiro ou não quer ir a um posto de saúde pegar [o preservativo]”. A professora Maria Vieira ressalta que o objetivo do projeto não é estimular a prática sexual e, sim, conscientizar os jovens. “A decisão é de cada um, mas com uma diferença: a bagagem que se tem na hora da escolha”.

Os pais dos alunos aprovam e incentivam o projeto de educação sexual nas escolas. “Nunca tivemos reclamação. Eles [os pais] até agradecem porque têm medo de falar com os filhos sobre o assunto”, relata Domingas. A estudante Tayra Carneiro conta que seus pais são bem conservadores e deixam claro que não querem que ela tenha relação sexual tão cedo, mas mesmo assim são favoráveis ao projeto. “Quando for acontecer, eles querem que seja da maneira correta”, diz.

Por trás de todo o trabalho exitoso do DF, existe uma equipe que vem atuando para que esse projeto tenha uma continuidade e que vem dando respaldo para esse sucesso. São profissionais das áreas de saúde e educação, e o que os une é o trabalho com o jovem e facilitadores desse processo: professores, profissionais de saúde, pais e comunidade.

Saúde e prevenção nas escolas: vencendo preconceitos

Projeto derruba tabus, desperta a consciência dos jovens e promove a transformação social

- Humanização e auto-estima
- Sexualidade na escola
- Engajamento dos alunos
- Fornecimento do preservativo

Levantamento nacional sobre prevenção de DST/Aids e uso indevido de drogas em escolas (Ministério da Saúde/2000) – Série Avaliação nº 3

- 2.186 escolas selecionadas.
- 69,8% das escolas desenvolvem atividades em DST/aids e drogas.
- 92,8 % das escolas tratam do assunto nas aulas expositivas.
- 49,2 % das escolas fazem demonstração de como se usa o preservativo.

Avaliação das ações de prevenção às DST/aids e uso indevido de drogas nas escolas do ensino fundamental e Médio em capitais brasileiras (Unesco e Ministério da Saúde/2001)

- 16.619 alunos, 3.055 professores e 4.532 pais de alunos entrevistados em 14 capitais.
- 75% dos professores de São Paulo (SP), 71% do Distrito Federal (DF) e 64% do Ceará (CE) dizem que o tema DST/aids faz parte do projeto político-pedagógico da escola.
- 69% dos estudantes entrevistados no CE, 60% no DF e 54% no RS consideram insuficientes as informações sobre saúde sexual e reprodutiva.
- 97% dos estudantes do DF, 96% de SP e 94% do RS indicaram formas corretas de prevenção às DST/aids.

QUADRO

1 2

Política de redução de danos diminui casos de aids no Brasil

Estratégia para atenção aos usuários de drogas contribui para o enfrentamento articulado da epidemia

O Ministério da Saúde passou a adotar, a partir de 1994, uma **estratégia destinada a promover a saúde dos usuários de drogas**, no contexto da prevenção às doenças sexualmente transmissíveis, incluindo a aids. Naquela época, aproximadamente 24% dos casos de aids estavam relacionados, direta ou indiretamente, ao uso de drogas injetáveis. Em 2003, o índice havia sido reduzido para algo em torno de 6%.

Implementada pelo Programa Brasileiro de DST e Aids, essa estratégia conta com o apoio e a parceria do Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime (UNODC), que se encontra comprometido com a luta mundial contra o HIV, apoiando os países na implementação de intervenções eficazes de prevenção, assistência e tratamento para reduzir a epidemia de aids associada a todas as formas de uso abusivo de drogas. São intervenções que protegem e preservam a saúde dos usuários de drogas, limitando, assim, a transmissão do HIV/aids por meio do compartilhamento de equipamentos injetáveis contaminados.

A parceria entre o Ministério da Saúde, o UNODC, com participação das coordenações estaduais e municipais de DST/aids e das organizações da sociedade civil que atuam junto a usuários de drogas, vem contribuindo para ampliar o acesso à informação e à disponibilidade de materiais para as ações de prevenção do HIV e outras enfermidades entre usuários de droga. Esses fatores foram e continuam sendo cruciais para evitar riscos causados pelo uso de drogas. Não representam, portanto, sob nenhuma hipótese, uma prática que implique no incentivo ao consumo dessas substâncias.

A ação do governo brasileiro é compatível com diferentes resoluções das Nações Unidas que orientam os países a adotarem um conjunto de serviços e intervenções que podem incluir, entre outros, educação sobre HIV, acesso a equipamento limpo para uso de droga injetável e outras drogas,

1 2 3 4 5

Política de redução de danos diminui casos de aids no Brasil

Estratégia para atenção aos usuários de drogas contribui para o enfrentamento articulado da epidemia

preservativos, material educativo, encaminhamento para tratamento de dependência química, teste e aconselhamento voluntário em HIV, e apoio psicossocial.

Cabe citar, por exemplo, a posição oficial da ONU sobre a prevenção do HIV entre usuários de drogas, aprovada pela sessão especial da Assembleia Geral de 2000 e referendada pela Comissão de Narcóticos em 2002. O documento recomenda a implementação de ações abrangentes de prevenção e assistência a essa população. Antes, em 1998, a Declaração de Princípios Orientadores da Redução da Demanda de Drogas, emanada de outra sessão especial da Assembleia Geral da ONU, estabeleceu que as atividades de prevenção às drogas devem cobrir desde o desestímulo ao uso inicial dessas substâncias até a “redução das consequências negativas sociais e de saúde do abuso de drogas para o indivíduo e a sociedade”.

Os resultados da estratégia brasileira podem ser medidos em números. No espaço de quase dez anos, diminuíram em 49% os casos de aids entre UDI. Em 1993, foram notificados 4.926 casos, considerando homens e mulheres. Em 2003, foram 1.871 casos de aids nessa população específica ([dados do Boletim Epidemiológico 2004](#)).

Hoje, o Brasil dispõe de 78 Centros de Atenção Psicossocial para tratamento de usuários de álcool e outras drogas. Prova de que é possível envolver os UDI em atividades de prevenção ao HIV, estimular a compreensão do tratamento do abuso do uso de drogas e ampliar o leque de serviços à disposição deles, sem desconsiderar outros meios de intervenção.

Estão preservados, portanto, os ditames constitucionais e os eixos básicos do SUS - os da equidade, da integralidade, da universalidade e o da inclusão social. Essas diretrizes, previstas na lei 8080/1990, que regulamentou o SUS, valem para todos os brasileiros, sem exceção. Nesse sentido, cabe destacar que

1 2 3 4 5

Política de redução de danos diminui casos de aids no Brasil

Estratégia para atenção aos usuários de drogas contribui para o enfrentamento articulado da epidemia

já existem no Brasil instrumentos legais que reconhecem e garantem o trabalho de prevenção à aids junto aos usuários de drogas, como forma de inclusão social dessas pessoas.

Todas essas conquistas só têm sido possíveis por causa da resposta articulada e realista que se desenvolveu no país contra a epidemia de aids. A prevenção da doença envolve um complexo conjunto de atividades, como a ampliação do acesso da população a informações, a promoção do diagnóstico, e a diminuição do estigma das pessoas que vivem com a doença. Um ponto em comum entre essas ações é a necessidade de elas terem um caráter continuado e complementar. Estratégias isoladas ou pontuais não são capazes de enfrentar esse que se tornou um dos maiores desafios em saúde pública dos últimos tempos.

Num país como o Brasil, onde há tantas e tão prementes necessidades, algumas ligadas até mesmo à garantia dos direitos fundamentais dos indivíduos, é particularmente desafiador imprimir às ações de controle da aids a integralidade e a permanência devidas. Questões políticas e estruturais ao longo dos 20 anos da epidemia no País marcaram a evolução da resposta do governo ao problema. Nesse sentido, foi fundamental a participação da sociedade civil, cuja mobilização resultou nos primeiros programas de DST/aids e na qual a experiência no enfrentamento da epidemia foi e é uma das principais forças para identificar ações inovadoras e mais eficazes. Um exemplo dessa articulação é a publicação da portaria 1.028, de julho de 2005, que aponta as diretrizes para a Redução de Danos como uma política do Ministério da Saúde.

A consolidação de um programa nacional de controle da epidemia, a partir dos anos 90, tornou possível a institucionalização da experiência no campo da Redução de Danos. Isso possibilitou ampliar as dimensões do controle e

1 2 3 4 5

Política de redução de danos diminui casos de aids no Brasil

Estratégia para atenção aos usuários de drogas contribui para o enfrentamento articulado da epidemia

criar uma política nacional coerente com as características da epidemia no Brasil, tornando o enfrentamento da aids uma prioridade de saúde pública e uma política de Estado.

O sucesso da resposta brasileira se deve a uma conjunção de fatores, incluindo a oferta gratuita de anti-retrovirais e outros medicamentos a 100% dos pacientes de aids e infectados pelo HIV com indicação terapêutica registrados no País. Também contribuíram para o sucesso do Programa a ampliação do acesso ao preservativo e a outros insumos de prevenção, a participação articulada de diversos atores sociais e políticos e a implantação de atividades coordenadas com todos os setores envolvidos no enfrentamento da epidemia. A resposta do Brasil caracteriza-se pela articulação governamental precoce; por uma abordagem abrangente e balanceada de prevenção e tratamento, com a inclusão da perspectiva de direitos humanos em todas as estratégias; e pela intensa mobilização da sociedade civil organizada.

Nesse contexto, prevenir a transmissão do vírus da aids entre usuários de drogas é uma das faces dessa política, cujas estratégias evoluíram ao longo do tempo. Num momento inicial, era preciso identificar o problema e apropriar-se de conhecimento acumulado por meio de iniciativas pioneiras. Em se tratando do uso injetável, a principal via de infecção por HIV entre usuários de drogas, fatores como repressão e marginalização dificultavam as ações preventivas.

O sentimento de urgência que norteava as estratégias de enfrentamento da epidemia também marcava as iniciativas nesse campo. As questões associadas ao uso de drogas eram tantas que os técnicos, muitas vezes, confessavam sua impotência diante do problema. Vários deles, inclusive, enfrentaram a Justiça, que freqüentemente questionava as ações preventivas direcionadas àquela população.

O grupo dos usuários de drogas que é alvo das atividades

1 2 3 4 5

Política de redução de danos diminui casos de aids no Brasil

Estratégia para atenção aos usuários de drogas contribui para o enfrentamento articulado da epidemia

de prevenção, na sua grande maioria, é formado por pessoas com baixa escolaridade e sem vínculo familiar ou social. Muitos têm histórico de conflito com a Justiça e vivem abaixo da linha de pobreza, sem nenhum acesso a serviços sociais ou de saúde. Não é exagero dizer que esses indivíduos perderam a identidade de cidadãos.

O aprendizado sobre abordagens mais eficazes resultou na implantação de ações consistentes de prevenção para esse segmento. Em termos institucionais, o desafio enfrentado pelo Programa Brasileiro de DST e Aids, em parceria com o UNODC, foi mostrar à sociedade que, diante das vulnerabilidades às quais esse grupo está sujeito, era preciso adotar estratégias realistas e específicas, capazes de reduzir os riscos associados ao uso de drogas. Paralelamente a isso, foi preciso capacitar os profissionais de saúde para as especificidades do grupo, assim como sensibilizar gestores em saúde e sociedade para a seriedade e a necessidade dessas ações. Nesse sentido, progressivamente tem se investido na preparação da rede pública de saúde para incorporação da Redução de Danos em seu campo de atuação.

O trabalho com populações mais vulneráveis mudou o paradigma de prevenção em relação a usuários de drogas. Uma iniciativa que exigiu coragem e comprometimento foi a introdução de um olhar mais inclusivo em um modelo assistencialista, gerando resultados concretos respaldados pelos direitos humanos. O foco sobre o uso da droga foi deslocado para as consequências dessa prática, como a exclusão social. Talvez seja esse o maior mérito das ações de prevenção desenvolvidas no Brasil: a inclusão desses grupos na formulação de políticas públicas.



Forças Armadas reforçam a prevenção no interior do País

Parceria com Ministério da Saúde amplia uso do preservativo entre militares e leva informação a populações de difícil acesso

Historicamente, o Ministério da Saúde e as Forças Armadas brasileiras atuam conjuntamente no estabelecimento de estratégias de promoção à saúde e atenção às DST/HIV/aids.

A resposta às DST/aids nas Forças Armadas representa estrategicamente não só o aperfeiçoamento da cooperação entre os dois Ministérios para a atenção à saúde do contingente permanente e variável (com ênfase na temática da prevenção a uma maioria adolescente e adultos jovens), mas também a construção de ações conjuntas nas mais diversas regiões do País.

As Forças Armadas possuem uma importante rede de serviços de atenção à saúde (hospitalar, ambulatorial e laboratorial), distribuídas em todas as regiões brasileiras. Têm importante papel na atenção à saúde da população como, por exemplo, na região Norte (junto às comunidades indígenas e populações ribeirinhas), nas regiões de fronteira e em outras regiões de difícil acesso. Essa rede atende pessoas que vivem com HIV/aids principalmente nos seus hospitais gerais e hospitais de guarnição.

O contingente de militares é de cerca de 310 mil: 200 mil no Exército, 55 mil na Marinha e 55 mil na Força Aérea. Deste efetivo, 32% são oficiais e 68% são praças. Nesse último grupo, cerca de 92.500 são recrutas. As mulheres representam 6,2% do contingente total.

Nas Forças Armadas do Brasil, 70% do seu contingente são de militares com idade compreendida entre 20 e 39 anos, justamente aquela em que se encontram 67,5% dos casos de aids em homens notificados até 2003 e 67,2% dos casos em ambos os sexos.

A realização de estudos sentinela junto aos conscritos do exército, realizados pelo Ministério da Saúde desde 1996, tem sido um importante instrumento para conhecimento sobre a

1 2 3 4

Forças Armadas reforçam a prevenção no interior do País

Parceria com Ministério da Saúde amplia uso do preservativo entre militares e leva informação a populações de difícil acesso

prevalência do HIV/aids, sífilis e hepatites virais entre homens jovens, fornecendo também preciosas informações sobre o conhecimento desse segmento populacional sobre a epidemia, seu comportamento sexual e uso de drogas.

Em resposta à demanda específica de trabalhos direcionados às Forças Armadas, está a estruturação do **I Curso de Capacitação em DST/aids para Profissionais de Saúde das Forças Armadas**. Essa capacitação, além da formação específica e atualização dos profissionais, tem como objetivo estruturar o Núcleo Internacional para Capacitação de Profissionais de Saúde, constituindo-se como Pólo de Referência para países da América Latina, Caribe e África. O trabalho conjunto das equipes Sociedade Civil e Direitos Humanos (SCDH) do Programa Brasileiro, junto a representantes do Exército, Marinha e Aeronáutica é inédito e pretende desenvolver estratégias e metodologias para trabalhos em DST/aids, abrangendo recrutas, soldados e oficiais do Brasil e de outros países.

Comparando-se os dados de todas as pesquisas, o percentual de uso regular de preservativo cresceu substancialmente, de 38%, em 1997, para 46-50%, no período 1999-2002.

No último ano, evidenciam-se melhoras adicionais como o aumento do uso de preservativo com parcerias pagas (profissionais do sexo) e a diminuição concreta do tamanho do grupo de UDI.

Há também melhora no ICSR, que decresceu de 0,95, em 2000, para 0,88, em 2002. Todavia, os resultados indicam ainda valores do ICSR diferenciados por grau de escolaridade, com melhoras relativamente pequenas no grupo de menor nível de instrução, no período 1999-2002. Por outro lado, é importante notar que os subgrupos populacionais HSH e UDI, que têm índices muito elevados, apresentam as reduções mais significativas nestes três últimos anos.

TABELA

1 2 3 4

Forças Armadas reforçam a prevenção no interior do País

Parceria com Ministério da Saúde amplia uso do preservativo entre militares e leva informação a populações de difícil acesso

As variáveis associadas, significativamente, à infecção pelo HIV foram: ter relações sexuais com outros homens (HSH); ocorrência de algum problema relacionado às DST; ter tido mais do que 10 parcerias na vida; ser residente na região Sul; e ter educação fundamental incompleta.

No sentido de fortalecer a parceria, em março de 2004, foi assinado um Protocolo de Intenções entre o Ministério da Saúde, o Ministério da Defesa e o Programa Conjunto das Nações Unidas para HIV/aids (UNAIDS) com o objetivo de fortalecer a cooperação para o desenvolvimento das ações de prevenção e controle das DST/aids nas Forças Armadas Brasileiras.

Para viabilizar os objetivos propostos para as ações, foram definidos pelo Ministério da Defesa nove eixos estratégicos de coordenação das ações, contemplando todo território nacional, baseados na confluência jurisdicional dos Distritos Navais (Comando da Marinha), Regiões Militares (Comando do Exército) e Comandos Aéreos Regionais (Comando da Aeronáutica) distribuídos em todo o Brasil.

Já foram formados 27 oficiais militares como gestores técnicos dos nove programas locais de prevenção às DST/HIV/aids das Forças Armadas, que estão sendo implantados no País. Esses gestores já formaram 400 soldados e cabos como educadores de pares para a prevenção das DST nas organizações militares.

Ao mesmo tempo, também é priorizada a qualificação dos profissionais de saúde que atuam nas Forças Armadas, ação fundamental para o diagnóstico, aconselhamento e tratamento em DST/HIV/aids dos militares e da população civil atendida por eles. Também foi iniciado, neste ano, o inquérito sobre o conhecimento, atitudes e práticas em relação ao risco de infecção pelo HIV e outras DST em jovens militares de 18 a 25 anos, como parte de um sistema de monitoramento e avaliação

Forças Armadas reforçam a prevenção no interior do País

Parceria com Ministério da Saúde amplia uso do preservativo entre militares e leva informação a populações de difícil acesso

que visa a contemplar a possibilidade de gerar informações sobre os benefícios e serviços a serem ofertados para essa população.

Essa articulação e ações permitem ao Programa Brasileiro de DST e Aids responder de forma mais eficaz à epidemia da aids.

Pesquisas com as Forças Armadas	
1996	Conhecimento sobre a transmissão da infecção pelo HIV e os meios de acesso à informação
1997	Frequência de uso de preservativo e conhecimento sobre a transmissão da Infecção pelo HIV
1998	Comportamento de risco à infecção pelo HIV, relato de DST e sorologia para o HIV
1999	Consumo de substâncias psicoativas e sua relação com a infecção pelo HIV
2000	Desigualdades socioeconômicas do comportamento sexual de risco para as doenças sexualmente transmissíveis
2002	Conhecimentos sobre as DST e estimativa da prevalência da infecção pelo HIV
2005	Monitoramento de resultados consequentes às atividades de prevenção às DST e aids, realizadas com recrutas e alunos de 18 a 25 anos das Escolas de Formação Militares das Forças Armadas (em desenvolvimento)

Resultados da Pesquisa de 2002 (com 33.851 mil conscritos, com idade entre 17 e 21 anos)
■ 82% têm iniciação sexual antes de completar 14 anos
■ 19% tiveram mais do que 10 parcerias sexuais na vida
■ 69% dos jovens relataram ter usado o preservativo na última relação sexual
■ 48% fazem uso regular de preservativo com qualquer tipo de parceria
■ 2,8% confirmaram relações sexuais com homens
■ 0,2% mencionou uso atual de drogas injetáveis
■ Mais de 90% responderam de forma positiva às questões sobre compartilhamento de seringa e relações sexuais sem uso de preservativo como formas de transmissão da aids
■ 63% apontaram o sexo desprotegido como forma de transmissão de sífilis e gonorréia.
■ 6,9% responderam que fizeram o teste para infecção pelo HIV; 12,0% para hepatite; e 3,4% para sífilis

PESQUISAS

VOLTAR

MUNICÍPIOS QUE PARTICIPAM DO PROJETO
SAÚDE E PREVENÇÃO NAS ESCOLAS

Região	Municípios
Norte	37
Nordeste	105
Centro-Oeste	23
Sul	22
Sudeste	128
Total	315

VOLTAR

Fonte: PN-DST/AIDS/SVS/MS

Ações de DST e aids alcançam população indígena

Trabalho contempla diversidade cultural e desmistificação do uso do preservativo

- Vulnerabilidade e prevenção das DST/aids
- O exemplo do Mato Grosso do Sul
- Prioridade

O Brasil tem hoje uma população indígena de aproximadamente 437 mil pessoas, pertencentes a 215 etnias e distribuídas em mais de 500 terras demarcadas.

Um grande desafio no controle das DST e aids é o de desenvolver ações dirigidas a essa população, por causa da sua diversidade cultural. O Programa Brasileiro de DST e Aids e a [Fundação Nacional de Saúde \(FUNASA\)](#) estão incluindo as doenças sexualmente transmissíveis e a aids na pauta de atuação dos 34 [Distritos Sanitários Especiais Indígenas \(DSEI\)](#). Os DSEI constituem um subsistema do SUS, como modelo diferenciado de atenção à saúde da população indígena, instituído a partir da Lei Arouca no 9.836/99.

O elenco de ações de controle das doenças sexualmente transmissíveis e da aids dirigidas à população indígena compreende educação e promoção de práticas seguras culturalmente adequadas, a vacinação contra a hepatite B, a oferta dos testes anti-HIV e VDRL com aconselhamento, disponibilização de preservativos, abordagem sindrômica das DST, prevenção da transmissão vertical do HIV, das hepatites e da sífilis e articulação com os projetos de prevenção ao abuso de álcool e outras drogas.

Casos de HIV e aids na população indígena

Ações de DST e aids alcançam população indígena

Trabalho contempla diversidade cultural e desmistificação do uso do preservativo

- Vulnerabilidade e prevenção das DST/aids
- O exemplo do Mato Grosso do Sul
- Prioridade

Casos de HIV e aids na população indígena:

Casos de aids e sífilis congênita

Em 1987, foi notificado no SINAN o primeiro caso de aids em população indígena. Até julho de 2005, foram notificados 123 casos na população adulta. A principal forma de transmissão é a sexual, mas também foram notificados casos de transmissão vertical, da mãe para o filho. Foram notificados 59 casos de sífilis congênita nessa população entre 2001 e 2005. Há 9 casos na população indígena com menos de 13 anos.

Gestantes

Foram notificados no SINAN, 43 casos de gestantes infectadas pelo HIV nesta população, entre 2001 e 2005.

Em agosto de 2005, a Funasa estimou em 7.160 o número de gestantes indígenas em 28 Distritos Sanitários Especiais Indígena. 80% das gestantes tiveram acesso ao diagnóstico da sífilis e 20% tiveram acesso ao diagnóstico do HIV.

[VOLTAR](#)

Ações de DST e aids alcançam população indígena

Trabalho contempla diversidade cultural e desmistificação do uso do preservativo

- Vulnerabilidade e prevenção das DST/aids
- O exemplo do Mato Grosso do Sul
- Prioridade

Vulnerabilidade e prevenção das DST/aids

A vulnerabilidade social das populações indígenas às DST/aids pode ser observada pela intensificação das relações dessas populações com a sociedade envolvente, frequência e permanência dos indígenas nas áreas urbanas e nas terras indígenas afetadas por projetos de exploração de recursos naturais. Além de causar grande impacto ambiental, essa situação agrega inúmeras possibilidades de aumento da exposição às DST/aids. A pauperização das condições de vida das populações indígenas também está entre os fatores de vulnerabilidade.

Ester Langdon, no artigo “As relações entre saúde e cultura: implicações para as estratégias de prevenção da aids”, aponta:

As normas do comportamento sexual, os modos de casamento, e os valores ligados à sexualidade, reprodução e intimidade são determinados pela cultura, compreendendo os valores e símbolos dominantes, a organização social e a visão de mundo geral. Não é possível generalizar sobre estes assuntos com referência aos grupos indígenas porque seus comportamentos e valores são tão variáveis quanto o número de etnias. Cada cultura tem sua especificidade.

Para abordar o uso do preservativo como prática sexual segura, há então que se refletir sobre as particularidades culturais no campo da sexualidade, considerando-se as práticas adotados ao longo do contato dos povos indígenas com a sociedade envolvente. Nesse sentido, todo projeto de saúde pública, visando a mudar comportamentos considerados como de risco, deve levar em conta a cultura que lhe é subjacente. (BUCHILLET : 1988).

Ações de DST e aids alcançam população indígena

Trabalho contempla diversidade cultural e desmistificação do uso do preservativo

- Vulnerabilidade e prevenção das DST/aids
- O exemplo do Mato Grosso do Sul
- Prioridade

Usar o preservativo nas relações dentro das aldeias e/ou fora delas? Essa é uma pergunta que vem sendo feita desde que se iniciaram as intervenções junto às populações indígenas para se prevenir das DST e HIV/aids. Influenciam na tomada de decisão quanto ao uso do preservativo, as representações indígenas sobre corpo e seus fluidos, o processo de reprodução, a concepção de saúde, os namoros conjugais e extraconjugais.

Ações de DST e aids alcançam população indígena

Trabalho contempla diversidade cultural e desmistificação do uso do preservativo

- Vulnerabilidade e prevenção das DST/aids
- O exemplo do Mato Grosso do Sul
- Prioridade

O exemplo do Mato Grosso do Sul

O Mato Grosso do Sul, na região Centro-Oeste, é o estado que tem a segunda maior população indígena no Brasil, com 45 mil pessoas e 30 etnias. Está atrás apenas do Amazonas, na região Norte. Em Sidrolândia, município de 27,5 mil habitantes, a 60 quilômetros da capital Campo Grande, existem oito aldeias próximas da área urbana. Uma delas é a Córrego do Meio, onde vivem cerca de 200 indígenas. Eva Antônio, que nasceu e sempre viveu na comunidade, tem 51 anos e é agente de saúde indígena há 15.

Da etnia terena, dona Eva também é parteira, ofício que aprendeu com a avó. Convertida à religião evangélica, ela distribui preservativos nas festas populares da região, principalmente rodeios. “O pessoal moço tem mais costume de usar do que os mais velhos. É mais fácil para eles, porque faz parte da vida deles. Eu, por exemplo, não preciso usar, porque sou viúva”, diz dona Eva, com riso aberto.

Patrícia Alessio de Lara, 27 anos, é enfermeira e trabalha há dois anos e meio no posto de saúde da vila. Ela diz que é difícil romper as barreiras socioculturais com os índios da região. As dúvidas mais frequentes são aquelas sobre as formas de contágio do vírus e o que a doença faz no organismo. “Tem também perguntas como ‘o que é um vírus’ e ‘por que as pessoas pegam o vírus’. Às vezes é difícil responder”.

No trabalho de prevenção com os índios, Patrícia usa uma prótese peniana de borracha para ensinar o jeito certo de colocar o preservativo. Explica também que a camisinha protege contra DST e evita gravidez. A maioria das aldeias próximas a Campo Grande tem energia elétrica e a televisão desempenha um papel importante para disseminar noções de prevenção entre os indígenas, principalmente os mais novos.

Ações de DST e aids alcançam população indígena

Trabalho contempla diversidade cultural e desmistificação do uso do preservativo

- Vulnerabilidade e prevenção das DST/aids
- O exemplo do Mato Grosso do Sul
- Prioridade

Patrícia conta também que a linguagem é uma barreira: “Além disso, muitas vezes sou obrigada a usar palavras bem simples”. Patrícia também fica com vergonha de falar no assunto. “Me sinto mais à vontade em conversar com as meninas das aldeias, embora a maioria que procura informação sejam os rapazes”.

Um desses rapazes é A.S.P., 17 anos. Há dois anos ele iniciou a vida sexual sem preservativo. Ele conta que já dispensou a camisinha várias vezes na hora de transar, mas prefere não se arriscar mais. “É muito perigoso. Eu penso nas conseqüências, não quero filho antes da hora nem pegar uma doença”, diz o garoto, que sempre pega preservativo no posto de saúde da aldeia. “Não tenho dinheiro para comprar. Nem sei direito quanto custa, só sei que é caro. Ainda bem que tenho de graça”, diz o jovem, que quer ser advogado.

Ações de DST e aids alcançam população indígena

Trabalho contempla diversidade cultural e desmistificação do uso do preservativo

- Vulnerabilidade e prevenção das DST/aids
- O exemplo do Mato Grosso do Sul
- Prioridade

Prioridade

A Coordenação Estadual de DST e Aids definiu que os indígenas de Mato Grosso do Sul serão uma das populações prioritárias para as ações de prevenção, diagnóstico e assistência no Plano de Ações e Metas de 2006. Um dos motivos é a tendência de pauperização da epidemia em todo o País. “Essa população encontra-se em situação de alta vulnerabilidade social, principalmente por conta da mobilidade dos homens indígenas, que trabalham nas usinas de álcool e açúcar do estado”, diz a coordenadora estadual de DST e Aids, Vera Ramos.

Atualmente, existem capacitações para agentes de saúde indígenas, professores e líderes comunitários. Nessas ações, são debatidos temas como a importância do tratamento das DST, incluindo a aids; as formas de transmissão das DST e do HIV; e importância das relações de gênero para a prevenção das doenças.

Conversar sobre sexualidade é um tabu para as mulheres indígenas, que costumam ser extremamente submissas aos maridos e dificilmente retiram preservativos nos serviços de saúde, por medo ou vergonha. “Muitas vezes, elas são proibidas pelos maridos até de fazerem consultas ginecológicas”.

Além da pobreza e da mobilidade de parte das populações indígenas, o elevado consumo de bebidas alcoólicas é um fator que aumenta a vulnerabilidade às DST/aids, principalmente entre os homens. “É difícil interferir em comportamentos que fazem parte da cultura indígena, como a multiplicidade de parceiros. Também não temos alternativa para oferecer às pessoas que sobrevivem da prostituição. O desafio é levá-las a exercer sua sexualidade com segurança, conscientizando-as dos riscos e disponibilizando preservativos”, comenta Vera Ramos.

Religião e prevenção: parceria em prol da vida

Pastoral da Aids, serviço da Igreja Católica voltado exclusivamente para as questões da epidemia, tem mostrado a outros países como atuar sem preconceitos na luta contra o HIV

Cooperação técnica

“Se não houvesse o apoio e a ação da Igreja Católica, não teríamos progredido nas ações desenvolvidas para conter a epidemia”. Com essa declaração do Vice-Ministro da Saúde do Timor Leste, Luis Maria F. Lobato, é possível ter uma idéia do impacto e da penetração da Igreja na prevenção às DST e aids em determinados países. A partir da troca de informações entre a pastoral brasileira, representantes do Programa Brasileiro de DST e Aids e do governo do Timor, foi possível iniciar um intercâmbio de profissionais dos dois países. “Vimos que a Pastoral da Aids brasileira podia contribuir com o Timor, um país fundamentalmente católico”, destaca o secretário-executivo da Pastoral da Aids no Brasil, Frei José Bernardi.

Cinco timorenses (três profissionais de saúde e duas religiosas também envolvidas com o tema) e a irmã Rita – a missionária brasileira que apresentou os trabalhos da Pastoral aos religiosos do Timor – estiveram em Porto Alegre este ano para conhecer as ações realizadas junto às pessoas com HIV/aids. Também conheceram as ações desenvolvidas pela Casa Fonte Colombo, ONG mantida pelos freis capuchinhos do Rio Grande do Sul, além de outras instituições que trabalham com públicos específicos, como homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis. Puderam trocar experiências e aprender a desenvolver ações semelhantes em seu país.

A experiência com o Timor rendeu contatos com pastorais de outros países. Uma equipe brasileira esteve na República Dominicana e a Pastoral, em conjunto com a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), pretende estreitar os laços com Guiné Bissau e Ruanda.

Com o apoio do Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/Aids (CICT), foi realizado em julho deste ano o Simpósio Latino-Americano e Caribenho “Ação da Igreja Católica no Mundo da Aids” para discutir o modo como a

Seminário Aids e Religião
–
Desafios e respostas do campo religioso no enfrentamento da epidemia de aids no Brasil

(Brasília, julho de 2006)

Religião e prevenção: parceria em prol da vida

Pastoral da Aids, serviço da Igreja Católica voltado exclusivamente para as questões da epidemia, tem mostrado a outros países como atuar sem preconceitos na luta contra o HIV

Cooperação técnica

Igreja está se envolvendo com a epidemia. Além do Brasil, participaram do evento Bolívia, Colômbia, Costa Rica, Equador, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Uruguai e Venezuela.

“Nesses encontros percebemos que há muitas pessoas dedicadas em países nos quais a Igreja tem forte presença. Notamos que há boa vontade dos agentes, que fazem seu trabalho de forma criativa, com resultados positivos”.

Entre os depoimentos mais comoventes, Frei José relata as impressões de um padre colombiano que disse ter aprendido com a aids “a pedir perdão e não pedir licença”. A opinião do padre é a mesma do frei brasileiro, que acredita que o trabalho deles em torno da aids os torna mais humanos, pois mexe com os medos, as conquistas. “O contato com os soropositivos nos torna mais condescendentes, acolhedores, menos julgadores.”

Do encontro com os treze países, este ano, surgiu a Carta de Porto Alegre, um documento que marca as reflexões, as considerações e os compromissos dos grupos e organizações religiosas e não-religiosas em torno da prática pastoral no campo do HIV/aids. Frei José considerou a Carta um passo muito importante no sentido de dizer claramente, em nome da Igreja, questões que a sociedade e o próprio movimento de aids já assumiram. “É um marco que se tornará uma referência para outras comunidades da América Latina”.

Religião e prevenção: parceria em prol da vida

Pastoral da Aids, serviço da Igreja Católica voltado exclusivamente para as questões da epidemia, tem mostrado a outros países como atuar sem preconceitos na luta contra o HIV

Cooperação técnica

Cooperação técnica

Mirtha Sendic Sudbrack, assessora do CICT, participou do Simpósio Latino-Americano e Caribenho, realizado em julho de 2005, em Porto Alegre. Na opinião dela, o evento foi importante para os programas de cooperação técnica que poderão ser realizados entre o Brasil e outros países da região. Mirtha diz que a participação da Pastoral da Aids do Brasil junto às nações da América Latina e Caribe é fundamental, já que são culturas nas quais a questão religiosa é muito presente. “Além disso, precisamos reconhecer a posição avançada que tem tido a Igreja brasileira em relação às formas de analisar e interpretar a epidemia, assim como sua sólida experiência na contribuição com programas governamentais de saúde pública e com campanhas de prevenção”.

A assessora diz também que é preciso reconhecer a capacidade da Igreja em multiplicar as intervenções de prevenção e penetrar nas comunidades, independentemente da classe social e da faixa etária. Ela reforça a importância da atuação da Pastoral ao recordar a eficácia da educação de pares desenvolvida pelos religiosos. “A estratégia metodológica que traz melhores resultados na disseminação de saberes, conhecimentos e informações é o diálogo entre pares, entre ‘iguais’, quando quem educa e quem aprende possui elementos culturais comuns”, diz Mirtha.

Quando o assunto é DST/aids, Frei José destaca que o fator principal é a questão da defesa da vida como uma bandeira que motiva e move a comunidade. “A partir dessa bandeira, juntamos forças para evitar que vidas possam ser prejudicadas em função da falta de informação e educação. A Igreja é uma

Religião e prevenção: parceria em prol da vida

Pastoral da Aids, serviço da Igreja Católica voltado exclusivamente para as questões da epidemia, tem mostrado a outros países como atuar sem preconceitos na luta contra o HIV

Cooperação técnica

força nesse sentido, pois tem credibilidade, estrutura e colabora para que a população tenha um estilo de vida que evite o contágio com o HIV”, defende o religioso.

No Brasil, a Igreja Católica está dividida em 17 regionais e a Pastoral da Aids está organizada em 15 delas. Das 269 dioceses, 180 já têm trabalhos de prevenção e tratamento em andamento e agentes capacitados. A capacitação e sensibilização dos agentes têm enfoque na questão do preconceito, da discriminação e da diversidade.

Os católicos acompanham o tema aids há tempos e têm tanta força no país que diversas ONG nasceram a partir das ações desenvolvidas pela Igreja. Duas ações nacionais marcam o calendário de atividades da Pastoral da Aids e ajudam a envolver a Igreja de forma mais ampla no enfrentamento da epidemia: a Vigília pelas Vítimas do HIV/Aids, realizada no terceiro domingo de maio; e o Dia Mundial de Luta contra a Aids, em 1º de Dezembro. “A Vigília serve para sensibilizar a comunidade cristã, criando um espaço favorável à oração e à prevenção, lembrando que mesmo quem está na igreja não está livre da epidemia. No caso do Dia Mundial, incentivamos a realização de ações no município. A Pastoral tem ajudado na mobilização social por meio de passeatas, caminhadas, palestras e oficinas feitas por seus agentes de saúde”, explica Frei José.

Empresários unem esforços para combater a aids no local de trabalho

Iniciativa privada estimula e fortalece o exercício da responsabilidade social

Um dos pontos fundamentais da resposta brasileira à epidemia de aids é a associação entre o exercício dos direitos no mundo do trabalho e o direito à saúde. Quase 80 milhões de brasileiros são economicamente ativos, isto é, atuam ou procuram ocupação no mercado de trabalho. Desses, apenas 30 milhões são registrados e podem exercer plenamente seus direitos trabalhistas. Mesmo nesse segmento, formalmente vinculado a empresas privadas ou ao serviço público, nem todos trabalham em organizações que desenvolvem programas permanentes de saúde. Condições inadequadas de trabalho, falta de informações corretas e de ações de prevenção, além de fatores de vulnerabilidade para a saúde dos trabalhadores, acarretam a deterioração das relações de trabalho e de produtividade.

A transmissão do vírus da aids está vinculada às relações interpessoais, ao contexto social. Uma pessoa tem maior ou menor probabilidade de se expor à infecção conforme suas condições de vida, tal como situação trabalhista, nível de organização de sua categoria profissional ou de capacidade de resposta à epidemia de aids por parte da empresa à qual está vinculada. Estudos internacionais estimam que cada dólar investido em prevenção poupa 36 dólares em gastos com assistência e reparações. A prevenção é um dever, mas também evita perdas com a desestruturação da produção e promove a marca da responsabilidade social da empresa.

Diante desse contexto, o UNAIDS foi consolidando um trabalho de parceria com empresas do setor privado e organizações não-governamentais para desenvolver estratégias multissetoriais efetivas para o controle da epidemia. Como parte desse esforço, foi criado o Conselho Empresarial Mundial em HIV/Aids, presidido por Nelson Mandela, então presidente da África do Sul. Esse conselho atua como assessor e catalisador de ações do setor empresarial mundial.

1 2 3

Empresários unem esforços para combater a aids no local de trabalho

Iniciativa privada estimula e fortalece o exercício da responsabilidade social

Reconhecendo essa iniciativa, em 1998, o Ministério da Saúde do Brasil criou o **Conselho Empresarial Nacional de Prevenção ao HIV e Aids (CEN)** com o objetivo de estimular e compartilhar ações de prevenção no ambiente de trabalho e mobilizar a opinião pública a respeito da necessidade de agir com rapidez e eficiência no combate à epidemia.

O CEN foi criado por meio da Portaria nº 3.717, de 08/10/1998, pelo Ministro da Saúde que também é seu presidente de honra. Composto por instituições e empresas de grande representatividade no setor produtivo nacional, o CEN busca contribuir para o controle da epidemia, sensibilizando e mobilizando o segmento empresarial, estimulando e fortalecendo o exercício da responsabilidade social das empresas e, ao mesmo tempo, buscando promover comportamentos mais seguros por parte dos trabalhadores.

Para facilitar o alcance de sua missão, foram acordadas as seguintes atribuições:

- Compartilhamento e troca de experiências sobre o impacto da epidemia de HIV e aids nas suas empresas que possam auxiliar na resposta à epidemia.
- Oferecimento de apoio ao Programa Brasileiro de DST e Aids e ao UNAIDS.
- Divulgação de projetos e estudos sobre a resposta à epidemia de HIV/aids nas empresas, dentro e fora do trabalho;
- Reconhecimento público de programas empresariais de excelência na prevenção do HIV/aids que atuem dentro e fora do local de trabalho, por meio da concessão de prêmios e da sua divulgação na mídia nacional e estrangeira.
- Participação efetiva nas redes nacionais e internacionais de combate à aids para ampliar a resposta à epidemia no setor privado.

Empresários unem esforços para combater a aids no local de trabalho

Iniciativa privada estimula e fortalece o exercício da responsabilidade social

■ Cooperação mútua entre empresas no desenvolvimento de projetos que envolvam ações locais e/ou nacionais frente à epidemia de HIV/aids.

Inúmeras **iniciativas** são desenvolvidas ao se utilizar características próprias e atividades simples, demonstrando a possibilidade real desse setor no enfrentamento da aids.

Empresas que compõem o Conselho Empresarial Nacional de Prevenção ao HIV/Aids

Almap BBDO
Avon Cosméticos LTDA
Banco Bradesco S/A
Banco Itaú S/A
Brasil Telecom S/A
Confederação Nacional do Comércio / SESC - SENAC
Editora Abril
Empresa Brasileira de Aeronáutica S/A (Embraer)
Federação Brasileira da Indústria Farmacêutica (Febrafarma)
Fundação Ruben Berta
Grupo Severiano Ribeiro
MTV - Music Television
Natura do Brasil
Nestlé Brasil LTDA
Philips do Brasil
Serviço Social da Indústria (SESI)
Unibanco S/A
Varig S/A
Volkswagen Brasil

MUNICÍPIOS QUE PARTICIPAM DO PROJETO
SAÚDE E PREVENÇÃO NAS ESCOLAS

Região	Municípios
Norte	37
Nordeste	105
Centro-Oeste	23
Sul	22
Sudeste	128
Total	315

Fonte: PN-DST/AIDS/SVS/MS

Participação da sociedade civil na construção do Programa Brasileiro

Sociedade civil e Ministério da Saúde constroem modelos eficientes de intervenção, promoção dos direitos humanos e acesso universal ao tratamento

- Mais recursos a cada ano
- Programa Brasil AfroAtitude
- Paradas gays
- Casas de apoio
- Fortalecimento institucional
- De olho nos resultados
- Direitos humanos e aids: nossa singularidade no mundo

Assim que surgiram os primeiros casos de aids no Brasil, no início da década de 80, a sociedade se organizou criando as ONG que, exigiram das autoridades políticas públicas que atendessem as demandas da epidemia recém-iniciada. Nascia, então, o PN-DST/AIDS, fruto de uma estreita relação entre o governo e a sociedade civil. A participação dessas instituições na tomada de decisões, como, por exemplo, em relação ao acesso universal aos medicamentos anti-retrovirais fazem do Programa um bom exemplo do funcionamento do Sistema Único de Saúde, que tem como princípios, a universalidade, a integralidade, a equidade, o controle social e uma diretriz fundamenta a descentralização. As ações passaram a ser de responsabilidade dos estados e municípios, que ganharam força institucional e atingiram públicos considerados prioritários: as populações vulneráveis. Além disso, a descentralização ampliou as possibilidades do exercício do controle social e arco de aliança com a sociedade civil.

Essa parceria levou a resposta brasileira a considerar aspectos além das ações de prevenção e assistência na formulação de política de Estado. Questões como os direitos humanos das pessoas com HIV/aids e a qualidade da atenção e acesso aos serviços de saúde por parte das populações vulneráveis (homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo - masculino e feminino, usuários de drogas injetáveis, travestis e transgêneros, dentre outros) passaram a entrar na pauta de discussões do governo, que criou instâncias de participação com a finalidade de definir metas, objetivos e planos de ação. São elas: a Comissão Nacional de DST e Aids e, mais recentemente, a Comissão Nacional de Articulação com Movimentos Sociais (CAMS).

CNAIDS

CAMS

RNP+Brasil

Participação da sociedade civil na construção do Programa Brasileiro

Sociedade civil e Ministério da Saúde constroem modelos eficientes de intervenção, promoção dos direitos humanos e acesso universal ao tratamento

- Mais recursos a cada ano
- Programa Brasil AfroAtitude
- Paradas gays
- Casas de apoio
- Fortalecimento institucional
- De olho nos resultados
- Direitos humanos e aids: nossa singularidade no mundo

CNAIDS

[VOLTAR](#)

A Comissão Nacional de Aids - instituída em 1986 - tem como objetivos assessorar o Ministério da Saúde na definição de mecanismos técnico-operacionais para controle da aids, coordenar a produção de documentos técnicos e científicos e avaliar o desempenho dos diversos componentes da ação de controle da aids.

Desde a criação da CNAIDS, as organizações da sociedade civil tiveram sua representatividade garantida por portarias ministeriais. A partir de 1994, a Portaria 1.028/GM assegurou a participação de cinco representantes de organizações não-governamentais na composição da Comissão.

Em 2003, amplia-se esta participação para 6 representações de OSC/aids e uma de Pessoa Vivendo com HIV/aids, eleitos nos seus respectivos Fóruns Nacionais.

Participação da sociedade civil na construção do Programa Brasileiro

Sociedade civil e Ministério da Saúde constroem modelos eficientes de intervenção, promoção dos direitos humanos e acesso universal ao tratamento

- Mais recursos a cada ano
- Programa Brasil AfroAtitude
- Paradas gays
- Casas de apoio
- Fortalecimento institucional
- De olho nos resultados
- Direitos humanos e aids: nossa singularidade no mundo

CAMS

A Comissão Nacional de Articulação com Movimentos Sociais - CAMS - instituída em 2003, tem como objetivo ser um espaço formal de articulação, consulta e participação dos principais atores da sociedade civil organizada que trabalham em parceria com o Programa Brasileiro, na formulação das políticas públicas e na implantação de macroestratégias de enfrentamento da epidemia pelo HIV/aids no Brasil.

A composição da CAMS, foi definida respeitando os seguintes critérios de representatividade: (i) regiões geográficas brasileiras; (ii) instâncias representativas das ONG/aids no Brasil (Fóruns); (iii) pessoas vivendo com HIV e aids; e, (iv) movimentos sociais que aglutinam segmentos populacionais significativos no que se refere ao perfil da epidemia pelo HIV/aids no País.

Essa comissão é formada pelas seguintes representações da Sociedade Civil: dez Fóruns de ONG/aids e uma representação de cada um dos movimentos:

Rede de Profissionais do Sexo
Movimento de mulheres
Movimento Homossexual
Redutores de danos e Usuários de drogas
Pessoas vivendo com HIV/Aids
Estudantes jovens
Movimento Negros
Transgêneros
Populações indígenas
Central de movimentos Populares

[VOLTAR](#)

Participação da sociedade civil na construção do Programa Brasileiro

Sociedade civil e Ministério da Saúde constroem modelos eficientes de intervenção, promoção dos direitos humanos e acesso universal ao tratamento

- Mais recursos a cada ano
- Programa Brasil AfroAtitude
- Paradas gays
- Casas de apoio
- Fortalecimento institucional
- De olho nos resultados
- Direitos humanos e aids: nossa singularidade no mundo

Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids– RNP+ Brasil

[VOLTAR](#)

O nascimento da RNP+, Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e aids em 1995, vem somar-se aos esforços das OSC e proporcionar uma nova abordagem, tendo as pessoas com HIV e aids como partícipes efetivos dessa construção, deixando de ocupar o lugar de assistidos, para ocupar e construir a própria história. A constituição da RNP+ significou, assim, a possibilidade desse protagonismo na inserção das discussões e propostas de políticas públicas e privadas em HIV e aids.

Não é simples a organização e troca entre pessoas que têm em comum a sorologia positiva para o HIV; a diversidade é grande e manter a participação de todos respeitando-se essas diferenças é um enorme desafio.

A participação das pessoas vivendo com HIV e aids nas OSC e em espaços oficiais de controle social é fundamental, e isso só é possível com a instrumentalização e apropriação de seus mecanismos de gestão. Diante desse quadro, pretende-se reforçar a importância do movimento ativista em aids no Brasil para o que se alcançou até aqui. Entretanto, faz-se também necessário que a articulação com outros movimentos sociais amplie-se, incluindo a pauta do viver com aids em um contexto do exercício pleno da democracia participativa.

As questões pelas quais se luta não estão dissociadas daquelas travadas por outros segmentos da sociedade: acesso à moradia, trabalho, alimentação, educação, atenção integral à saúde, direitos fundamentais. Entre outras, fazem parte do conjunto de necessidades de todo o ser humano e constituem-se em pilares para a melhoria da qualidade de vida de todas as pessoas e, em especial das que vivem com HIV e aids.

Ocupar os espaços sociais é exercer a democracia, abandonando a cidadania passiva, tornando-se mais conscientes do seu papel na vida pública.

Participação da sociedade civil na construção do Programa Brasileiro

Sociedade civil e Ministério da Saúde constroem modelos eficientes de intervenção, promoção dos direitos humanos e acesso universal ao tratamento

- Mais recursos a cada ano
- Programa Brasil AfroAtitude
- Paradas gays
- Casas de apoio
- Fortalecimento institucional
- De olho nos resultados
- Direitos humanos e aids: nossa singularidade no mundo

Mais recursos a cada ano

O apoio à sustentabilidade política, técnica e financeira das OSC que desenvolvem projetos na área de HIV e aids é uma das prioridades do Programa Brasileiro de DST e Aids. Nesse sentido foram destinados recursos recordes em 2005 para o desenvolvimento das atividades e fortalecimento institucional. O orçamento é da ordem de R\$ 59 milhões, valor 50% maior em relação a 2004, quando foram destinados R\$ 39 milhões para o setor. Nunca se investiu tanto em ações desenvolvidas por esses grupos, desde que o governo começou a fomentar projetos desse tipo, ainda nos anos 80.

Do total reservado para este ano, a maior parte – R\$ 37 milhões – será gasta diretamente pelo Programa Brasileiro. Os R\$ 22 milhões restantes serão transferidos a estados e municípios via política de incentivo para o apoio a projetos locais de OSC e casas de apoio de adulto.

Os recursos destinados à **política de incentivo** são enviados pelo Fundo Nacional de Saúde diretamente aos fundos estaduais e municipais de saúde – a chamada transferência “fundo a fundo”. O dinheiro é liberado em 12 parcelas mensais, que são repassadas para as OSC pelos fundos estaduais e municipais. Essa verba representa em torno de 17% do total de recursos de transferências para estados e municípios.

Ao todo, foram considerados aptos 422 municípios e mais as 27 unidades da federação, a partir de critérios epidemiológicos, demográficos, capacidade de resposta e infra-estrutura. Cada município elabora seu plano, em que se evidencia em qual área serão aplicados os recursos: prevenção, assistência, fortalecimento institucional, gestão e fomento às OSC. Desde

Participação da sociedade civil na construção do Programa Brasileiro

Sociedade civil e Ministério da Saúde constroem modelos eficientes de intervenção, promoção dos direitos humanos e acesso universal ao tratamento

- Mais recursos a cada ano
- Programa Brasil AfroAtitude
- Paradas gays
- Casas de apoio
- Fortalecimento institucional
- De olho nos resultados
- Direitos humanos e aids: nossa singularidade no mundo

2003, os estados instituem procedimentos de seleção pública para definir as instituições que serão selecionadas num processo transparente, com critérios pré-estabelecidos em edital.

O Programa também investe em **projetos de seleção nacional** que podem ter como objetivo o fortalecimento de fóruns e de redes, e Advocacy (mobilização para defesa dos direitos), desenvolvimento institucional, inovação tecnológica, pesquisa em HIV/aids, implementação de serviços de saúde em HIV/aids. Também são financiados projetos na área de controle social, paradas gays (em parceria com o Ministério da Cultura) e ações voltadas para crianças e adolescentes que vivem e convivem com HIV/aids.

Participação da sociedade civil na construção do Programa Brasileiro

Sociedade civil e Ministério da Saúde constroem modelos eficientes de intervenção, promoção dos direitos humanos e acesso universal ao tratamento

- Mais recursos a cada ano
- Programa Brasil AfroAtitude
- Paradas gays
- Casas de apoio
- Fortalecimento institucional
- De olho nos resultados
- Direitos humanos e aids: nossa singularidade no mundo

Programa Brasil AfroAtitude

No Dia Mundial de Luta Contra a Aids de 2004, o governo federal lançou o **Programa Integrado de Ações Afirmativas para Negros (AfroAtitude)**, com o objetivo principal de integrar políticas de ações afirmativas para os alunos negros com mecanismos de controle da epidemia de HIV e aids. Hoje, o projeto é desenvolvido em dez universidades públicas que adotam sistema de cotas para negros. São elas: Universidade de Brasília (UnB), Universidade Federal do Paraná (UFPR), Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Universidade Estadual da Bahia (UEBA), Universidade Estadual de Londrina (UEL), Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul (UEMS), Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e Universidade Estadual de Minas Gerais (UEMG).

O AfroAtitude oferece 500 bolsas – 50 para cada universidade – no valor de R\$ 241,51 por mês, durante um ano. O valor é igual ao do parâmetro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) para iniciação científica. O benefício é destinado a alunos cotistas de graduação que queiram pesquisar a relação entre a epidemia e questões sociais, econômicas e culturais dos afro-descendentes.

As bolsas do AfroAtitude são distribuídas de acordo com os planos de ação das universidades e abrangem: 1) Pesquisa de iniciação científica para investigar as relações entre vulnerabilidade ao HIV/aids e as políticas públicas para os negros; 2) Intervenção com populações vulneráveis, em parceria com entidades da sociedade civil, na forma de extensão universitária; 3) Atividade de monitoria para desenvolver ações acadêmicas inclusivas nas disciplinas correspondentes.

Participação da sociedade civil na construção do Programa Brasileiro

Sociedade civil e Ministério da Saúde constroem modelos eficientes de intervenção, promoção dos direitos humanos e acesso universal ao tratamento

- Mais recursos a cada ano
- Programa Brasil AfroAtitude
- Paradas gays
- Casas de apoio
- Fortalecimento institucional
- De olho nos resultados
- Direitos humanos e aids: nossa singularidade no mundo

Com o programa, o governo federal pretende produzir estatísticas que eliminem o sub-registro do quesito raça/cor e de outras variáveis importantes no monitoramento da saúde da população. O AfroAtitude também ajudará a sistematizar informações bibliográficas sobre estudos e pesquisas, nacionais e internacionais, sobre DST/aids e a população negra. Além disso, a iniciativa ajudará a criar núcleos de saúde da população negra nas universidades envolvidas e a realizar seminários para discutir e divulgar os trabalhos realizados pelos alunos envolvidos no programa.

Participação da sociedade civil na construção do Programa Brasileiro

Sociedade civil e Ministério da Saúde constroem modelos eficientes de intervenção, promoção dos direitos humanos e acesso universal ao tratamento

- Mais recursos a cada ano
- Programa Brasil AfroAtitude
- Paradas gays
- Casas de apoio
- Fortalecimento institucional
- De olho nos resultados
- Direitos humanos e aids: nossa singularidade no mundo

Paradas gays

Em 2005, foram aprovados 32 projetos de organizações não-governamentais de 22 estados para realização de Paradas de Orgulho GLBT. As propostas aprovadas tinham orçamento máximo de até R\$ 12 mil, com exceção das paradas do Rio de Janeiro e de São Paulo, que têm teto de R\$ 30 mil. As paradas contaram ainda com os recursos do Ministério da Cultura, de parcerias com outros setores governamentais e com as coordenações locais de DST/aids.

No último dia 29 de maio, dois milhões de pessoas foram às ruas do centro de São Paulo participar da parada mais representativa do país. O evento reuniu pessoas de todo o Brasil, além de turistas estrangeiros que vieram à capital paulista participar da festa, considerada o maior evento do mundo nesse segmento. Tanto destaque torna a parada de São Paulo um estímulo à propagação de outras paradas pelo País. Com os recursos, foram desenvolvidas ações de educação e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, incluindo a aids durante as paradas.

Mais do que prevenção, o investimento nas Paradas do Orgulho GLBT é justificado pelo potencial que esses eventos têm para fortalecer a cidadania dos homossexuais e promover ações de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, incluindo a aids. Além disso, o **Ministério da Saúde é contra a discriminação e o preconceito** – premissa fundamental para prevenir as DST e a aids. O combate à discriminação com a ajuda dos GLBT é ainda uma forma de construir a cidadania.

Participação da sociedade civil na construção do Programa Brasileiro

Sociedade civil e Ministério da Saúde constroem modelos eficientes de intervenção, promoção dos direitos humanos e acesso universal ao tratamento

- Mais recursos a cada ano
- Programa Brasil AfroAtitude
- Paradas gays
- Casas de apoio
- Fortalecimento institucional
- De olho nos resultados
- Direitos humanos e aids: nossa singularidade no mundo

Casas de apoio

Em 2004, o Ministério da Saúde aprovou uma portaria específica para financiamento de casas de apoio para adultos que vivem com HIV/aids. Os recursos são destinados à manutenção, ampliação, e melhoria das casas, instituições não-governamentais que atendem portadores do HIV e doentes de aids, geralmente em situação de pobreza, sem vinculação familiar e que necessitam de abrigo e moradia. Até julho de 2005, 17 estados e 59 municípios já estavam incluídos nessa política de financiamento.

O trabalho desenvolvido pelas casas de apoio tem sido reconhecido pelo Programa Brasileiro de DST e Aids como uma importante parceria para a resposta brasileira à epidemia, destacando-se os trabalhos de adesão e uso correto dos medicamentos anti-retrovirais, a capacitação para o trabalho e a reinserção na família e na sociedade. Além de orientar as pessoas que vivem com o HIV e auxiliar os pacientes a seguirem o tratamento com os medicamentos anti-retrovirais, essas instituições são parceiras do sistema público de saúde, diminuindo o número de internações hospitalares.

Em 2005, foi realizada seleção pública nacional para projetos de Casas de Apoio que atuam com abrigo de crianças e adolescentes que vivem e/ou convivem com HIV/aids. Nesse sentido, estão sendo apoiados 28 projetos, totalizando um investimento de 1 milhão de reais. O objetivo desse financiamento foi de apoiar, ainda que parcialmente, ações já desenvolvidas pelas casas, contribuindo para o desenvolvimento de atividades que contribuem para reinserção social, familiar e comunitária de crianças e adolescentes abrigados em decorrência da aids. Paralelamente, estamos em fase de construção de uma política governamental e intersetorial que facilite a reinserção social desse segmento.

Participação da sociedade civil na construção do Programa Brasileiro

Sociedade civil e Ministério da Saúde constroem modelos eficientes de intervenção, promoção dos direitos humanos e acesso universal ao tratamento

- Mais recursos a cada ano
- Programa Brasil AfroAtitude
- Paradas gays
- Casas de apoio
- Fortalecimento institucional
- De olho nos resultados
- Direitos humanos e aids: nossa singularidade no mundo

Fortalecimento institucional

Outra linha de financiamento do Programa é de eventos que favoreçam o fortalecimento institucional de redes e instituições. As redes têm um papel fundamental, pois podem articular e envolver um maior número de atores, ampliando o debate técnico e político para as diversas instituições relacionadas àquele público, como a Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids (RNP+ Brasil), Rede Nacional das Profissionais do Sexo, Movimento Nacional de Cidadãs PositHIVas, Rede Nacional de Redutores de Danos e as Associações Nacionais de GLBT e Fóruns de ONG/Aids. Além disso, as redes disseminam as discussões para suas regiões.

Nas redes, o recurso é investido em ações de capacitação para o pleno exercício da cidadania, advocacy para as questões políticas, enfrentamento da discriminação e preconceito, visibilidade, interlocução para propor políticas e propostas de atuação ao PN e a outras instâncias governamentais. Nas reuniões os participantes trocam experiências bem-sucedidas, levando para sua região o exemplo apresentado e criando uma nova realidade para quem executa as ações.

Entre os eventos financiados pelo Programa Brasileiro, estão os encontros Nacional e Regionais de ONG/Aids, o Encontro Nacional RNP +, Encontro Nacional da Associação Brasileira GLTB, da Rede Nacional de Profissionais do Sexo, Encontro Nacional das Lésbicas e Encontro Nacional das Cidadãs Posithivas, dentre outros.

Participação da sociedade civil na construção do Programa Brasileiro

Sociedade civil e Ministério da Saúde constroem modelos eficientes de intervenção, promoção dos direitos humanos e acesso universal ao tratamento

- Mais recursos a cada ano
- Programa Brasil AfroAtitude
- Paradas gays
- Casas de apoio
- Fortalecimento institucional
- De olho nos resultados
- Direitos humanos e aids: nossa singularidade no mundo

De olho nos resultados

A aplicação dos recursos pode ser verificada por qualquer cidadão, que pode **acompanhar a execução dos projetos financiados pelo Programa** no site www.aids.gov.br, num mecanismo de transparência e publicidade das ações. As instituições enviam periodicamente relatório de produção com as atividades desenvolvidas no período. A análise das informações repassadas por meio de relatórios técnicos permite ao Programa uma avaliação adequada das atividades realizadas e resultados obtidos pelas instituições parceiras, a partir do apoio concedido. Além disso, a consolidação das informações do conjunto de projetos de ONG apoiados é um importante subsídio para a definição de novas estratégias relacionadas ao combate da epidemia pelo HIV/aids no País.

Participação da sociedade civil na construção do Programa Brasileiro

Sociedade civil e Ministério da Saúde constroem modelos eficientes de intervenção, promoção dos direitos humanos e acesso universal ao tratamento

- Mais recursos a cada ano
- Programa Brasil AfroAtitude
- Paradas gays
- Casas de apoio
- Fortalecimento institucional
- De olho nos resultados
- Direitos humanos e aids: nossa singularidade no mundo

Direitos humanos e aids: nossa singularidade no mundo

O Programa Brasileiro de DST e Aids se constituiu **historicamente** com base em dois grandes princípios que lhe dão uma singularidade e um efetivo reconhecimento no mundo, como exemplo de uma política pública na resposta à epidemia de aids e no controle das DST. Uma delas é a indissociabilidade entre as ações de prevenção e de assistência. Enquanto alguns países hesitaram em implementar um processo de expansão do acesso a medicamentos ARV e focaram apenas na prevenção primária, o Brasil optou por uma vigorosa **ação no campo da assistência** e, já a partir de 1991, iniciou a distribuição gratuita de medicamentos às PVHA, a princípio em alguns municípios, e depois nacionalmente, amparado em lei federal (Lei 1393/96). A outra vertente é o entendimento de que essas ações se dão no âmbito da defesa dos direitos humanos, aplicando aí o texto constitucional de que saúde é direito de todos e dever do Estado e que este, no campo da aids, deve ser entendido como direito à vida. Assim, a política de acesso universal aos medicamentos ARV está inscrita nos princípios do SUS, não sendo mais que uma aplicação desses para uma efetiva resposta à epidemia.

Esses dois princípios, como políticas instituídas, foram produto de uma construção histórica, fruto de uma parceria entre o poder público e um movimento social articulado e vigoroso, em torno do enfrentamento da epidemia. Essa parceria contempla os seguintes eixos:

1) Controle social. Um dos princípios constitucionais do SUS é o da participação e controle social, podendo ser a resposta brasileira analisada como um exemplo concreto de sucesso desse controle, na formulação, implementação e acompanhamento de uma política pública. As ONG/aids

Participação da sociedade civil na construção do Programa Brasileiro

Sociedade civil e Ministério da Saúde constroem modelos eficientes de intervenção, promoção dos direitos humanos e acesso universal ao tratamento

- Mais recursos a cada ano
- Programa Brasil AfroAtitude
- Paradas gays
- Casas de apoio
- Fortalecimento institucional
- De olho nos resultados
- Direitos humanos e aids: nossa singularidade no mundo

exercem esse controle como membros integrantes da CNAIDS, com uma expressiva participação nos conselhos (saúde, assistência, criança e adolescentes, dentre outros) e quando se organizam em redes nacionais para defender seus interesses específicos. Vale destacar a atuação da Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids e o Movimento Nacional das Cidadãs PositHIVas, exemplo de que as pessoas diretamente atingidas pela doença são sujeitas de sua própria história e inscrevem-se elas próprias no exercício pleno de sua cidadania e defesa de seus direitos.

2) Ação parceira em prevenção e assistência, junto aos estados e municípios e ao próprio governo federal. Desde 1994, o Ministério da Saúde financia atividades desenvolvidas com e para as populações vulneráveis, focando em UDI, PS, população GLBT, PVHA (com ênfase para crianças e adolescentes), populações carcerárias, movimentos populares, sem-terra, sem-teto, populações indígenas, catadoras de coco na Amazônia e outros, para o desenvolvimento de ações de advocacy, inovação tecnológica em prevenção, fortalecimento de suas redes nacionais e regionais, assistência jurídica e desenvolvimento institucional.

3) Defesa dos direitos humanos como direito à vida e, também, como base para a luta contra o estigma e a discriminação, ainda fatores marcantes na expansão da epidemia. Exemplos de ação nesse campo são as atividades de assistência jurídica às pessoas lesadas no seu exercício cotidiano de cidadania e a implementação pelo Ministério da Saúde do plano intergovernamental de ações afirmativas e a inscrição do Programa Brasileiro no plano nacional “Brasil sem Homofobia”.

A convivência é remédio para o corpo e para a alma

Troca de experiências em grupos de apoio é recomendada para a saúde do portador do HIV

■ Experiência em Manaus

Uma manhã de sábado em Brasília. Nas churrasqueiras do principal parque público da cidade, um grupo se reúne para conversar, se divertir. A cena ilustra uma das atividades sistemáticas da ONG Arco-íris, que reúne portadores do HIV para troca de experiências e apoio mútuo. “Sem o Arco-íris não sei o que seria de mim”, desabafa Vomilson, que chegou ao grupo há dois anos, quando descobriu que era portador do vírus.

Vomilson conta que chegou a pesar 36 quilos no auge das complicações. Mas hoje comemora seus 77 kg e aspecto saudável graças à esperança recuperada e ao tratamento com os anti-retrovirais. “Quando cheguei ao grupo estava arrasado, sem amigos e longe dos familiares”. Contudo, reconhece que agora a sua situação é diferente. “Nas reuniões do Arco-Íris ganhei uma outra família. Aqui me fortaleço”.

O depoimento de Vomilson é repetido por outros participantes do encontro. “No começo, pensava que ia morrer logo. Nas reuniões do Arco-Íris vejo que meus medos são normais e que meu futuro depende de mim”, conta J.A.S, que prefere não se identificar, por temer o impacto do seu diagnóstico no lugar em que mora.

J.A.S tem 26 anos e é casado, mas a esposa não tem o vírus. O casal já participou dos encontros de casais promovidos pela ONG e percebeu que existem outros casais vivendo na mesma situação, sendo possível o relacionamento entre pessoas sorodiscordantes. Com mais informação, reacendeu o desejo de ser pai, um projeto possível, hoje, graças a técnicas de reprodução assistida e de lavagem do esperma, disponíveis nos serviços de saúde particulares e em fase de introdução pelo governo brasileiro.

Outro casal sorodiscordante é Sérgio e Rose, que aprenderam muito com as diferenças do parceiro. O casal tem

1 2 3

A convivência é remédio para o corpo e para a alma

Troca de experiências em grupos de apoio é recomendada para a saúde do portador do HIV

■ Experiência em Manaus

muitas divergências, que são neutralizadas e minimizadas com respeito e amor. Rose conta que foram tantas as barreiras que teve de enfrentar que chegou a pensar em deixá-lo: a família não aceitava o relacionamento, as drogas desviavam Sérgio da recuperação, a falta de dinheiro (ele vive da aposentadoria mensal do governo) e o preconceito. Entretanto, todas essas adversidades acabaram por torná-los mais unidos, fortalecendo a relação. “Fiquei mais equilibrado, retomei o tratamento e as amizades, a vida social”, revela Sérgio.

Já Vomilson prefere alguém com a mesma sorologia e iniciou um relacionamento com uma colega do Arco-Íris. “Entre iguais é mais fácil, a gente se entende melhor”. Contudo, ele sabe que, mesmo com uma parceira soropositiva, é preciso usar a camisinha, para evitar a reinfecção por subtipos diferentes do HIV, o que pode comprometer o tratamento. Como Vomilson, vários casais têm se formado nos encontros nas ONG ou nas salas de espera dos serviços de saúde.

Laurinha Brelaz, integrante da Rede Amizade e Solidariedade às Pessoas com HIV/aids (ONG de Manaus) e do Movimento Nacional das Cidadãs PositHIVas, percebeu, a partir de sua experiência pessoal, como é possível vencer os temores nos relacionamentos entre casais sorodiscordantes. “Eu tinha mais medo que ele. Nosso relacionamento veio não por causa da sorologia e sim pelo que somos. Essa segurança mudou meu pensamento e nossa relação é melhor a cada dia”.

Pesquisas mostram que medo de infectar o parceiro e culpa são comuns a muitas pessoas vivendo com HIV/aids. Ivia Maksud, especialista no tema, reforça que não deve haver no relacionamento responsabilização ou culpabilização e que o diálogo e a prevenção podem ser um caminho importante para reduzir os danos desses sentimentos no casal. Ivia é socióloga e assessora de Projetos da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), ONG do Rio de Janeiro.

1 2 3

A convivência é remédio para o corpo e para a alma

Troca de experiências em grupos de apoio é recomendada para a saúde do portador do HIV

■ Experiência em Manaus

A pesquisadora afirma que a aparente fragilidade dos relacionamentos entre parceiros sorodiscordantes, que pode ser imaginada pelo senso comum, não se faz tão presente nos pares que frequentam as oficinas da Abia e de outras instituições. Ela acredita que só o fato de o casal levar sua realidade ao grupo e comparecer às reuniões indica que houve uma negociação prévia, uma cumplicidade, um interesse comum.

Ivia afirma que oficinas e encontros de casais promovidos pelas ONG em geral não são espaços terapêuticos que substituem o atendimento dos serviços públicos de saúde, embora estejam suprimindo essa demanda. “Os grupos de ajuda mútua têm se caracterizado por ser um espaço de sociabilidade e de troca de experiências”, conclui.

O que se pode observar entre os casais que foram entrevistados é que o desejo de dividir e conhecer mais a realidade do outro fortalece o par. A vontade de viver do parceiro pode restaurar as forças de quem desacreditava na vida após a descoberta do HIV.

A convivência é remédio para o corpo e para a alma

Troca de experiências em grupos de apoio é recomendada para a saúde do portador do HIV

■ Experiência em Manaus

Experiência em Manaus

A Rede de Amizade e Solidariedade às Pessoas com HIV/ aids, ONG de Manaus (AM), é uma das instituições que lida com as demandas crescentes dos casais sorodiscordantes. Desde 2001, desenvolve projeto de adesão, onde os soropositivos expõem suas necessidades, entre elas os medos e as dúvidas nos relacionamentos com pessoas que não têm o vírus.

Mais de 270 pessoas já foram beneficiadas com o projeto. As reuniões são realizadas todas as quartas-feiras, num espaço aberto para sanar dúvidas e dividir experiências. O trabalho é conduzido por soropositivos e conta com apoio de profissionais de saúde, professores universitários e psicólogos.

Saúde mental em tempos de aids

Grupo de teatro
Pirei na Cenna dá lição
de direitos humanos e de
prevenção das DST/aids

- Conquistas
- O início

O trabalho do grupo de teatro Pirei na Cenna consegue consolidar a quebra de padrões quanto à socialização dos portadores de problemas mentais e coroou um projeto bem-sucedido de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e aids. “Eu achava que se eu chegasse num hospital psiquiátrico um maluco ia me agredir, me matar, me enforcar. Depois que entrei no grupo, mudei completamente”, admite Eloana Carolina, familiar de um dos atores do grupo. O grupo faz parte do Teatro do Oprimido (TO), formado por usuários de saúde mental, familiares e simpatizantes da causa, e financiado pelo Ministério da Saúde.

Eterno Delírio, Nóia, Da Lua, Dona Estressadora e Enérgico Braga são alguns dos personagens da peça “É melhor prevenir do que remédio dar”, mais recente montagem do Pirei na Cenna. No palco, os atores encenam problemas reais que perpassam a sexualidade, o preconceito e a marginalização que esse público sofre na sociedade. O resultado emociona por sua riqueza artístico-social e pela abordagem descontraída do tema. Frases como “você já nasceu aposentado para o sexo, ninguém vai querer te namorar”, “eu pago seus remédios, por isso você tem que fazer tudo que eu quero” e “quer ter filho maluco?” permeiam os conflitos dos personagens, que são frequentemente incompreendidos e reprimidos pela família, pela sociedade e pelos profissionais de saúde. Um dos pontos altos do espetáculo é o final, quando a platéia é convidada a substituir um dos personagens e tentar dar um novo rumo para a história.

Cláudia Simone Santos, psicopedagoga e diretora teatral do grupo, acredita que a receptividade do trabalho se deve à linguagem utilizada, que facilita a transmissão da mensagem. Para ela, o teatro é o conhecimento transformado em ação. Além disso, é um instrumento de quebra de preconceitos. “Em cena você pode permitir que o outro veja seu sofrimento sem

Saúde mental em tempos de aids

Grupo de teatro
Pirei na Cenna dá lição
de direitos humanos e de
prevenção das DST/aids

- Conquistas
- O início

ter pena de você”, defende. O objetivo do grupo é dividir a responsabilidade social da saúde mental em tempos de aids com o público. “O que queremos é despertar na nossa platéia o mesmo compromisso que temos com a causa”.

Saúde mental em tempos de aids

Grupo de teatro
Pirei na Cenna dá lição
de direitos humanos e de
prevenção das DST/aids

- Conquistas
- O início

Conquistas

A discussão em torno do preconceito e dos direitos humanos se reflete no comportamento dos atores. Enéas Lucio da Silva, usuário de saúde mental e membro mais antigo do grupo (oito anos), teve sua auto-estima mudada. “Eu era muito fechado e quase não sorria para ninguém. O teatro me fez tirar a vergonha, a timidez. Sou outra pessoa”, conta. Depois que ingressou no Pirei na Cenna, Enéas passou a se prevenir das DST e da aids. “Sempre uso a camisinha”, enfatiza.

A platéia que assiste as apresentações do grupo também se sensibiliza com questões pertinentes ao universo da sexualidade e da aids na loucura. “Sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis não são assuntos abordados em hospitais psiquiátricos porque essas pessoas não são vistas como sexualmente ativas”, avalia Adevando Antunes, um dos espectadores.

Saúde mental em tempos de aids

Grupo de teatro
Pirei na Cenna dá lição
de direitos humanos e de
prevenção das DST/aids

- Conquistas
- O início

O início

A história do Pirei na Cenna começa com os primeiros treinamentos que o Ministério da Saúde forneceu a profissionais de saúde mental sobre a temática HIV/aids. Tudo começou em 1997, durante o estágio de Cláudia Santos em psicopedagogia. Ela formou um grupo com usuários de serviços de saúde mental, e foi testando ao longo do ano a linguagem mais adequada para o tema. Em 1998, o que era apenas uma proposta de início de profissão tornou-se um trabalho oficial. O Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (Niterói-RJ) firmou um projeto em parceria com o Programa Brasileiro de DST e Aids cuja finalidade era capacitar profissionais de saúde mental a lidar com doenças sexualmente transmissíveis e aids. O projeto previa a formação de um grupo de teatro com usuários de serviços de saúde mental. Nesse contexto nasceu o grupo Pirei na Cenna, que fazia apresentações no fechamento de cada curso. O título da primeira peça foi “Ser ou Não Ser Positivo”. A diretora do grupo lembra que “em cada treinamento, os profissionais se impressionavam com essa forma inovadora de fazer prevenção e assistência”.

Em 2000, o trabalho do Pirei na Cenna cresceu tanto que já não se encaixava mais dentro de um projeto de capacitação. A necessidade de uma proposta própria, mais ampla, era urgente. Surgiu, então, nesse momento, o primeiro projeto independente do Pirei na Cenna. “Qualitativa e quantitativamente essa parceria com o Ministério da Saúde abriu novas possibilidades porque a gente deixou de se apresentar apenas nos treinamentos e passou a se apresentar nos hospitais do Rio de Janeiro, em escolas e SAE”, diz. Considerando treinamentos e intervenções teatrais, já foram investidos mais de R\$ 500 mil. Para este ano serão destinados aproximadamente R\$ 186 mil para os projetos “Saúde Mental Positiva” e “Loucura e Aids em Cena Aberta”.

Intercâmbio fortalece resposta brasileira

A cooperação externa permite que o Brasil compartilhe experiências com outros países e ofereça ajuda aos que precisam

- Cooperação
- O Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/Aids: novos paradigmas no cenário da cooperação técnica internacional
 - Fortalecimento de respostas locais
 - Cooperação Sul-Sul
 - Articulação em rede
 - Perspectivas globais ações locais: o legado de Jonathan Mann
 - Os três princípios em ação: parcerias e harmonização das ações de cooperação técnica

A cooperação externa em HIV e aids do Brasil é estruturada em três eixos: fortalecimento da cooperação bilateral; transferência de tecnologia e atuação proativa em fóruns internacionais. Esses eixos visam à colaboração para o enfrentamento da epidemia em outros países e ao fortalecimento da resposta brasileira em algumas áreas estratégicas.

Atualmente, a agenda de cooperação brasileira envolve 26 países, contemplando projetos nas áreas de prevenção, assistência e tratamento, vigilância epidemiológica, gestão de programas, advocacy, direitos humanos e articulação com organizações da sociedade civil.

Uma das iniciativas prioritárias nas cooperações bilaterais é o [Programa de Cooperação Internacional com outros Países em Desenvolvimento \(PCI\)](#), voltado para a capacitação em assistência e manejo clínico da aids e logística de medicamentos, com provisão de tratamentos com anti-retrovirais produzidos em laboratórios estatais brasileiros a alguns países. O programa envolve, atualmente, Bolívia, Burkina Fasso, Colômbia, El Salvador, Paraguai, República Dominicana, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, São Tomé e Príncipe e Timor Leste.

Em parceria com o Unicef, o programa, para alguns desses países, foi ampliado de forma a prover medicamentos anti-retrovirais produzidos no Brasil para 100% dos pacientes, bem como a atenção integral às mulheres grávidas, seus parceiros e recém-nascidos para diagnóstico e prevenção da transmissão do HIV.

Cabe destacar, também, a parceria desenvolvida entre o Brasil e as agências de cooperação britânica, DFID, e alemã, GTZ, no fortalecimento da cooperação Sul-Sul. A cooperação com o DFID envolve Bolívia, Equador e Peru, com a proposta de inclusão de Honduras e Nicarágua. A cooperação alemã

Intercâmbio fortalece resposta brasileira

A cooperação externa permite que o Brasil compartilhe experiências com outros países e ofereça ajuda aos que precisam

- Cooperação
- O Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/Aids: novos paradigmas no cenário da cooperação técnica internacional
 - Fortalecimento de respostas locais
 - Cooperação Sul-Sul
 - Articulação em rede
 - Perspectivas globais ações locais: o legado de Jonathan Mann
- Os três princípios em ação: parcerias e harmonização das ações de cooperação técnica

envolve recursos para projetos com Colômbia, El Salvador, Paraguai e República Dominicana. Ambas estão apoiando a implantação do CICT.

O Brasil mantém programas de cooperação bilaterais com os governos da França – por meio de programa de estágios e da organização anual de seminários técnicos, e dos Estados Unidos da América por meio do Global AIDS Program, dos CDC, nas áreas de monitoramento e avaliação, vigilância e laboratório.

Intercâmbio fortalece resposta brasileira

A cooperação externa permite que o Brasil compartilhe experiências com outros países e ofereça ajuda aos que precisam

- Cooperação
- O Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/Aids: novos paradigmas no cenário da cooperação técnica internacional
 - Fortalecimento de respostas locais
 - Cooperação Sul-Sul
 - Articulação em rede
 - Perspectivas globais ações locais: o legado de Jonathan Mann
 - Os três princípios em ação: parcerias e harmonização das ações de cooperação técnica

Cooperação

É reconhecido internacionalmente que para a garantia da sustentabilidade a médio e a longo prazo das respostas nacionais à epidemia da aids, notadamente no que tange ao acesso a insumos para diagnóstico, tratamento e prevenção da aids, é necessário o fortalecimento das capacidades técnicas nacionais, com o uso efetivo das flexibilidades no gerenciamento dos Direitos de Propriedade Intelectual asseguradas pela Declaração de Doha. Nesse sentido, o Brasil, com apoio financeiro da Fundação Ford, propôs em 2004 a constituição da [Rede de Cooperação Tecnológica em HIV/Aids](#), que hoje envolve oito países: Argentina, Brasil, China, Cuba, Nigéria, Rússia, Tailândia e Ucrânia e abrange as áreas de pesquisa, desenvolvimento e produção de medicamentos anti-retrovirais, preservativos, testes de laboratório e vacinas e microbicidas.

Com os mesmos objetivos, o Brasil tem atuado de forma proativa em distintos fóruns técnicos e políticos internacionais. Em julho de 2005, assumiu a presidência do Conselho de Coordenação do Unids. Na esfera regional, tem atuado no [Grupo de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe](#) desde a sua formação em 1995, ocupando atualmente a secretaria técnica. Atuou ativamente, também, na criação da Comissão Intergovernamental de HIV e aids do Mercosul e estados associados.

As atividades de cooperação internacional que são desenvolvidas pelo Programa Brasileiro pautam-se pelo princípio de que compartilhar experiências, de modo horizontal, entre países em desenvolvimento, tem papel fundamental para aprimorar respostas efetivas à epidemia da aids.

Intercâmbio fortalece resposta brasileira

A cooperação externa permite que o Brasil compartilhe experiências com outros países e ofereça ajuda aos que precisam

- Cooperação
- O Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/Aids: novos paradigmas no cenário da cooperação técnica internacional
 - Fortalecimento de respostas locais
 - Cooperação Sul-Sul
 - Articulação em rede
 - Perspectivas globais ações locais: o legado de Jonathan Mann
 - Os três princípios em ação: parcerias e harmonização das ações de cooperação técnica

O Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/Aids: novos paradigmas no cenário da cooperação técnica internacional

Fortalecimento de respostas locais

Em setembro de 2004, o diretor-executivo do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS) encontrou-se com o Presidente do Brasil. Nessa ocasião, celebraram um acordo entre UNAIDS e o governo brasileiro, por meio do Programa Brasileiro de Aids do Ministério da Saúde, que visou a criação do [Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV e Aids \(CICT/AIDS\)](#). Nesse acordo, o UNAIDS compromete-se com o repasse de U\$ 500 mil, para a realização de programas de cooperação técnica entre países em desenvolvimento, e o governo brasileiro com contrapartida de igual valor para instalação da estrutura física e contratação de recursos humanos para a condução das atividades do CICT, que funciona na sede do Programa Brasileiro de DST e Aids.

A criação de um centro dessa natureza se justifica diante da constatação de que, desde a criação de Fundo Global de Luta contra a Aids, Tuberculose e Malária e outras iniciativas multilaterais e bilaterais, aumentaram os recursos financeiros destinados para ações de prevenção e controle da aids nos países em desenvolvimento. No entanto, muitos governos apresentaram grandes dificuldades técnicas para fazer uso desses recursos. A falta de capacidade técnica instalada, recursos humanos escassos, a fragilidade do compromisso por parte de alguns governos, organizações da sociedade civil pouco fortalecidas são apenas alguns exemplos dos desafios que necessitam ser enfrentados, local e globalmente, para garantir maior consistência e sustentabilidade às respostas

Intercâmbio fortalece resposta brasileira

A cooperação externa permite que o Brasil compartilhe experiências com outros países e ofereça ajuda aos que precisam

- Cooperação
- O Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/Aids: novos paradigmas no cenário da cooperação técnica internacional
 - Fortalecimento de respostas locais
 - Cooperação Sul-Sul
 - Articulação em rede
 - Perspectivas globais ações locais: o legado de Jonathan Mann
- Os três princípios em ação: parcerias e harmonização das ações de cooperação técnica

nacionais frente à epidemia de aids. O CICT é, pois, o resultado de esforços internacionais para otimizar os recursos disponíveis, ainda que insuficientes, a partir do reconhecimento das potencialidades desenvolvidas ao longo da experiência brasileira durante as últimas décadas.

Intercâmbio fortalece resposta brasileira

A cooperação externa permite que o Brasil compartilhe experiências com outros países e ofereça ajuda aos que precisam

- Cooperação
- O Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/Aids: novos paradigmas no cenário da cooperação técnica internacional
 - Fortalecimento de respostas locais
 - Cooperação Sul-Sul
 - Articulação em rede
 - Perspectivas globais ações locais: o legado de Jonathan Mann
- Os três princípios em ação: parcerias e harmonização das ações de cooperação técnica

Cooperação Sul-Sul

O CICT tem como objetivo geral facilitar e otimizar o uso dos conhecimentos, experiências e recursos técnicos brasileiros, por meio da elaboração, implementação, avaliação e monitoramento de programas de cooperação técnica horizontal entre organizações de países em desenvolvimento, para a melhoria e o fortalecimento de respostas nacionais à epidemia de aids, de modo sustentável.

Esse objetivo gera um segundo propósito para o CICT, que vem a ser a articulação e a difusão de políticas internacionais e colaboração técnica em temas prioritários e emergentes na resposta ao HIV/AIDS, por meio uma rede de organizações governamentais e não-governamentais credenciadas, com reconhecida experiência na luta contra a aids, local e globalmente.

O que está na base da criação do CICT é o reconhecimento de que programas de cooperação horizontal sul-sul podem trazer uma contribuição significativa para ultrapassar os desafios da implementação das respostas nacionais em larga escala. Eles podem ajudar a diminuir as lacunas de recursos técnicos e humanos, o que, em muitos países, representam um poderoso obstáculo para implementação, monitoramento e avaliação de forma efetiva. De modo oposto às tradicionais assistências técnicas pontuais, tais programas podem favorecer fluxos de conhecimentos, habilidades e tecnologias de forma contínua e permanente, conduzindo para o estabelecimento de capacidade local fortalecida e sustentável.

A cooperação horizontal se fundamenta no respeito e na valorização das diferenças que existem entre países e regiões, quando tomados os perfis epidemiológicos da aids, as repostas nacionais, a organização dos serviços sociais e de saúde, e os níveis de desenvolvimento econômico, social e

Intercâmbio fortalece resposta brasileira

A cooperação externa permite que o Brasil compartilhe experiências com outros países e ofereça ajuda aos que precisam

- Cooperação
- O Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/Aids: novos paradigmas no cenário da cooperação técnica internacional
 - Fortalecimento de respostas locais
 - Cooperação Sul-Sul
 - Articulação em rede
 - Perspectivas globais ações locais: o legado de Jonathan Mann
- Os três princípios em ação: parcerias e harmonização das ações de cooperação técnica

tecnológico. Programas de cooperação horizontal precisam ser cuidadosamente desenhados de modo particularizado, segundo os recursos e as necessidades específicas de cada país. Contrário aos programas de ajuda ao desenvolvimento, a força singular de um modelo de cooperação horizontal entre pares reside no fato de que a colaboração é orientada e dirigida pelos níveis locais, e que, ao vivenciar situações similares, eles podem facilmente aprimorar uma aprendizagem recíproca.

Intercâmbio fortalece resposta brasileira

A cooperação externa permite que o Brasil compartilhe experiências com outros países e ofereça ajuda aos que precisam

- Cooperação
- O Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/Aids: novos paradigmas no cenário da cooperação técnica internacional
 - Fortalecimento de respostas locais
 - Cooperação Sul-Sul
 - Articulação em rede
 - Perspectivas globais ações locais: o legado de Jonathan Mann
 - Os três princípios em ação: parcerias e harmonização das ações de cooperação técnica

Articulação em rede

Em janeiro de 2005, o CICT iniciou suas atividades, implementando o plano de trabalho acordado com UNAIDS e estabelecendo parcerias com agências de cooperação técnica, a fim de harmonizar as iniciativas no campo da colaboração entre países. Desse modo, foi criado um banco de organizações brasileiras, qualificadas para atuar em programas de colaboração técnica. Essa rede é formada por cerca de 60 instituições, compreendendo organizações governamentais (majoritariamente, programas municipais e estaduais de DST e Aids), organizações não-governamentais inseridas em redes internacionais e institutos de pesquisa e ensino. Como parte do processo de credenciamento dessas organizações ao referido banco, foi realizada em junho de 2005, em Brasília, uma oficina sobre cooperação internacional, que serviu para integrar essas organizações, estabelecendo as bases para um trabalho articulado em rede.

Atualmente, o CICT realiza esforços para conferir um caráter mais internacional ao seu banco de organizações credenciadas. Desse modo, está em fase de finalização a elaboração de um edital de convocação para que instituições latino-americanas possam apresentar propostas de credenciamento. Um passo importante nessa direção foi a realização de um encontro do CICT com representantes das sete redes de organizações da sociedade civil com atuação na América Latina e Caribe (redes LAC), em setembro de 2005, que resultou em um maior envolvimento dessas instituições com os objetivos do Centro.

Intercâmbio fortalece resposta brasileira

A cooperação externa permite que o Brasil compartilhe experiências com outros países e ofereça ajuda aos que precisam

- Cooperação
- O Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/Aids: novos paradigmas no cenário da cooperação técnica internacional
 - Fortalecimento de respostas locais
 - Cooperação Sul-Sul
 - Articulação em rede
 - Perspectivas globais – ações locais: o legado de Jonathan Mann
 - Os três princípios em ação: parcerias e harmonização das ações de cooperação técnica

Perspectivas globais – ações locais: o legado de Jonathan Mann

Uma das primeiras atividades do CICT, de caráter eminentemente internacional, foi a participação na reunião de trabalho promovida pelo Grupo de Cooperação Técnica Horizontal (GCTH), em março de 2005, no Rio de Janeiro. Nessa ocasião, o CICT pôde discutir com os 13 países latino-americanos, que têm projetos apoiados pelo Fundo Global, suas dificuldades de implementação e as necessidades de apoio técnico daí decorrentes. A partir de então, o CICT passou a apoiar tecnicamente os projetos que o Brasil já desenvolve com alguns países na região (como é o caso de Bolívia, Equador e Peru), além de iniciar atividades em países com os quais ainda não haviam programas de cooperação formalizados, tais como Honduras e Nicarágua. Além disso, países da região que não recebem recursos do Fundo Global na região também são apoiados pelo CICT, como é o caso da cooperação já existente entre Brasil e Paraguai e da elaboração de um novo programa entre instituições credenciadas pelo CICT e o Programa de Aids do Uruguai.

O fortalecimento de respostas nacionais ao HIV/aids passa, necessariamente, por um maior envolvimento dos mais diversos setores da sociedade, na medida em que a área da saúde, por si só, não consegue abarcar todos os determinantes estruturais da vulnerabilidade frente ao HIV. Com esse pressuposto, o CICT apóia a formação de uma rede latino-americana de pastorais da aids, por compreender a influência que a Igreja Católica exerce no cotidiano dos povos da região. Desse modo, em julho de 2005, foi realizado em Porto Alegre um seminário que teve como objetivo promover a formação dessa rede e ampliar a atuação das lideranças ligadas à Igreja Católica, com vistas à redução do estigma e preconceito em relação às pessoas

Intercâmbio fortalece resposta brasileira

A cooperação externa permite que o Brasil compartilhe experiências com outros países e ofereça ajuda aos que precisam

- Cooperação
- O Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/Aids: novos paradigmas no cenário da cooperação técnica internacional
 - Fortalecimento de respostas locais
 - Cooperação Sul-Sul
 - Articulação em rede
 - Perspectivas globais ações locais: o legado de Jonathan Mann
 - Os três princípios em ação: parcerias e harmonização das ações de cooperação técnica

vivendo com HIV/AIDS e de grupos mais vulneráveis, na região. Participaram da reunião religiosos que atuam na área de saúde nos seguintes países: Bolívia, Brasil, Colômbia, Costa Rica, Equador, Haiti, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Uruguai e Venezuela. Como resultado, foi elaborada uma carta de compromisso dos participantes, conhecida como Carta de Porto Alegre, na qual se reconhece a importância de maior envolvimento da Igreja Católica para conter o avanço da epidemia na região, por meio da adoção de estratégias que visem a redução da pobreza e das injustiças sociais, o reforço da solidariedade em relação às pessoas que vivem com HIV/AIDS, a diminuição do estigma e da discriminação em relação aos grupos vulneráveis e a ampliação do acesso universal aos insumos de tratamento (medicamentos) e prevenção. Há a previsão de ampliar esse tipo de atividade, incluindo representantes de outras religiões, de modo a formar uma rede de caráter ecumênico.

Também está em andamento o apoio do CICT à ASICAL, que é a rede latino-americana e caribenha de organizações da sociedade civil dedicadas à promoção dos direitos humanos e da saúde integral de homens que fazem sexo com homens. Essa rede desenvolve um extenso programa de capacitação de lideranças homossexuais na região, e conta com o apoio técnico de organizações brasileiras credenciadas pelo CICT, que possuem forte envolvimento na diminuição da homofobia e na promoção de práticas sexuais mais seguras entre homens que fazem sexo com homens.

Conforme a sua missão de difundir políticas internacionais de saúde pública, o CICT organizou, em setembro de 2005, no Rio de Janeiro, uma reunião de trabalho com 14 países de diferentes regiões (Ásia: Índia e Tailândia; Leste Europeu: Rússia e Ucrânia; África: Argélia, Mali, Nigéria, Quênia, Senegal e Zâmbia; e América Latina e Caribe: Brasil, Guatemala, Guiana

Intercâmbio fortalece resposta brasileira

A cooperação externa permite que o Brasil compartilhe experiências com outros países e ofereça ajuda aos que precisam

- Cooperação
- O Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/Aids: novos paradigmas no cenário da cooperação técnica internacional
 - Fortalecimento de respostas locais
 - Cooperação Sul-Sul
 - Articulação em rede
 - Perspectivas globais ações locais: o legado de Jonathan Mann
- Os três princípios em ação: parcerias e harmonização das ações de cooperação técnica

e Honduras), que teve como objetivo identificar necessidades de apoio técnico no âmbito dos processos de implementação dos Três Princípios (Three Ones). Com representantes de organizações governamentais e não-governamentais desses países, a oficina, intitulada “Promoção da liderança e autonomia dos países na implementação dos Três Princípios”, possibilitou o estabelecimento de um diálogo político entre os participantes. Desse modo, foram acordadas as ações prioritárias para superar os desafios vivenciados no processo de consolidação de uma autoridade nacional coordenadora, de um plano estratégico nacional e intersetorial e de um único sistema de monitoramento e avaliação que sirva para acompanhar as ações desenvolvidas no país, isto é, os Três Princípios propostos por UNAIDS. Como desdobramento dessa reunião, os países e o CICT se propuseram a dar continuidade a esse profícuo diálogo, utilizando para tanto os encontros regionais já programados (como o Fórum Latino-Americano de HIV/AIDS de El Salvador, em novembro e a Conferência sobre Aids na África, em dezembro, entre outros), mantendo os compromissos assumidos durante o evento.

Intercâmbio fortalece resposta brasileira

A cooperação externa permite que o Brasil compartilhe experiências com outros países e ofereça ajuda aos que precisam

- Cooperação
- O Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/Aids: novos paradigmas no cenário da cooperação técnica internacional
 - Fortalecimento de respostas locais
 - Cooperação Sul-Sul
 - Articulação em rede
 - Perspectivas globais ações locais: o legado de Jonathan Mann
- Os três princípios em ação: parcerias e harmonização das ações de cooperação técnica

Os três princípios em ação: parcerias e harmonização das ações de cooperação técnica

É com esse princípio de garantir maior integração entre as ações de cooperação técnica pulverizadas em diferentes iniciativas multilaterais e bilaterais que a equipe do CICT busca uma aproximação com as agências do Sistema ONU e de governos, que têm tradição de prestar assistência técnica em países em desenvolvimento. Essas organizações têm sido convidadas a envolver-se nas atividades do CICT, a partir de seus interesses e compatibilidade com o plano de trabalho do Centro, a fim de otimizar recursos para facilitar programas de cooperação horizontal.

Com o objetivo de garantir ao CICT dimensões técnicas e políticas efetivamente internacionais, será estabelecido um conselho assessor para as atividades do Centro, que terá como missão dar diretrizes ao plano de trabalho e monitorar e avaliar sua implementação. Baseado nos princípios da cooperação horizontal, o conselho assessor incluirá especialistas de governos, de instituições técnicas e científicas e de organizações da sociedade civil internacional, do UNAIDS e de seus colaboradores.

Representantes de organizações governamentais e não-governamentais, envolvidas na ampliação e sustentabilidade de respostas locais à epidemia de HIV/AIDS são estimulados a entrar em contato com o CICT para implementar projetos e/ou programas de cooperação técnica horizontal.

O combate à aids nas mãos da ciência

Pesquisa e desenvolvimento tecnológico:
estímulo à inovação e à geração do conhecimento

- A busca da excelência no enfrentamento da epidemia

A partir de outubro de 2004, o Programa Brasileiro de DST e Aids implementou novas estratégias de incentivo à inovação e a geração do conhecimento em HIV/aids e outras doenças sexualmente transmissíveis, lançando chamadas de pesquisa para concorrência pública em várias áreas do conhecimento. Essas chamadas foram abertas a instituições de ensino e pesquisa, organizações não-governamentais e serviços de saúde. O objetivo foi contribuir para o aprimoramento do conhecimento científico e tecnológico em epidemiologia, diagnóstico e assistência, e prevenção e direitos humanos em HIV/aids e outras DST, abrindo a concorrência para 14 linhas de pesquisa. Foram destinados R\$ 5,25 milhões para esse processo seletivo.

Em maio de 2005, o Ministério da Saúde e a Unesco lançaram três novas chamadas de pesquisa em HIV/aids e outras DST, que deverão selecionar até 175 projetos, prevendo-se investimento de até R\$ 32 milhões. O edital contempla três áreas de atuação abrangendo 64 linhas temáticas: pesquisa clínica e clínico-epidemiológica; pesquisa nas regiões Norte e Centro-Oeste (clínica, epidemiológica, social e comportamental) e pesquisa sobre população negra e HIV/aids.

As **ações de pesquisa e desenvolvimento de insumos estratégicos** abrangem, além do apoio a projetos de pesquisa por meio de concorrência pública (chamadas) e indução estratégica, atividades na área de vacinas, microbicidas, fármacos e medicamentos, preservativos, kits para diagnóstico e monitoramento, sistema de informação científica e tecnológica, além de capacitação científica e tecnológica.

O combate à aids nas mãos da ciência

Pesquisa e desenvolvimento tecnológico:
estímulo à inovação e à geração do conhecimento

■ A busca da excelência no enfrentamento da epidemia

A busca da excelência no enfrentamento da epidemia

A pesquisa e o desenvolvimento tecnológico são cruciais para o desenvolvimento econômico e social das nações. Apostando nisso, o Programa Brasileiro optou por uma estratégia de impacto nesse campo, com investimentos da ordem de US\$ 14,5 milhões até o final de 2006. São recursos governamentais oriundos do Acordo de Empréstimo com o Banco Mundial, em parceria com a Unesco.

Essa estratégia possibilitará fortalecer a competência nacional em áreas diversas do conhecimento em HIV/aids e outras DST, reduzindo a dependência externa na pesquisa e desenvolvimento de insumos estratégicos para o enfrentamento da epidemia, como fármacos e medicamentos, vacinas e microbicidas, kits para diagnóstico e monitoramento e preservativos. Nesse esforço de busca da auto-suficiência nacional o Programa Brasileiro vem intensificando sua parceria com outras instituições e agências nacionais de apoio à pesquisa e ao desenvolvimento, como o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e as Fundações Estaduais de Apoio à Pesquisa (FAP). Dessa forma, será possível assegurar a negociação com os países centrais e com as empresas multinacionais em condições menos assimétricas, ou seja, de desigualdade na negociação, o que certamente contribuirá para uma melhor qualidade das atividades de prevenção e assistência no SUS.

Nessa perspectiva, a produção científica e tecnológica nesse campo deixará de ser vista como um bem inacessível, restrito ao espaço acadêmico das universidades e institutos de pesquisa. Buscar-se-à imediata incorporação social dos

O combate à aids nas mãos da ciência

Pesquisa e desenvolvimento tecnológico:
estímulo à inovação e à geração do conhecimento

- A busca da excelência no enfrentamento da epidemia

seus resultados, evitando que estes se limitem a relatórios de pesquisa, teses e publicações. Será ainda estimulada a transferência de tecnologia, estabelecendo-se o necessário fluxo entre pesquisa, desenvolvimento tecnológico, produção e incorporação dos resultados da atividade científica e tecnológica ao SUS.

Condição indispensável para essa estratégia são parcerias diversas com a comunidade científica e tecnológica nacional e internacional, com as organizações da sociedade civil e com os organismos internacionais no campo do HIV/aids e da saúde em geral, por meio de redes de pesquisa colaborativas. Na cooperação internacional em pesquisa e desenvolvimento tecnológico, destacam-se a cooperação técnica com o CDC e National Institute of Health (NIH), ambos dos Estados Unidos; com a Agence Nationale Française de Recherche contre le SIDA et les Hepatites Virales B et C (ANRS), da França; e cooperação com países do Mercosul e da África em áreas diversas do desenvolvimento científico e tecnológico. Outra participação importante do Brasil é na [Rede Internacional de Cooperação Tecnológica em HIV/Aids](#), lançada na XV Conferência Internacional de Aids em Bangcoc, Tailândia, em julho de 2004, que visa à cooperação tecnológica Sul-Sul na pesquisa e desenvolvimento tecnológico em insumos estratégicos.

Comunicação: uma construção democrática

Campanhas brasileiras de DST/aids são construídas com a participação da sociedade

- Vista-se – uma campanha de mobilização social
- Flexibilidade
- Responsabilidade
- Outras experiências
- Campanhas

O processo de comunicação do Ministério da Saúde, em relação ao tema aids, sempre esteve atento para a participação do movimento de aids e da sociedade em geral. Ora para receber as críticas e formular conceitos e caminhos, ora tendo a participação mais efetiva no processo de elaboração das campanhas, como vem ocorrendo mais recentemente.

Historicamente, uma das mais profundas mudanças que ocorreram na comunicação oficial foi à transformação de discurso em relação à epidemia em resposta a um clamor social. O Brasil foi um dos primeiros países do mundo a deixar de associar a aids à morte em suas campanhas, durante a década de 90, privilegiando o respeito aos direitos humanos, a informação, a valorização da auto-estima e o estímulo ao uso do preservativo.

Atualmente, além das diretrizes citadas, o processo de construção de uma campanha é pautado pelos seguintes fatores:

- Dados epidemiológicos: entender o caminho da epidemia é fundamental para a identificação dos públicos mais vulneráveis e das áreas mais atingidas pelo HIV.
- Pesquisas de comportamento: esses dados nos ajudam a definir a melhor mensagem para cada público e também sinalizam onde estão os focos de comportamento de risco e de falta de informação.
- Avaliação técnica: os profissionais do Ministério ligados à epidemia sempre emitem sua opinião a respeito das campanhas, qualificando as informações utilizadas.
- Regionalização: em um país de proporções continentais como o Brasil, é importante levar em consideração as características de cada região na hora da elaboração de uma mensagem.

Campanhas de massa e ações de impacto

Notícias do Programa Nacional

DST e aids nos jornais

Radio

Comunicação: uma construção democrática

Campanhas brasileiras de DST/aids são construídas com a participação da sociedade

- Vista-se – uma campanha de mobilização social
- Flexibilidade
- Responsabilidade
- Outras experiências
- Campanhas

- Avaliação da população-alvo: seja por intermédio de pré-teste, grupos focais ou pela representatividade social, o público-alvo de uma campanha sempre é considerado.
- Crítica social: frequentemente, são montados grupos de trabalho com representantes de diversas organizações (civis, governamentais e internacionais) para a discussão e análise de peças de campanha.

O desafio é agilizar esse processo, sem pular etapas e sem perder a objetividade.

Comunicação: uma construção democrática

Campanhas brasileiras de DST/aids são construídas com a participação da sociedade

- Vista-se – uma campanha de mobilização social
- Flexibilidade
- Responsabilidade
- Outras experiências
- Campanhas

Vista-se – uma campanha de mobilização social

Ao criar a marca VISTA-SE, o Ministério da Saúde dá continuidade à política de envolvimento da sociedade em suas campanhas de comunicação.

O VISTA-SE é um selo, uma marca que pode ser usada em toda e qualquer ação de promoção ao uso do preservativo, não importando quem seja o agente dessa ação: governo, empresa privada ou sociedade civil.

A marca já foi adotada pelo Ministério no Festival Internacional do Humor em DST HIV e Aids e na campanha de prevenção veiculada durante o carnaval de 2005. O VISTA-SE conta, ainda, com a adesão de parceiros importantes como a Coca-Cola, o grupo de cinema Severiano Ribeiro, o Unicef e diversas emissoras de rádio e TV, além de artistas (atores, músicos e modelos) que doaram sua imagem para promover o uso do preservativo.



VISTA-SE
USE SEMPRE CAMISINHA



Comunicação: uma construção democrática

Campanhas brasileiras de DST/aids são construídas com a participação da sociedade

- Vista-se – uma campanha de mobilização social
- Flexibilidade
- Responsabilidade
- Outras experiências
- Campanhas

Flexibilidade

Uma das principais vantagens de campanhas como o VISTA-SE é a versatilidade. Durante o Carnaval de 2005, por exemplo, além da veiculação tradicional, diversas revistas e veículos de comunicação mostraram os artistas apoiando a campanha, gerando uma grande quantidade de mídia espontânea. A marca também pode ser facilmente aplicada em qualquer tipo de produto, adaptando-se facilmente a qualquer veículo de comunicação ou mídias promocionais.

A marca contribui, ainda, para unificar as informações sobre promoção ao uso do preservativo e também funciona como alternativa simples para quem gostaria de ajudar, mas não sabia como proceder.

Comunicação: uma construção democrática

Campanhas brasileiras de DST/aids são construídas com a participação da sociedade

- Vista-se – uma campanha de mobilização social
- Flexibilidade
- Responsabilidade
- Outras experiências
- Campanhas

Responsabilidade

O Ministério da Saúde tem procurado disponibilizar preservativos para atender a crescente demanda do produto. Contudo, é importante que a sociedade perceba que ela também tem um papel importante na divulgação de mensagens de prevenção. Nenhum governo pode garantir, apenas com seus próprios recursos, o volume de mídia necessário para informar a população sobre uma epidemia como a da aids. Por isso, promover a inclusão gratuita do símbolo na mídia faz parte da estratégia do VISTA-SE. É uma das formas de ampliar o volume de mídia voltado para a prevenção ao HIV.

Comunicação: uma construção democrática

Campanhas brasileiras de DST/aids são construídas com a participação da sociedade

- Vista-se – uma campanha de mobilização social
- Flexibilidade
- Responsabilidade
- Outras experiências
- Campanhas

Outras experiências

O Ministério da Saúde também utiliza a estratégia de mobilização social para ações de promoção ao diagnóstico em HIV/aids. É o Fique Sabendo, lançado em 2002 e que também contou com forte adesão da mídia e da comunidade artística.

Salão do Humor Educação itinerante

Exposição percorre o Brasil e comprova sucesso do I Festival de Humor em DST/Aids

■ Premiados

O Festival Internacional do Humor foi lançado em agosto de 2004, por uma iniciativa do Ministério da Saúde e do Instituto do Memorial de Artes Gráficas do Brasil (IMAG). Foram selecionados mil trabalhos enviados por artistas de 50 países. A primeira exposição aconteceu no Centro Cultural do Banco do Brasil (CCBB), em Brasília. A exposição durou 10 dias e contou com a visitação de 10 mil pessoas. O sucesso foi tão grande que o Programa Brasileiro decidiu transformar o festival em exposição itinerante, atendendo, assim, o pedido das diversas cidades do País interessadas em apresentar a exposição. A idéia deu certo graças à parceria com coordenações estaduais e municipais. Com isso, mais de 200 mil brasileiros já viram as 300 charges selecionadas, entre as 1.500 inscritas no festival.

As charges são apresentadas das mais variadas formas, em praças públicas, em teatros, em shoppings centers e em escolas. Mas não importa o lugar, pessoas de diversas idades se colocam em frente às imagens e extraem do humor informações sobre a aids e, de certa forma, são sensibilizadas pelas questões sugeridas pela arte dos cartuns, que são divididos em três temas: assistência, prevenção e direitos humanos.

Prova de que o humor pode ser utilizado como ferramenta de prevenção e educação é a experiência da estudante Camila Cristina Ferraz, de Teresina (PI). Ela visitou a exposição acompanhada pela professora e colegas de turma. Após a visita, a classe realizou diversos trabalhos com a mesma temática. “A gente teve que fazer redação sobre o que observou das charges; na aula de biologia fizemos um trabalho sobre as DST e a aids. Até em matemática a gente fez trabalho motivado pela exposição”, conta.

Ações como essas desenvolvidas pela escola de Camila são realizadas onde ocorrem as exposições itinerantes. A professora Teresa Guimarães, diretora de uma escola da rede pública de ensino do município de Rio Branco (AC), vê com bons olhos

Salão do Humor Educação itinerante

Exposição percorre o Brasil e comprova sucesso do I Festival de Humor em DST/Aids

■ Premiados

a utilização das charges para incentivar os alunos a refletirem sobre aids. “O bom é que os alunos saem do livro didático e levam seus olhares para outros horizontes e fazem isso brincando, nem percebem a aula que estão tendo”.

Usar preservativo, não compartilhar agulhas e seringas, ir ao médico regularmente e fazer o teste de aids são conselhos dados a todo o momento. E as pessoas vão continuar a ser lembradas de que esses cuidados e tanto outros são necessários para se evitar a aids. Mas que não se repita a forma. Faça-se do humor o instrumento de fixação da idéia.

Afinal, não é de hoje que humor e saúde estão relacionados. Na Roma Antiga, por exemplo, os humores significavam os quatro líquidos que circulam em nosso corpo. Quem tivesse com eles em equilíbrio seria uma pessoa bem-humorada e, conseqüentemente, saudável. Será verdade, portanto, que o riso pode ajudar no processo de cura ou na mudança de comportamento?

Educação permanente na resposta ao HIV/aids

O resultado esperado é o desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar de todos os atores envolvidos e a transformação de práticas de saúde visando à integralidade e à atenção humanizada

No Brasil, a saúde é o setor que vem sendo submetido ao mais significativo processo de reforma do Estado, protagonizado por importantes segmentos sociais e políticos, cuja ação é fundamental desde o movimento pela reforma sanitária até a proposta de concretização do SUS.

O SUS tem assumido um papel ativo na reorientação das estratégias e dos modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva e tem sido capaz de provocar importantes repercussões nessas estratégias e nos modos de ensinar e aprender.

A educação é uma ferramenta importante na construção de um processo de formação que contribua para a transformação das práticas em saúde, visando a organização dos serviços, na perspectiva de um trabalho articulado entre o SUS e instituições formadoras.

No mundo do trabalho, a responsabilidade dos serviços de saúde no processo de transformação das práticas profissionais e das estratégias de organização da atenção à saúde levou ao desenvolvimento da proposta da **educação permanente**, considerada como um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação nesse campo. Essa política de educação surge com o intuito de fortalecer o SUS.

Ela se baseia em três eixos fundamentais:

- A relação entre educação e trabalho: buscam-se processos educativos aplicados à realidade do trabalho. As ações educativas devem ter origem nos problemas cotidianos, contextualizados de acordo com a prática profissional e social das relações de trabalho, envolvendo desde serviços de saúde até recursos humanos e a relação com os usuários.
- Políticas de formação que colaboram para a transformação da prática de saúde: visa à ampliação da capacidade resolutiva na atuação profissional e na organização do trabalho, incentivando os atores envolvidos a questionarem

Educação permanente na resposta ao HIV/aids

O resultado esperado é o desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar de todos os atores envolvidos e a transformação de práticas de saúde visando à integralidade e à atenção humanizada

suas práticas profissionais em um trabalho articulado entre o sistema de saúde e as instituições de ensino.

■ Produção e disseminação do conhecimento: construção e disseminação de novos conhecimentos, a partir da reflexão crítica no processo de ensino–aprendizagem e a experiência vivenciada na prática profissional, (re)construindo conhecimentos e novas tecnologias.

A proposta da educação permanente parte de um desafio central: a formação e o desenvolvimento devem ocorrer de modo transdisciplinar, ou seja, envolvendo vários saberes. O resultado esperado é a democratização dos espaços de trabalho, o desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar de todos os atores envolvidos, a busca de soluções criativas para os problemas encontrados, a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde e a humanização do atendimento.

Para a construção dos processos educativos, é fundamental a intra-setorialidade no âmbito do Ministério da Saúde, com a Área Técnica de Saúde da Mulher, Programa Nacional de Hepatites, Saúde da Criança, Saúde do Jovem e do Adolescente, Saúde Mental, Saúde Bucal e Funasa; e a intersetorialidade com outras áreas governamentais como o setor de educação, de assistência social, do trabalho, sistema penitenciário, entre outros. Ressaltamos, também, algumas parcerias institucionais importantes: com a Sociedade Brasileira de DST, Sociedade Brasileira de Infectologia, Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids e Organizações da Sociedade Civil.

O Programa Brasileiro de DST e Aids entende que a pactuação com as esferas estadual e municipal no âmbito da saúde é fundamental para o fortalecimento do papel da gestão descentralizada.

As definições dos cursos e capacitações surgem a partir da missão e prioridades do Programa Brasileiro de DST e Aids do Ministério da Saúde e das diretrizes do SUS. Nesse

Educação permanente na resposta ao HIV/aids

O resultado esperado é o desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar de todos os atores envolvidos e a transformação de práticas de saúde visando à integralidade e à atenção humanizada

sentido, diversos e diferentes processos educativos estão sendo desenvolvidos, de forma articulada e descentralizada, formando instrutores/facilitadores nos estados e municípios, no campo da assistência, da prevenção, da gestão, do desenvolvimento humano e institucional, da vigilância em saúde, da educação, da comunicação, da pesquisa, controle social e ativismo social.

Como exemplo, podemos citar, entre outros, os seguintes cursos: “Gestão em Saúde com Enfoque em DST/HIV/Aids”; “Gestão em DST/HIV/Aids com Enfoque no Plano de Ações e Metas”; “Abordagem Sindrômica das DST”; “Manejo Básico em HIV e Aids”; “Manejo Avançado em HIV e Aids”; “Genotipagem”; “Sistema de Monitoramento”, “Curso Básico em Vigilância Epidemiológica”, “Prevenção e Assistência em DST/HIV/Aids junto às Forças Armadas”; “Educação Popular e Controle Social”; “Saúde Bucal e Prevenção das DST/HIV/Aids”; “Prevenção das DST/HIV e Aids e a Pastoral da Aids”, “Ampliação do Diagnóstico do HIV na Região Amazônica”, “Redução da Transmissão Vertical para o HIV e Sífilis”; “Capacitação em Avaliação com Foco na Melhoria do Programa”.

Esses cursos/capacitações envolveram profissionais de saúde pública, equipes técnicas multidisciplinares, gestores das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Coordenações Estaduais e Municipais de DST e Aids, Centros de Testagem e Aconselhamento, pesquisadores e profissionais do Laboratório Central de Saúde Pública, militares das Forças Armadas, cirurgiões dentistas da rede pública de saúde, representantes de organizações da sociedade civil, parteiras tradicionais, agentes da Pastoral da Aids, pessoas vivendo com HIV/aids, profissionais do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos e farmacêuticos responsáveis pela distribuição de medicamentos anti-retrovirais.

Educação permanente na resposta ao HIV/aids

O resultado esperado é o desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar de todos os atores envolvidos e a transformação de práticas de saúde visando à integralidade e à atenção humanizada

O Programa Brasileiro de DST e Aids também fomenta o desenvolvimento técnico e profissional de seus colaboradores, tanto na organização, como na participação em eventos científicos relevantes, como o Workshop para Monitoramento e Discussão dos Indicadores da UNGASS; Seminário Brasil-França; 8º Simpósio Internacional sobre HTLV no Brasil, 3ª Conferência Internacional de Patogênese e Tratamento do HIV, Congressos e Seminários em HIV e Aids e Outras DST.





Há várias gerações os jovens se vestem para defender suas idéias. Agora, chegou a sua vez. Use camisinha.



Dia Mundial – Jovens

No ano de 1998, o Dia Mundial de Luta Contra a Aids teve como público-alvo adolescentes e jovens adultos. A mudança de comportamento sexual (uso do preservativo) na sociedade se inicia entre os jovens, por isso a campanha “idealizou” o discurso tradicional do sexo seguro, transformando o ato de usar camisinha em uma afirmação individual. Atitude. A continuidade desse trabalho estende-se até os dias de hoje, com o projeto de distribuição de preservativos nas escolas, que pretende atingir 2,5 milhões de estudantes até 2006.

VOLTAR



Você nunca sabe quem tem o vírus. Use camisinha e proteja-se da aids.

MINISTÉRIO DA SAÚDE



Carnaval – 2000

Há pelo menos 10 anos que o tema central da política de prevenção do Ministério da Saúde é a promoção do uso do preservativo. Nas campanhas e nas intervenções, as mensagens vão de “como usar” a “provar que o preservativo funciona”. No Carnaval de 2003, o tom foi de advertência: todos devem usar o preservativo, pois a infecção pelo HIV está mais freqüente em homens e mulheres de todas as idades. O objetivo era demonstrar que o conceito de grupo de risco é um tabu perigoso e falso.

VOLTAR



Dia Mundial 2000

No Brasil, no início dos anos 90, havia um caso de aids em mulheres para cada 25 homens infectados. Essa relação hoje é de menos de dois homens para uma mulher. Em 229 municípios pequenos, as novas notificações já são iguais ou maiores em mulheres. Isso é resultado de um processo de feminização da doença, basicamente provocado pela transmissão por parceiros usuários de drogas injetáveis ou por múltiplas parcerias. Seguindo a orientação da Organização Mundial de Saúde, o tema abordado pela Campanha do Dia Mundial de Luta contra a Aids, de 2000, foi a responsabilidade do homem na prevenção da doença, propondo uma reflexão sobre os riscos que correm de contrair o vírus em relações desprotegidas, com múltiplas parcerias. No Brasil, a mensagem procurou enfatizar a importância dessa conscientização na proteção de esposas, namoradas e companheiras.

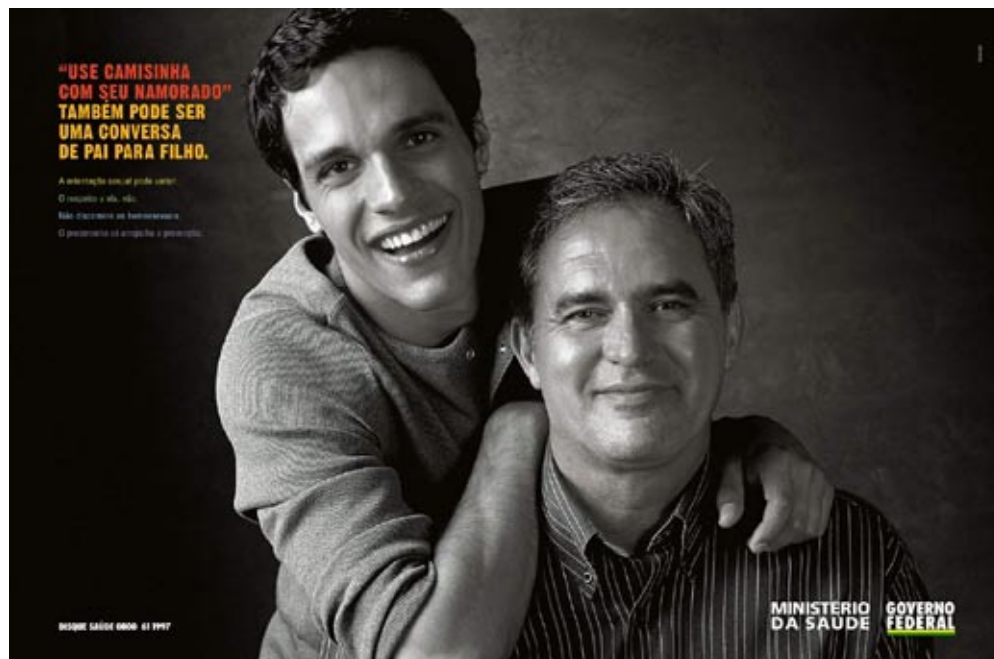
VOLTAR



Caminhoneiros

No Brasil, existem 700 mil caminhoneiros fazendo o transporte interestadual. Desses, 90% afirmam conhecer as formas de transmissão e prevenção ao HIV, incluindo o uso do preservativo. Trata-se de uma das populações mais bem informadas do país. Parte dessa condição deve-se a ações de prevenção continuadas e de longo, prazo, realizadas pelo governo, ONG's e iniciativa privada, como, por exemplo, o concurso de frases de pára-choque, que há seis anos mobiliza mais de 30.000 caminhoneiros por ano. Outro exemplo é a Campanha. "Camisinha. A melhor amiga da estrada" que enfatiza novamente informações sobre a aids e suas formas de contágio, além de reforçar a mensagem de prevenção.

VOLTAR



Homens que fazem sexo com homens

Estimativas mostram que as chances de um homossexual estar infectado são 11 vezes maiores que a de um heterossexual. Por esse motivo, o Governo Federal levou ao ar, em 2002, a primeira campanha de prevenção à aids entre homossexuais. O objetivo da campanha era estimular a prevenção entre homossexuais e, por isso, atacou o preconceito da sociedade em relação à homossexualidade. Esta peça faz parte da campanha distribuída para homossexuais, para escolas de ensino médio, unidades de saúde e para bares, boates e outros locais freqüentados por homossexuais.

VOLTAR



Carnaval – 2003

Na década de 90, começaram a aumentar os casos de aids entre as mulheres, numa velocidade nove vezes maior que entre os homens. Em 2003, foi registrada a primeira inversão na proporção de casos de aids entre homens e mulheres – justamente entre o público jovem. A Campanha de Carnaval daquele ano buscou falar justamente com essas mulheres jovens. A idéia foi utilizar a popular cantora Kelly Key, que na época fazia sucesso com uma música em que ela se mostrava com uma garota, que mesmo, jovem, já sabia o que queria. A Imagem da cantora segurando preservativo completava a mensagem: “Mostre que você cresceu e já sabe o que quer. Sexo só com camisinha”.

VOLTAR



Travestis e Transgêneros – 2003

Diante do preconceito, da baixa condição econômica, do alto analfabetismo e da violência sofrida, as travestis fazem parte de um segmento da população altamente vulnerável ao HIV. Por esse motivo, o material educativo criado em 2003 tem o foco no aumento da auto-estima e na inclusão social. Com o objetivo de fazer prevenção e fortalecer o movimento social, o material foi elaborado com a participação de representantes do movimento de travestis e transgêneros. Elas participaram de um workshop em que definiram a forma como gostariam de ser vistas pela sociedade e posaram para fotos que ilustram o material, dirigido a profissionais de saúde, educadores e público em geral e às próprias travestis.



Fique Sabendo - 2003

Em 2003, estimativas apontavam que o Brasil tinha cerca de 400 mil pessoas que tinham o HIV, mais ainda não sabiam. Diante desse quadro, sociedade civil e governo se uniram para promover o Fique Sabendo – uma marca que lembrava a população em geral da importância de se fazer o teste e que, independente do resultado, a pessoa podia ser feliz. Com o passar do tempo, várias ações promovendo o diagnóstico aconteceram em todo o país. Entre elas, essa campanha do Ministério da Saúde, em que o peso da dúvida era materializado pela imagem do piano sendo carregado pelas pessoas.



VOLTAR



Carnaval – 2004

Apesar de as pesquisas indicarem que 95% da população sexualmente ativa acreditava que a camisinha era o método mais seguro para evitar a aids, 15% dessas mesmas pessoas declararam ainda ter dúvidas sobre a eficiência do preservativo, mostrando que, pela camisinha, não passa nada – nem o vírus da aids. Ampliar a confiança da população no preservativo tem sido uma estratégia constante do Ministério da Saúde, que vai da realização de campanhas educativas à preocupação com o design dos preservativos distribuídos pelo governo.

VOLTAR



Vista-se – 2005

Ao longo dos anos, as ações de comunicação do Ministério da Saúde voltadas, para a prevenção do HIV ajudaram o país a conquistar importantes avanços na área de educação com meio de prevenção. O uso do preservativo sempre foi estimulado e difundido por meio de campanhas de massa. Todo esse trabalho abriu a oportunidade para criar uma bandeira oficial da prevenção, capaz de representar, com uma única imagem, tudo o que as campanhas diziam. Pensando nisso, o Ministério da Saúde desenvolveu uma marca símbolo das campanhas de prevenção, o VISTA-SE. Representada por uma campanha desenrolada formando um ponto de exclamação, a marca conta com a clareza e versatilidade para acompanhar toda e qualquer ação de prevenção, unificando em um símbolo simples e objetivo todo o ideal da prevenção.



VOLTAR



TV ou TMI – Transmissão Vertical ou Transmissão Materno Infantil

A transmissão vertical é a principal via de infecção pelo HIV na população infantil. Corresponde a mais de 80% dos casos de aids nessa população desde 1993. No Brasil, a estimativa de gestantes infectadas pelo HIV é de 12.644/ano. Quando o diagnóstico de HIV é realizado precocemente, as chances de o bebê nascer infectado é menor que 1%. Em Campanha dirigida para mães e gestores de saúde, enfatizou-se a questão, explicando para todas as mães que exigir o teste de HIV e Sífilis era um direito delas e do seus bebês. A campanha foi diferenciada, usando, como modelos mulheres e bebês de diferentes etnias para contemplar a variedade racial do país e facilitar a capacidade de identificação do público-alvo com a mensagem.



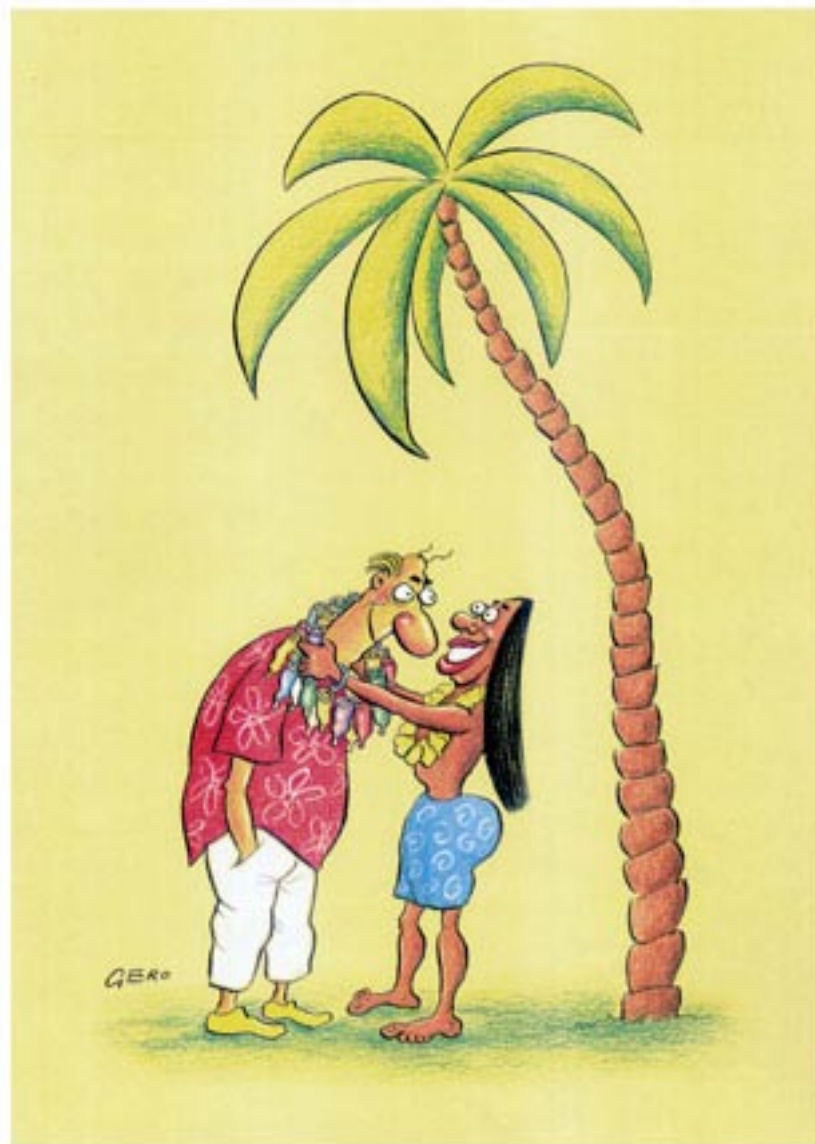
VOLTAR



Artista, esportistas e cantores de todo o país já aderiram à campanha “Vista-se, use sempre camisinha”. Pedro Paulo Diniz, Erick Marmo, Daniele Winnits, Daniela Mercury, Rogério Flauzino, Gisele Itié, Bruno Cagliasso, Nalbert, Rouge, Ministros Gilberto Gil e Jorge Furlan, Elba Ramalho, Patrícia de Sabrit, Cláudio Zoli, Vitor Fasano e Carla Perez são exemplos de personalidades públicas que aderiram à campanha.

[VOLTAR](#)





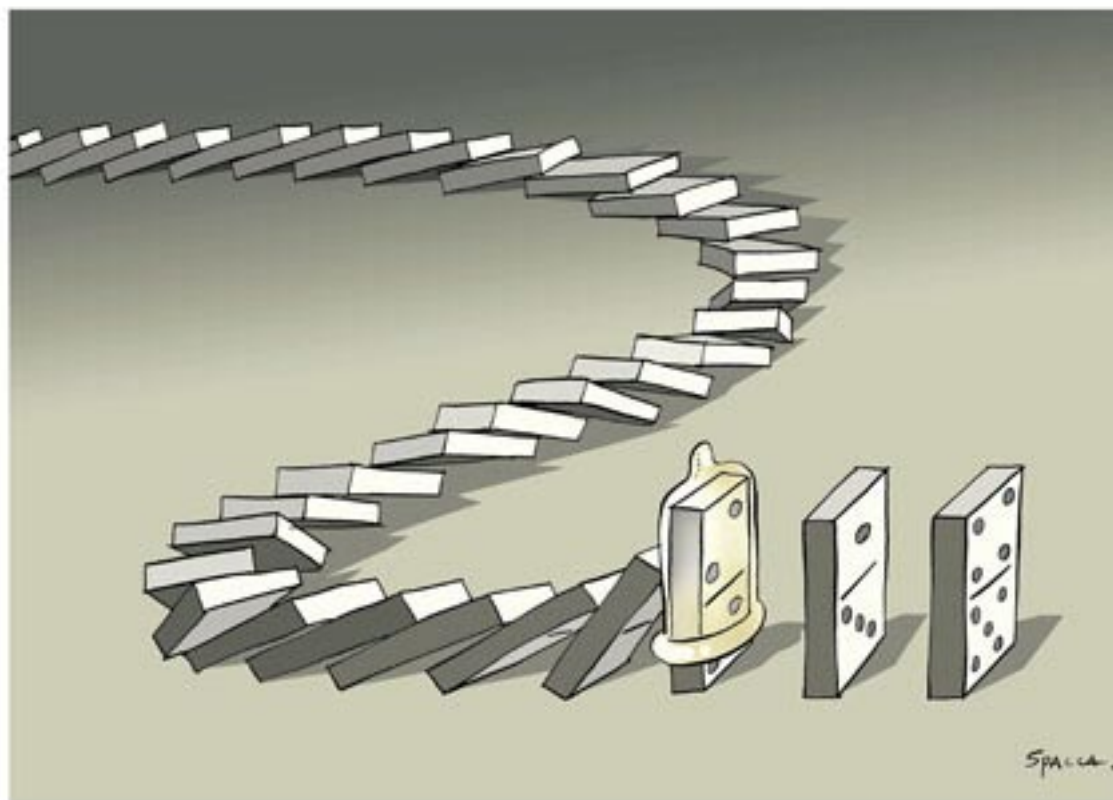
Gero - Croácia

VOLTAR



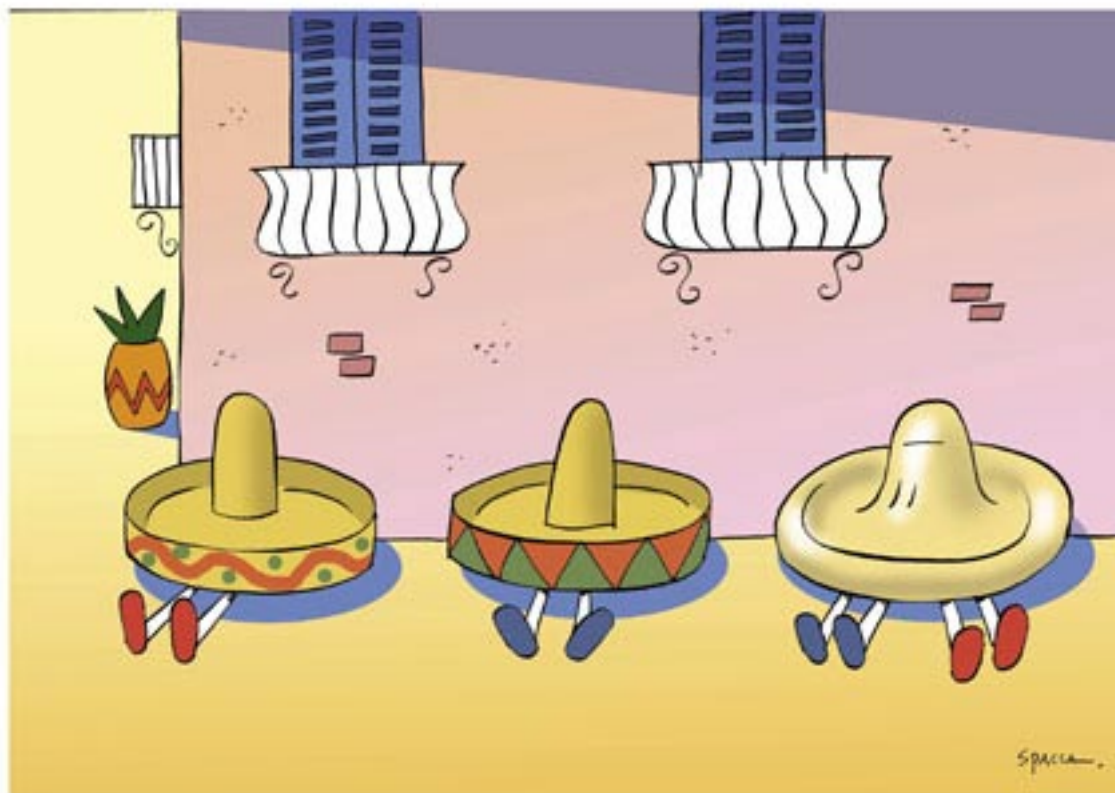
Ronaldo - Brasil

VOLTAR



Spacca - Brasil

VOLTAR



Spacca - Brasil

VOLTAR



Ye Ting - China

VOLTAR



Nani - brasil

VOLTAR



Huang Fei -China

VOLTAR



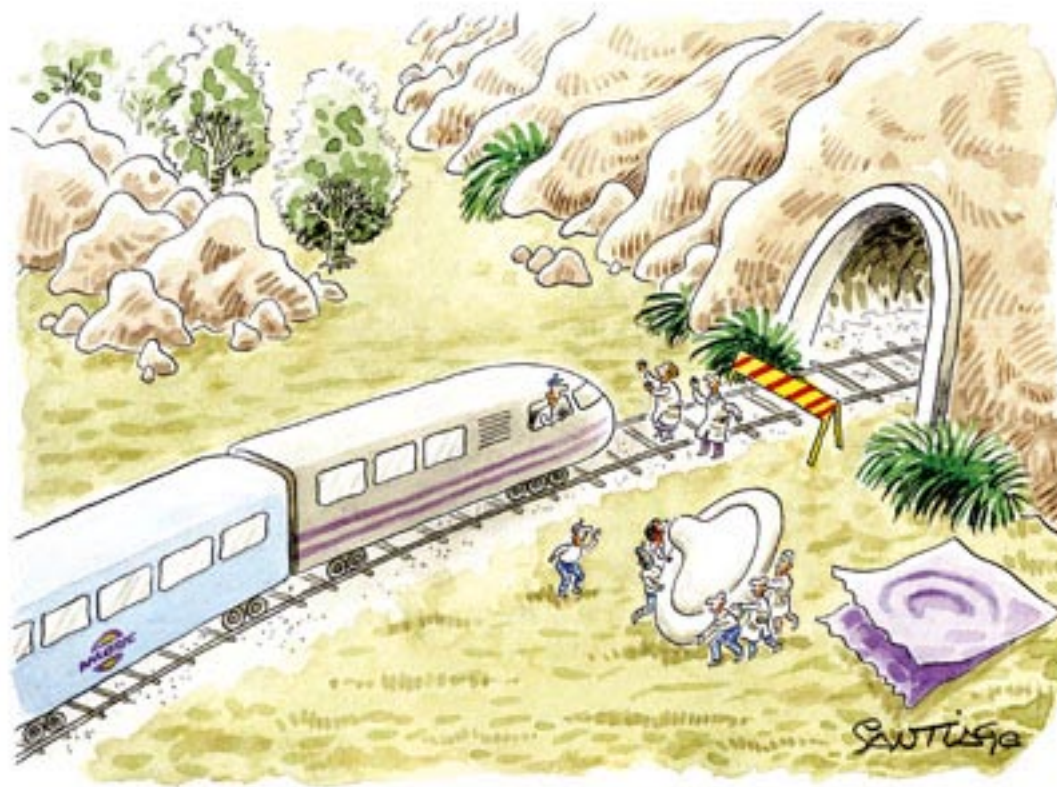
Ares - Cuba

VOLTAR



Luciano Félix - Brasil

VOLTAR



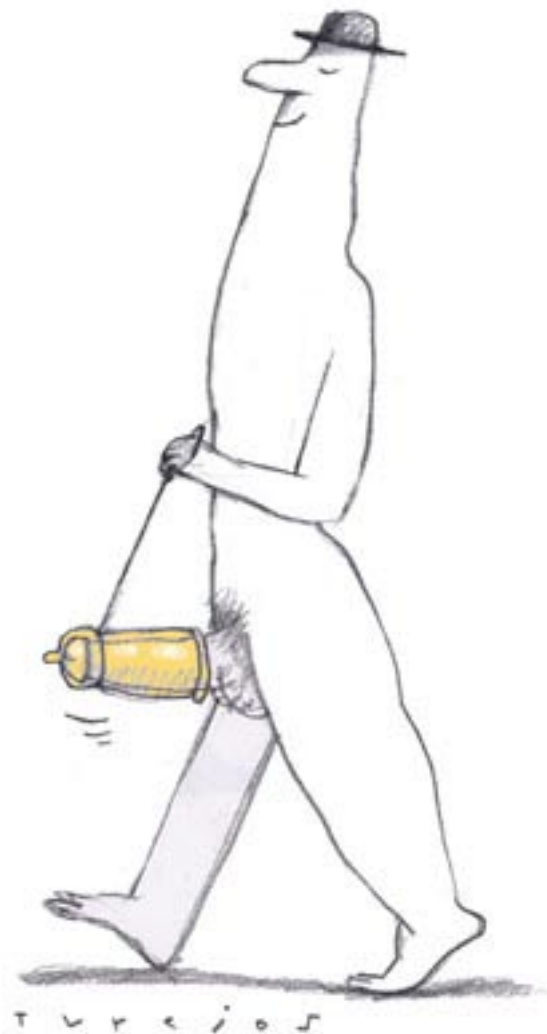
Santiago - brasil

VOLTAR



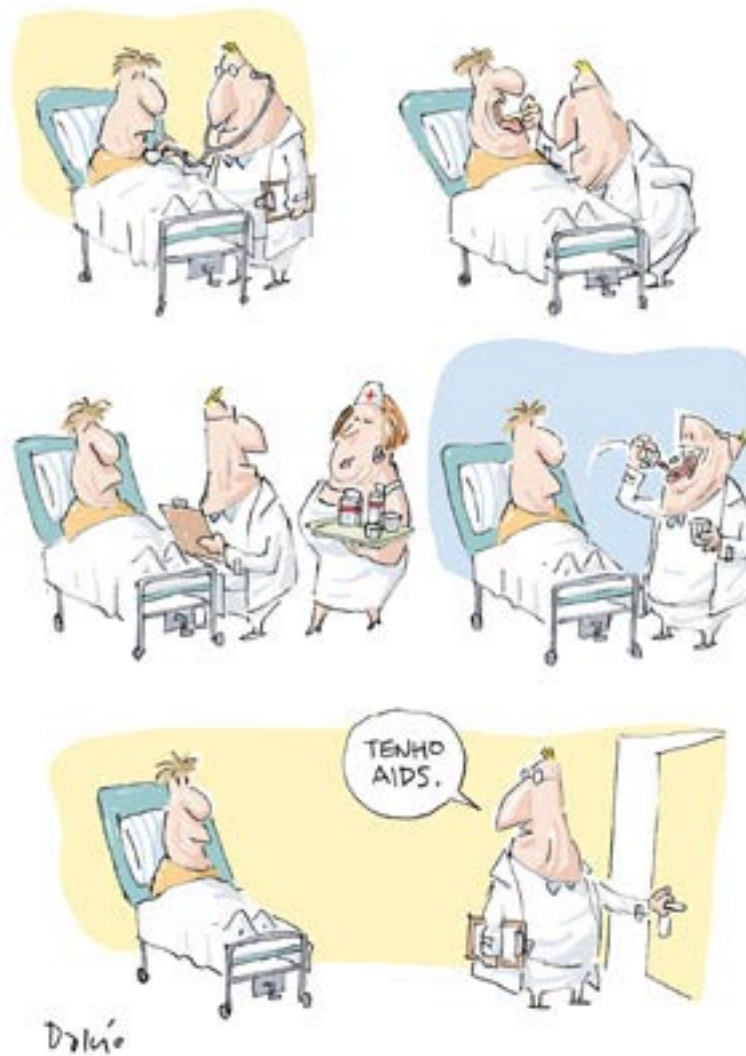
Cau Gomez - Brasil

VOLTAR



Túrcios - Espanha

VOLTAR



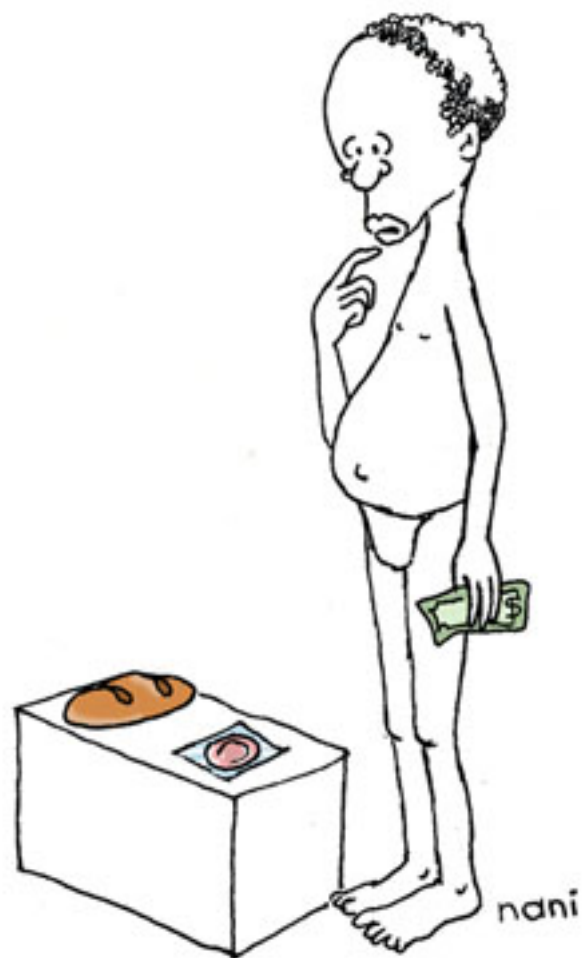
Dalcio - Brasil

VOLTAR



Dalcio - Brasil

VOLTAR



Nani - Colômbia

VOLTAR



Elias - Brasil

VOLTAR



Moa - Brasil

VOLTAR



Seri - Brasil

VOLTAR



J. Bosco - Brasil

VOLTAR



Kang - Coréia do Sul

VOLTAR